



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 2702

Seduta del 23/12/2019

Presidente

ATTILIO FONTANA

Assessori regionali

FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
MARTINA CAMBIAGHI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI
PIETRO FORONI

GIULIO GALLERA
STEFANO BRUNO GALLI
LARA MAGONI
ALESSANDRO MATTINZOLI
SILVIA PIANI
FABIO ROLFI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA PROPOSTA DELL'AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO CONCERNENTE IL "PIANO DEI CONTROLLI E DEI PROTOCOLLI QUADRO 2020" - (RICHIESTA DI PARERE ALLA COMMISSIONE CONSILIARE)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Luigi Cajazzo

Il Dirigente Marco Salmoiraghi

L'atto si compone di 165 pagine

di cui 161 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTA la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 *“Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”* e s.m.i. che all'articolo 11 istituisce l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS) e in particolare al comma 4, stabilisce che L'Agenzia di Controllo, quale organismo tecnico-scientifico terzo e indipendente, tra le sue funzioni, *“predispone e propone alla Giunta regionale che lo approva, previo parere della Commissione Consiliare competente, il piano annuale dei controlli e dei protocolli; la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS deve essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei medesimi;*

VISTA la legge regionale 28 settembre 2018 n. 13 *“Istituzione dell'Organismo regionale per le attività di controllo”* con cui il legislatore ha promosso azioni di innovazione e razionalizzazione per rendere più efficiente il sistema dei controlli interni della Giunta Regionale e dei suoi Enti e ha istituito l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC) nel quale confluiscono l'Agenzia Regionale Anti Corruzione (ARAC), il 'Comitato Controlli' e il 'Comitato per la legalità e trasparenza';

DATO ATTO che il dettato normativo prevede un raccordo sinergico e uno stretto coordinamento di ORAC con altri organismi di controllo della Giunta (individuati dall'art. 5 della sopra citata legge) tra cui l'Agenzia di Controllo;

EVIDENZIATO che la l.r. 33/2009 e s.m.i. attribuisce all'Agenzia di Controllo un ruolo di indirizzo e coordinamento nei confronti delle ATS e degli erogatori del sistema, esercitato anche attraverso il Piano annuale dei Controlli e dei Protocolli Quadro (PCPQ), che si traduce nella definizione di strategie generali, indicazioni su nuovi approcci di controllo e proposte di approfondimento;

PRESO ATTO che:

- l'Agenzia di Controllo ha elaborato il *“Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro 2020”* presentato alla DG Welfare in data 14/10/2019 (prot. G1.2019.0034142);
- la Direzione Generale Welfare ha svolto, in ordine a detto documento, una verifica, in particolare sulla coerenza dello stesso con la programmazione regionale, anche alla luce delle Regole di sistema per l'anno 2020, approvate con d.g.r. n. X/2672 del 16 dicembre 2019;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

-
- l'esito di tale verifica è stato comunicato all' l'Agenzia di Controllo che ha integrato la proposta accogliendo le osservazioni e integrazioni della DG Welfare;

PRESO ATTO del "*Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro 2020*" e dei relativi allegati nella sua versione integrata, proposto dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo in data 17/12/2019 (prot. G1.2019.0041723 del 17.12.2019) – di cui agli Allegati 1) e 2) parti integranti del presente provvedimento;

CONSIDERATO che:

- il supporto dell'Agenzia di Controllo si configura quale elemento di garanzia rispetto alle funzioni di controllo già esercitate dalle ATS, oltre che elemento di stimolo alla pianificazione dei controlli in un'ottica di miglioramento continuo e strumento di garanzia per i cittadini in merito al rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- con tale obiettivo l'ACSS ha elaborato il presente "*Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro*" per l'annualità 2020, proponendo alle ATS strategie d'intervento e metodologie di controllo;

RITENUTO, pertanto, di richiedere il parere della Commissione Consiliare competente in ordine al "*Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro 2020*" proposto dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo, ai sensi dell'art. 11, comma 4, lettera a) l.r. 33/2009;

VAGLIATE ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di richiedere, ai sensi dell'art. 11, comma 4, lettera a) della l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 e s.m.i., il parere della Commissione Consiliare competente in ordine al "*Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro 2020*" e dei relativi allegati, proposto dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo – di cui agli Allegati 1) e 2) parti integranti del presente provvedimento;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

2. di trasmettere, a cura della Segreteria di Giunta, la presente deliberazione al Presidente del Consiglio Regionale.

IL SEGRETARIO
ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge



PIANO DEI CONTROLLI E DEI PROTOCOLLI QUADRO 2020

Area di azione lettera a) del comma 4, art.11 della
L.R. 33/2009 e s.m.i.

Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo

Sede Legale: Via Pola, 12 20124 Milano Tel. 02/8282.9800 - Fax 02/8282.9805

acss@pec.regione.lombardia.it

C.F. 97743230159

Sommario

1	CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE.....	1
2	RUOLO DELL'AGENZIA E SUO POSIZIONAMENTO NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO	2
2.1	Modifiche normative intercorse	3
2.2	Strategie d'intervento di ACSS	3
2.3	Obiettivi generali del PCPQ 2020.....	6
2.4	Indicazioni operative per la predisposizione dei Piani di Controllo delle ATS	6
3	VIGILANZA E CONTROLLO IN AMBITO SANITARIO	8
3.1	Premessa	8
3.2	Indicazioni operative per la predisposizione dei Piani di Controllo.....	8
3.3	Analisi di Contesto	9
3.4	Rendicontazione sintetica attività di controllo 2019	10
3.5	Programmazione attività 2020	10
3.5.1	Programmazione integrata interventi.....	11
4	RICOVERI	13
4.1	Premessa	13
4.2	Indicazioni operative per la predisposizione dei Piani di Controllo.....	13
4.3	Rendicontazione sintetica attività di controllo 2019	14
4.4	Programmazione attività 2020	14
4.4.1	Controllo di congruenza	18
4.4.2	Autocontrollo di congruenza	20
4.4.3	Autocontrollo Qualità Documentale.....	20
5	MATERNINO INFANTILE	21
6	SPECIALISTICA AMBULATORIALE	23
6.1	Premessa	23
6.2	Indicazioni operative per la predisposizione dei Piani di Controllo.....	25
6.3	Rendicontazione sintetica attività di controllo 2019	25
6.4	Programmazione attività 2020	26
6.4.1	Verifica delle prestazioni erogate rispetto agli assetti accreditati a contratto.....	26
6.4.2	Controlli di tipo statistico formale.....	26
7	AREA SOCIO SANITARIA	29
7.1	Premessa	29
7.1.1	Collaborazione con DG Welfare	29
7.1.2	Affinamento delle metodologie di controllo	30
7.2	Indicazioni operative per la predisposizione dei Piani di Controllo.....	31

7.2.1	Analisi di contesto	32
7.2.2	Rendicontazione delle attività di controllo 2019	33
7.3	Programmazione attività 2020	35
7.3.1	Vigilanza.....	37
7.3.2	Controlli di appropriatezza	39
8	AREA SOCIALE	53
8.1	Premessa	53
8.2	Indicazioni operative per la predisposizione dei Piani di Controllo.....	53
9	FARMACEUTICA	55
9.1	Premessa	55
9.2	Indicazioni operative per la predisposizione dei Piani di Controllo.....	55
9.3	Analisi di Contesto.....	56
9.4	Vigilanza farmaceutica	56
9.4.1	Vigilanza Farmaceutica convenzionata.....	56
9.4.2	Nuove modalità di controllo sulle strutture sanitarie e sociosanitarie	60
9.5	Appropriatezza prescrittiva e Monitoraggio spesa farmaceutica.....	61
9.5.1	Appropriatezza prescrittiva	61
9.5.2	Farmaci equivalenti	62
9.5.3	Farmaci biosimilari	62
9.6	Controlli farmaceutica acquisti diretti	62
9.6.1	Controllo File F.....	62
9.6.2	Nuove modalità di controllo file F	63
10	PROTESICA	65
10.1	Premessa	65
10.2	Indicazioni operative per la predisposizione dei Piani di Controllo.....	66
10.3	Controlli in capo alle ATS	67
10.3.1	Analisi di Contesto.....	67
10.3.2	Controlli appropriatezza prescrittiva: Centri di prescrizione	67
10.3.3	Controlli appropriatezza prescrittiva: Prescrittori	68
10.3.4	Controlli appropriatezza erogativa: Fornitori	69
10.3.5	Controlli appropriatezza erogativa: procedura di ritiro dispositivi	70
10.4	Sperimentazione di una nuova metodologia di controllo.....	71
10.4.1	Controllo in capo alle ASST operative e contabili (SUPI)	71
10.4.2	Controlli in capo alle ASST contabili (SUPI)	73
11	PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI	74
11.1	Premessa	74

11.2	Rendicontazione attività di accreditamento gestori	75
11.3	Programmazione attività di controllo 2020	75
11.3.1	Vigilanza sui requisiti di idoneità dei Gestori	75
11.3.2	Analisi dei potenziali rischi del processo di presa in carico	76
11.3.3	Monitoraggio rischi e indicatori di controllo.....	77
11.4	Sperimentazione nuovi strumenti di controllo	77
12	SALUTE MENTALE.....	78
12.1	Premessa	78
12.2	Psichiatria	78
12.2.1	Analisi di contesto	78
12.2.2	Rendicontazione attività di controllo 2019.....	78
12.2.3	Programmazione attività di controllo 2020	79
12.3	Neuropsichiatria Infantile	83
12.3.1	Analisi di contesto	83
12.3.2	Rendicontazione sintetica attività di controllo 2019	83
12.3.3	Programmazione attività di controllo 2020	84
13	CURE PRIMARIE	87
13.1	Premessa	87
13.2	Analisi di contesto	87
13.3	Rendicontazione attività di controllo 2019.....	88
13.4	Programmazione attività di controllo 2020	89
14	TEMPI D'ATTESA E ACCESSIBILITÀ IN AMBITO SANITARIO	92
14.1	Premessa	92
14.2	Rendicontazione attività di controllo 2019.....	93
14.3	Programmazione attività di controllo 2020	93
14.3.1	Prestazioni Ambulatoriali.....	93
15	QUALITÀ PERCEPITA	95
15.1	Premessa	95
15.2	Risultati sintetici dei dati di customer satisfaction e delle segnalazioni	95
15.3	Rendicontazione sintetica attività di controllo 2019 sulla qualità percepita	97
15.4	Programmazione attività di controllo 2020 sulla qualità percepita	97
16	SPERIMENTAZIONE DI NUOVI AMBITI DI CONTROLLO	99
16.1	Controlli sui servizi di dialisi	99
16.1.1	Premessa	99
16.1.2	Indicazioni operative per la predisposizione dei Piani di Controllo.....	99
16.1.3	Analisi di Contesto.....	100

16.1.4	Aree di controllo.....	101
16.2	Monitoraggio appropriatezza dei codici bianchi in PS.....	103
16.3	Controlli in merito all'erogazione delle funzioni non tariffate.....	105
16.4	Riabilitazione Intensiva ad Alta Complessità – IAC	106
16.5	Controlli in ambito veterinario.....	107

1 CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

L'articolo 11 della legge 33/2009, modificata nel 2015 e nel 2018, definisce così l'ACSS: "La Regione istituisce l'Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo quale ente di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile".

Le attività dell'Agenzia, nelle sue prime fasi operative, compreso l'inevitabile periodo di start-up, sono state dedicate allo sviluppo di procedure e provvedimenti atti a rendere ACSS sinergica con l'operato della Direzione Generale dell'Assessorato al Welfare e col Sistema Sociosanitario Regionale.

Di fatto, tuttavia, le Deliberazioni N°X/4552 del 10/12/2015 e N°X/5355 del 27/06/2016 hanno riportato, al loro interno, routine, obblighi, scadenze e vincoli simili alle altre Aziende o Agenzie del SSR lombardo, rendendo ACSS un vero e proprio Ente del SSR lombardo, inserendola a pieno titolo in tale rete regionale.

Per dare corpo alla necessità di piena e autonoma operatività dell'Agenzia, sono state intraprese azioni di controllo di alto profilo, comportanti verifiche di regolamenti e algoritmi economico funzionali, iniziando addirittura a sviluppare "controlli ex ante", persino di provvedimenti operativi propri della DGW (vedi Funzioni non Tariffabili). Inoltre, la stesura del Piano dei Controlli e Protocolli Quadro 2020 è stata anticipata, rispetto agli anni precedenti, affinché l'iter valutativo e approvativo della Giunta e della III Commissione possa essere completato entro il 2019 e le ATS possano avere la possibilità di riceverlo e applicarlo fin dall'inizio dell'anno 2020. Eventuali modifiche che si rendessero necessarie dopo la pubblicazione delle Regole 2020 per il SSR potranno essere introdotte gradualmente e progressivamente, in maniera certamente condivisa con gli Operatori, le Direzioni Strategiche delle ATS, la DGW, l'Assessorato competente, la III Commissione, la Giunta Regionale, ciò affinché i conseguenti protocolli gestionali ed applicativi possano essere aderenti alle esigenze del SSR 2020.

ACSS si appresta infine a concretizzare il mandato di legge rispetto alla necessaria terzietà di ACSS e a completare la prima fase di sviluppo, attuando un'ulteriore rivisitazione dell'assetto organizzativo e operativo dell'Agenzia, proponendo ipotesi progettuali che mostrino tratti esecutivi e strutturali ulteriormente omogenei col SSR, mediante un'attività di controllo improntata alla rilevazione e correzione, auspicabilmente preventiva, di criticità o inefficienze, prestando contemporaneamente attenzione al riscontro di buone pratiche operative che potranno essere documentate, enfatizzate e diffuse.

2 RUOLO DELL'AGENZIA E SUO POSIZIONAMENTO NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO

La LR 33/2009 e s.m.i. (*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*), con l'art.11 istituisce l'Agenzia di Controllo del SSL (di seguito ACSS) e le attribuisce un **ruolo di indirizzo e coordinamento** nei confronti delle ATS e degli erogatori del sistema, esercitato anche attraverso il Piano annuale dei Controlli e dei Protocolli Quadro (di seguito **PCPQ**), che si traduce nella definizione di strategie generali, indicazioni su nuovi approcci di controllo e proposte di approfondimento.

Il supporto di ACSS si configura quale **elemento di garanzia rispetto alle funzioni di controllo già esercitate dalle ATS**, oltre che elemento di stimolo alla pianificazione dei controlli in un'ottica di miglioramento continuo, e strumento di garanzia per i cittadini sul rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza. Con tale intendimento ACSS ha elaborato il presente PCPQ per l'annualità 2020, proponendo indirizzi più che regole vincolanti e indicando alle ATS strategie d'intervento e metodologie di controllo. È evidente che - dopo i passaggi di approvazione in Giunta e in Consiglio Regionale - le strategie indicate dal PCPQ diventano un riferimento vincolante per il sistema dei controlli.

Oltre al PCPQ e ad una Relazione Annuale al Consiglio Regionale, la LR 33/2009 e s.m.i., ha posto altre funzioni **in capo ad ACSS**; in particolare:

- valutare la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione della remunerazione delle **Funzioni Non Tariffate** e proporre ulteriori indicatori alla Giunta Regionale (art. 11, comma 4, lettera e): negli anni 2018 e 2019 ACSS ha effettuato analisi di approfondimento sulle FNT 2016, in continuità con quanto già effettuato nel 2017, e proposto nuovi criteri di attribuzione per le FNT 2020, identificando alcune criticità, fornendo raccomandazioni e suggerimenti e, laddove possibile, proponendo nuovi modelli. Le indicazioni emerse da tale analisi sono state recepite da DGW con DGR n. XI/2014 del 31/07/2019;
- valutare la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione delle **Maggiorazioni Tariffarie** di cui all'art. 27bis (art. 11 comma 4, lettera f): l'analisi sulle MT ha fornito a DGW suggerimenti migliorativi per il processo di definizione delle MT stesse. DGW ha inoltrato ad ACSS una formale richiesta di specifico audit, con la finalità di assicurare la corretta applicazione delle disposizioni regionali vigenti in tema di maggiorazioni tariffarie, riguardante la documentazione predisposta dalle strutture competenti e finalizzata alla conclusione degli iter di individuazione dei saldi spettanti per ciascun erogatore avente diritto di accesso all'istituto delle maggiorazioni tariffarie, per le annualità pregresse non ancora concluse;
- **individuare un sistema di monitoraggio** improntato al rafforzamento dei controlli (art. 11 comma 4, lettera d): in attuazione a tale disposto normativo, ACSS ha redatto alcuni documenti e/o focus di approfondimento utili al sistema dei controlli, i cui contenuti sono in parte confluiti nel Piano dei Controlli.

- raccogliere i dati oggetto della propria attività di controllo del SSL e le informazioni sulla **soddisfazione degli utenti** (art. 11 comma 4, lettera i): ACSS ha analizzato i dati sulla qualità percepita, oggetto di una Relazione Annuale al Consiglio regionale.

2.1 MODIFICHE NORMATIVE INTERCORSE

Nel corso del 2018 sono intervenute alcune modifiche legislative in Regione Lombardia rilevanti per le attività di ACSS.

In primo luogo, con interventi normativi specifici che hanno trovato la loro formalizzazione nella **L.R. 28 settembre 2018, n.13**, il legislatore ha promosso azioni di innovazione e razionalizzazione per rendere più efficiente il sistema dei controlli interni della Giunta Regionale e dei suoi Enti e ha istituito l'**ORAC, un nuovo Organismo Regionale per le Attività di Controllo**, nel quale confluiscono ARAC, il 'Comitato Controlli' e il 'Comitato per la legalità e trasparenza'. Oltre ai controlli interni della Giunta regionale e dei suoi Enti, ORAC ha specifiche funzioni di supporto alla Giunta in materia di trasparenza e regolarità degli appalti e di prevenzione della corruzione. La norma prevede un raccordo sinergico e uno stretto coordinamento di ORAC con altri organismi di controllo della Giunta (individuati dall'art. 5 della sopra citata legge) tra cui viene annoverata anche ACSS.

Tra le altre previsioni la L.R. 13/2018, all'art.9 comma 1, lett. b) prevede l'abrogazione delle disposizioni di cui all'art. 11, comma 4, lett. h, L.R. 33/2009 e s.m.i., attinenti ad alcune funzioni precedentemente in capo ad ACSS, individuando il nuovo organismo quale soggetto competente in tale ambito.

In secondo luogo, il 28/11/2018 è stata approvata la **L.R. 15** che apporta alcune modifiche alla L.R. 33/2009, dettate da esigenze di carattere organizzativo, di razionalizzazione, semplificazione o di maggior chiarezza del dettato normativo. Per quanto riguarda ACSS, la L.R. 15/2018 interviene integrando le seguenti specifiche:

- gli organi dell'Agenzia (il Direttore, rappresentante legale dell'Agenzia, il Collegio Sindacale e il Comitato di Direzione) restano tutti in carica per la durata della legislatura **e comunque fino alla nomina dei nuovi**;
- la necessità di **segnalare anche alla competente commissione consiliare (non più solo alla Giunta)** situazioni in cui si verificano omissioni da parte delle ATS nel fornire ad ACSS dati e informazioni utili all'espletamento dei suoi compiti, affinché la stessa Giunta provveda all'assunzione di provvedimenti opportuni nei confronti della ATS inadempiente (Art. 11, comma 7 e 8).

Sono state inoltre apportate modifiche a correzione di alcuni refusi del precedente testo relativo al sistema sanzionatorio, anche a seguito di specifici suggerimenti pervenuti da ACSS.

2.2 STRATEGIE D'INTERVENTO DI ACSS

Si è aperto nello scorso biennio un dialogo costruttivo tra l'Agenzia e le ATS, a seguito di ripetuti incontri con gli operatori delle ATS coinvolti nelle attività di vigilanza e controllo.

Grazie a tale dialogo e al processo di valutazione dei Piani di Controllo Territoriali pregressi effettuato dall'Agenzia, sono emersi preziosi elementi di conoscenza per definire le strategie d'intervento di ACSS.

Dall'osservazione condotta, emerge un elevato livello di professionalità del personale delle ATS in materia di controllo, che si sostanzia, tra l'altro, nell'applicazione di best practice ben consolidate. Emergono, peraltro, con evidenza alcuni ambiti di miglioramento meritevoli di un'azione di facilitazione e coordinamento da parte dell'Agenzia.

In particolare, si osserva che:

- esistono alcune **disomogeneità/eterogeneità** di approccio nelle azioni di controllo - sia tra ATS diverse, sia tra aggregazioni territoriali all'interno della medesima ATS - oltre a un certo grado di **frammentazione** tra funzioni di vigilanza e controllo e tra attività in capo a strutture/dipartimenti con competenze diverse;
- è stato espresso da tutte le ATS un sostanziale interesse al confronto con l'Agenzia per condividere approcci di controllo comuni in **tavoli e gruppi di lavoro**, sperimentazioni congiunte su nuovi modelli di controllo, produzione di documenti di approfondimento ed eventi di **formazione** congiunta: tutti rappresentano efficaci potenti **strumenti di lavoro** che l'Agenzia utilizza per armonizzare le azioni di controllo e incrementare le capacità di verifica del sistema.

In generale, le strategie dell'Agenzia sono orientate a un progressivo affinamento delle metodologie e degli strumenti di vigilanza e controllo e allo sviluppo di strumenti innovativi di facilitazione e semplificazione delle attività di controllo delle ATS.

L'Agenzia persegue in particolare le seguenti strategie:

- perseguire un maggiore **equilibrio tra Programmazione e Controllo**: è indispensabile che sia ricomposto il ciclo "progettazione-azione-monitoraggio-controllo" e che l'attività di controllo si integri pienamente in un ciclo di miglioramento continuo, in sinergia con la programmazione regionale (PRS, Regole di Sistema).
- svolgere una funzione di garanzia per il sistema regionale attraverso meccanismi di **benchmarking tra aree territoriali**. L'analisi centrale dei dati consente il posizionamento di fenomeni rilevati localmente rispetto a comportamenti attesi (medi) osservati a livello regionale;
- evoluzione dei sistemi di verifica da modelli focalizzati su adempimenti burocratici e sanzionatori, verso **approcci fondati sull'analisi dei dati**, valorizzando il ricco patrimonio informativo esistente;
- promuovere, in particolare, lo sviluppo di nuovi spazi di controllo e di modalità innovative di **campionamento** delle attività;
- incrementare **controlli elettronici sui flussi e automatismi informatici** per creare 'alert' o blocchi in ingresso di prescrizioni errate o inappropriate, privilegiando un'ottica preventiva piuttosto che sanzionatoria;

- utilizzare approcci statistici e **sistemi esperti che, attraverso l'analisi dei dati storici** sugli esiti dei controlli, possano individuare ambiti di indagine a maggior probabilità di inappropriatezza;
- sviluppare e validare **modelli di graduazione dei rischi** per diversificare profili di rischio delle strutture e pianificare le priorità di controllo sulla base dei profili individuati, mantenendo coerenza con le disposizioni vigenti;
- sviluppare e validare **'indicatori di rischio'** in grado di rilevare tempestivamente specifici **eventi sentinella** per orientare le verifiche delle ATS verso ambiti di inappropriatezza e/o possibili opportunismi; si osserva nel merito la possibilità di **capitalizzare le risorse informative già esistenti** utilizzando indicatori sviluppati in altri contesti e già utilizzati nel sistema (ad esempio, il Piano Nazionale Esiti, Network delle Regioni, adempimenti del DM 70/2016, etc.);
- promuovere strategie di controllo mirate anche a **verifiche di appropriatezza specifica** attraverso lo sviluppo di attività di **auditing** (interno/esterno) e maggior focus sugli esiti;
- promuovere una maggior **responsabilizzazione dei soggetti erogatori** attraverso lo sviluppo di metodologie di autocontrollo sempre più efficaci, in particolare per quanto riguarda l'ambito sociosanitario;
- incrementare verifiche indirizzate non solo a singole unità d'offerta o episodi di cura, ma anche focalizzate sul paziente e il suo **intero percorso di cura**, favorendo una lettura trasversale dei fenomeni e l'integrazione dell'azione di controllo tra diversi ambiti d'offerta;
- mettere a punto **modelli di controllo centrati sul paziente**, ad esempio attraverso strumenti di valutazione della 'patient experience' per il monitoraggio dell'effettiva presa in carico secondo la prospettiva del paziente.
- promuovere una maggiore **integrazione tra funzioni** di vigilanza e controllo e tra attività in capo a strutture/dipartimenti con competenze diverse.

Per perseguire tali strategie, ACSS si avvale dei seguenti strumenti:

- l'attivazione di **tavoli di lavoro** su specifici ambiti, per condividere *best practice*, strumenti e modalità operative attraverso un approccio di benchmarking tra i soggetti deputati ai controlli;
- implementazione di eventuali nuove modalità di controllo, anche attraverso fasi di **sperimentazione** che potranno coinvolgere una o più ATS.
- attivare **percorsi formativi** per gli operatori delle ATS, finalizzati a condividere criteri di campionamento e modalità di controllo per ridurre la variabilità d'intervento. Si sottolinea nel merito che l'Agenzia ha già elaborato una proposta di Corso di formazione sui sistemi di verifica, da implementare in edizioni ripetute a partire dal 2020.

2.3 OBIETTIVI GENERALI DEL PCPQ 2020

Il PCPQ 2020 persegue i seguenti **obiettivi generali**:

- migliorare efficienza ed efficacia delle attività di controllo svolte dalle ATS;
- rendere i controlli più omogenei e ridurre la variabilità tra territori delle ATS;
- ridurre la variabilità tra ambiti di valutazione, allineando progressivamente criteri/metodi delle attività di vigilanza e controllo tra area sanitaria e sociosanitaria;
- orientare le attività di campionamento ottimizzando criteri e tempi dei campionamenti;
- massimizzare il rapporto benefici/costi delle attività di controllo attraverso azioni di facilitazione/semplificazione che consentano un migliore utilizzo delle risorse disponibili liberando risorse umane da dedicare ad approfondimenti specifici (ad es. incrementare automatismi informatici e controlli elettronici, promuovere la qualità dei dati, ecc.);
- garantire trasparenza nelle attività di controllo, facilitando l'accesso degli stakeholder agli esiti degli interventi.

2.4 INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO DELLE ATS

In ogni Sezione del **PCPQ 2020** ACSS fornisce indicazioni operative specifiche per i controlli delle ATS e raccomandazioni di ordine generale per la predisposizione dei Piani territoriali di controllo o suggerimenti per azioni di miglioramento da parte di DGW.

È atteso che i Piani di Controllo delle ATS siano così strutturati **per ciascuna area di controllo**:

- sintetica analisi di contesto
- sintetica rendicontazione dell'attività di controllo effettuata di norma nell'anno precedente
- programmazione delle attività di controllo da effettuare nel 2020.

Si chiede alle ATS di orientare la programmazione dei controlli delle diverse aree sulla base della graduazione del rischio, esplicitando, nei rispettivi Piani di Controllo Territoriali, i criteri e gli indicatori adottati e le dimensioni indagate.

ACSS ha già condiviso con le ATS il Documento *'Proposta di un modello per la graduazione del rischio'* (Allegato 1), al quale si rimanda per un approfondimento specifico.

Per facilitare e armonizzare la predisposizione dei piani di controllo da parte delle ATS e semplificare l'elaborazione centrale dei risultati, il PCPQ 2020 propone alcuni **format tabellari**. In particolare, ACSS ha definito un **format comune di Programmazione**, cioè una tabella nella quale le ATS dovranno riportare una rappresentazione sintetica della programmazione 2020 delle attività di controllo, da replicare per **tutti gli ambiti di controllo** trattati nei rispettivi Piani di controllo Territoriali (Allegato 2).

Si specifica che rendicontazione e programmazione dei controlli dovranno riguardare anche ambiti non espressamente trattati dal presente PCPQ 2020, ma previsti dalle **Regole di sistema** dell'anno in corso e delle annualità precedenti.

ACSS fornirà, successivamente alla ricezione dei Piani di Controllo Territoriali di ciascuna ATS, una valutazione relativa all'aderenza di questi ultimi alle indicazioni del PCPQ 2020, alle Regole di Sistema e alle altre normative vigenti in materia.

3 VIGILANZA E CONTROLLO IN AMBITO SANITARIO

3.1 PREMESSA

Il biennio 2018-2019 è stato caratterizzato dall'emanazione di provvedimenti normativi con ricadute organizzative in tema di autorizzazione e accreditamento.

Con la **DGR n. X/7600 del 20 dicembre 2017**¹, al fine di dare pieno adempimento alla DGR n. X/4406 del 30 novembre 2015², la Giunta regionale ha infatti disposto:

- la costituzione, entro il 15 febbraio 2018, della Cabina di Regia dell'Organismo Tecnicamente Accreditante;
- l'utilizzo dell'applicativo ASAN, a partire dal 1° gennaio 2018, per la gestione delle attività di verifica e controllo dei requisiti delle strutture sanitarie, nonché delle azioni di diffida e/o sospensione dell'erogazione³.

Con il **Decreto n. 2955 del 2 marzo 2018**, la DGW ha istituito l'**Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA)** di Regione Lombardia, composto dai Direttori dei Dipartimenti per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, dai Responsabili degli uffici Accreditamento e Vigilanza e dal personale assegnato per queste attività delle 8 ATS. Le relazioni tra OTA e ACSS saranno oggetto di condivisione nel corso del 2020, per definire ambiti di collaborazione e reciproche competenze e responsabilità.

Con il **Decreto n. 4420 del 1° aprile 2019** è stato ricostituito un Gruppo di lavoro regionale con funzione consultiva e propositiva, a supporto della Direzione Generale Welfare riguardo le tematiche sanitarie e sociosanitarie di autorizzazione accreditamento e appropriatezza per la codifica delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Il Gruppo di lavoro è composto da due tavoli per l'ambito sanitario e per l'ambito sociosanitario, tra i cui componenti è prevista la presenza di un rappresentante delegato dal Direttore Generale per l'ACSS.

3.2 INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO

L'attività di vigilanza e controllo relativa ad autorizzazione all'esercizio e accreditamento delle strutture sanitarie, oggetto di recenti interventi normativi che potrebbero comportare ricadute organizzative future, deve trovare esplicita evidenza all'interno dei Piani di Controllo delle ATS. Nel predisporre la programmazione specifica, le ATS dovranno tenere

¹ Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018.

² Recepimento dell'intesa del 19 febbraio 2015, tra il governo, le regioni e le province autonome in materia di adempimenti relativi all'accREDITamento delle strutture sanitarie. Con tale atto la Giunta regionale ha deliberato di recepire formalmente l'Intesa, di prevedere che la Regione definisca per tutte le ATS uguali modalità di gestione del processo di accREDITamento chiedendo al contempo a ciascuna ATS di definire quanto riportato nell'allegato B dell'intesa relativamente all'organizzazione e ai requisiti dell'organismo tecnicamente accreditante, di dare mandato alla Direzione Generale Welfare di adottare ogni necessario provvedimento per consentire l'esecuzione della DGR 4406 stessa.

³ L'utilizzo di ASAN per la gestione, in ambito sanitario, dei processi di autorizzazione, di messa in esercizio e di accREDITamento delle strutture, era stato già formalizzato con DGR n. X/5954 del 5 dicembre 2016 "16 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017".

conto anche delle presenti indicazioni operative, dalle quali potranno discostarsi, salvo nei casi indicati, motivando le proprie scelte.

La programmazione delle attività dovrà prevedere controlli sulle strutture sanitarie a prescindere dal loro status (autorizzate, accreditate o contrattualizzate).

Le ATS dovranno inoltre tenere conto di quanto previsto dal comma 3 dell'articolo 2 del D.P.R. 14.01.1997 *“La verifica della permanenza dei requisiti minimi deve essere effettuata con periodicità almeno quinquennale e ogni qualvolta le regioni ne ravvisino la necessità ai fini del buon andamento delle attività sanitarie”*.

La programmazione di tutte le attività di controllo che le ATS riterranno di condurre nell'anno 2020 dovrà essere rappresentata secondo il format della *“Tabella di programmazione dei controlli”* di cui all'Allegato 2.

3.3 ANALISI DI CONTESTO

Questa sezione dovrà descrivere il **sistema di offerta territoriale**, utilizzando i dati presenti su ASAN (strutture accreditate) o disponibili presso le ATS (strutture autorizzate).

Si esemplifica, a suggerimento, un report di sintesi tabellare nel formato seguente, secondo la classificazione delle tipologie di struttura presente su ASAN.

Tabella – Sintesi delle tipologie di Strutture sanitarie

TIPOLOGIA STRUTTURA	N° STRUTTURE AUTORIZZATE	N° STRUTTURE ACCREDITATE	N° STRUTTURE A CONTRATTO
Presidio Ospedaliero di ASST			
IRCCS			
Ospedale classificato			
Casa di Cura			
Struttura ambulatoriale			
Servizio di Medicina e Laboratorio			
Struttura Psichiatrica			
Ricovero a ciclo diurno			
Odontostomatologia Monospecialistica			
Struttura di raccolta Sangue			
Ambulatorio di medicina sportiva			
Studio Professionale			
Studio Professionale di medicina sportiva			
Struttura per Cure Subacute			

I dati dovrebbero rappresentare il **sistema di offerta al 1° gennaio 2020**.

3.4 RENDICONTAZIONE SINTETICA ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2019

Tale sezione del Piano di Controllo dovrà sintetizzare le attività di controllo svolte nel 2019 in relazione alla programmazione, riportandone gli **esiti** e ogni altra informazione utile (es: criticità emerse, diffide, sanzioni).

Appare, altresì, opportuno che in questa sezione si dia evidenza di eventuali provvedimenti normativi che modifichino o integrino le cogenze (es: Regole di Sistema 2020).

3.5 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ 2020

Nella predisposizione dei piani di controllo le ATS avranno cura di **dare evidenza specifica delle attività di vigilanza e controllo programmate**, le quali dovranno essere orientate a un'attenta **valutazione dei fattori di rischio** per fare emergere aree di criticità e conseguentemente priorità di intervento, evidenziando i criteri per la selezione delle strutture da sottoporre a verifica. Le ATS, pertanto, in questa parte del Piano dovranno rendere espliciti gli elementi di **valutazione dei rischi, e la relativa graduazione**, verso i quali proporre l'azione di controllo.

L'ACSS ha predisposto una proposta metodologica, allegata al PCPQ 2020, che fornisce linee di indirizzo **non vincolanti**: ogni ATS è libera di sviluppare un proprio metodo, con l'obbligo tuttavia di evidenziare criteri e ambiti di valutazione per la graduazione del rischio (Allegato 1).

Le medesime attività, se connesse con processi attivati dagli erogatori (nuove autorizzazioni all'esercizio e/o nuovi accreditamenti, ampliamenti, trasformazioni) o dalla Giunta regionale (riclassificazioni), potranno trovare evidenza nella rendicontazione (vedi sezione 3.4).

Per la potenziale rilevanza, anche dal punto di vista del sistema, e per le ricadute sull'azione delle singole ATS, risultano di particolare importanza le attività di vigilanza e controllo conseguenti a **segnalazioni** o richieste da parte di soggetti terzi. Per tali attività, non programmabili, **le ATS esplicheranno le proprie modalità di gestione**, se non già definite in procedure interne formalmente adottate e daranno riscontro specifico.

Premesso che **la programmazione delle attività di controllo è affidata alla discrezionalità di ogni ATS**, si fornisce un elenco di ambiti di attività di particolare rilievo per l'ACSS, accompagnati dai relativi riferimenti normativi.

Verifica quali-quantitativa degli standard di dotazione organica	DDGS n. 2877 del 09/02/2001 e s.m.i.
Monitoraggio sul mantenimento dei requisiti per le Strutture che hanno presentato istanza di proroga al 31/12/2020 dell'assolvimento dei requisiti tecnologici e strutturali previsti dalla normativa vigente	Punto 3.1.1.1 dell'Allegato alla DGR n. X/4702 del 29/12/2015
Servizi trasfusionali e unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti.	DGR n. IX/3465 del 16/05/2012
SMEL	
Soglie minime di prestazioni da eseguire in sede per le strutture, anche solo autorizzate, che erogano prestazioni esclusivamente per utenti ambulatoriali	Punto 5.2.2 dell'Allegato A alla DGR n. X/5954 del 05/12/2016

Appropriatezza erogativa dei Servizi di Medicina di Laboratorio	Allegato 6 alla DGR n. X/6006 del 19/12/2016
Monitoraggio degli SMEL (partecipazione e performance) sulla scorta delle segnalazioni periodiche del Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio	DGR n. VI/38133 del 06/08/1998 e s.m.i.
Attività di Elettrofisiologia	DGR n. X/7540 del 18/12/2017
Attività di Genetica molecolare e di Citogenetica	DGR n. X/7466 del 04/12/2017
Attività di Anatomia Patologica	DGR n. XI/772 del 12/11/2018
Procreazione Medicalmente Assistita	DGR n. X/4103 del 02/10/2015

3.5.1 PROGRAMMAZIONE INTEGRATA INTERVENTI

Al fine di **promuovere un approccio integrato ai controlli** degli erogatori, si richiede che le ATS predispongano una o più attività condivise tra Unità Operative, per questo sarebbe utile prevedere un **Piano di verifica specifico per i Blocchi Operatori** da parte di Agenzia.

Pur consapevoli che l'argomento "Blocchi Operatori" è all'attenzione di tavoli nazionali e regionali si riterrebbe comunque opportuno approfondire il tema per proporre una lettura omogenea e condivisa delle attuali modalità di verifica in osservanza della normativa vigente, nulla innovando rispetto alla definizione e aggiornamento dei requisiti di accreditamento che permangono prerogativa della DG Welfare.

Tale aspetto è stato ampiamente ribadito anche nel corso dei primi incontri del tavolo di lavoro permanente costituito in ACSS per definire e attuare, in modo uniforme e standardizzato, un piano controlli, specifico, per i blocchi operatori, che includa:

- una verifica sul mantenimento dei requisiti di accreditamento;
- una verifica sulla presenza e sulla corretta compilazione della Check list ministeriale per la sicurezza in sala operatoria⁴⁻⁵. La numerosità del campione (cartelle cliniche) deve garantire la rappresentatività della popolazione (tutti i pazienti sottoposti a procedura chirurgica).

Preso atto dei risultati sulle attività del 2018 delle singole ATS, si consiglia di porre particolare attenzione alla corretta compilazione dei verbali operatori, in ossequio al requisito organizzativo **OSOPE04** e a quanto previsto dal DDG Sanità di Regione Lombardia n. 6911/08.

A seguito dell'approvazione, con **decreto DG Welfare n. 1275 del 04/02/2019**, dei documenti di indirizzo operativo – "Check list chirurgia sicura 2.0" e relativo "Manuale di guida alla compilazione e utilizzo" - è auspicabile una verifica sull'implementazione del nuovo strumento di *risk assessment* per la *patient safety* in sala operatoria.

⁴ Ministero della Salute e delle Politiche Sociali - Raccomandazione n. 3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura - marzo 2008;

⁵ Ministero della Salute - Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist- ottobre 2009.

Tale strumento si affianca alla "Check list Ministeriale per la Sicurezza in Sala operatoria", che rimane lo strumento obbligatorio da utilizzare nelle strutture sanitarie.

Inoltre, ACSS intende proporre e implementare nel corso del 2020, in collaborazione con le ATS e le strutture erogatrici, un'attività di contrasto all'antibioticoresistenza (AMR) e di controllo sul consumo di antibiotici in ambito umano e veterinario, tenuto conto della **DGR n. X/7468 del 4 dicembre 2017** e della **DGR n. X/7630 del 28 dicembre 2017**, che hanno definito il quadro regionale degli interventi per il contrasto all'AMR.

Si rende necessario un approccio multispecialistico alla tutela della salute collettiva, con un forte orientamento all'innovazione e alla prevenzione, in ragione del fatto che le infezioni correlate all'assistenza rappresentano una grave minaccia per la salute pubblica a causa dell'impatto epidemiologico ed economico.

L'aumento delle morbosità associate alle infezioni causate da patogeni multiresistenti si ripercuote inevitabilmente sulle risorse, generandone un costante incremento in ragione del prolungamento delle giornate di degenza e dell'utilizzo di farmaci di seconda linea, spesso più tossici e costosi.

4 RICOVERI

4.1 PREMESSA

Con la **DGR n. X/7600 del 20 dicembre 2017⁶**, la Giunta regionale ha definito le competenze e le responsabilità in tema di attività di controllo, affidando in particolare **alla Giunta la definizione dei tempi di esecuzione e dei volumi delle operazioni di controllo e all'ACSS, nel Piano dei Controlli e Protocolli, i volumi delle singole tipologie di controllo e le indicazioni operative**. Con il medesimo provvedimento è stata inoltre richiamata la validità di tutte le disposizioni progressivamente introdotte in tema di controlli ed è stata disposta, a partire dall'esercizio di controllo 2018, la coincidenza dell'annualità di controllo con l'annualità solare, prevedendo pertanto che le attività di controllo si concludano entro il 31 dicembre.

Si fa presente che i volumi e le percentuali indicati per la vigilanza e i controlli di appropriatezza si riferiscono alle Regole di Sistema per l'anno 2020:

- il 12,5% per i ricoveri (6% per i controlli di appropriatezza, il 3% per l'autocontrollo della qualità documentale e il 3,5% per l'autocontrollo di appropriatezza generica effettuata a cura dei soggetti erogatori);
- almeno 1 punto percentuale dei 3,5 sopra previsti, da riferirsi alla verifica dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario;

ACSS ha analizzato il controllo sulla produzione del quinquennio 2013-2017 esercitato dai Nuclei Operativi di Controllo (NOC) delle ATS. I risultati sono riportati in Allegato 3.

Le analisi effettuate mostrano la necessità standardizzare/uniformare il sistema dei controlli per ridurre il range di variabilità. Troppo evidenti tra le ATS le differenze dei campionamenti e degli esiti che non possono trovare giustificazione solamente nel differente mix di ricoveri resi da differenti erogatori.

4.2 INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO

L'attività di controllo per l'area ricoveri dovrà essere programmata dalle ATS tenendo conto della normativa nazionale e regionale vigente nonché delle presenti indicazioni operative. Le ATS potranno discostarsi dalle indicazioni operative, salvo nei casi indicati, motivando le proprie scelte.

La programmazione di tutte le attività di controllo che le ATS riterranno di condurre dovrà essere rappresentata secondo il format della tabella *"Sintesi programmazione attività di controllo"* di cui all'Allegato 2 e tale programmazione dovrà essere fondata su una preliminare graduazione del rischio, secondo parametri e indicatori liberamente individuati dalle ATS. Le ATS, pertanto, in questa parte del Piano dovranno rendere espliciti gli elementi di **valutazione dei rischi, e la relativa graduazione**, verso i quali proporre l'azione di controllo.

⁶ Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018

L'ACSS ha predisposto una proposta metodologica, allegata al PCPQ 2020, che fornisce linee di indirizzo **non vincolanti**: ogni ATS è libera di sviluppare un proprio metodo, con l'obbligo tuttavia di evidenziare ambiti di valutazione e graduazione del rischio (Allegato 1).

4.3 RENDICONTAZIONE SINTETICA ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2019

Tale sezione dovrà riportare una descrizione delle caratteristiche degli erogatori ritenute rilevanti ai fini della rappresentazione del territorio dal punto di vista della produzione di prestazioni in regime di ricovero.

In particolare, dovrà essere rappresentata la serie storica dei controlli a carico delle strutture di ricovero per le quali dovrà essere riportata una sintesi dei controlli effettuati, almeno per il biennio 2018-2019, e dei risultati ottenuti. Si suggerisce, a tal fine, lo schema sintetizzato nella tabella seguente.

Tabella – Sintesi dei controlli sulle attività di ricovero

CODICE HSP TIPOLOGIA DI STRUTTURA	ANNO	N° RICOVERI	% CARTELLE CONTROLLATE	% CARTELLE NON CONFERMATE	N. ESTENSIONI	N. SANZIONI

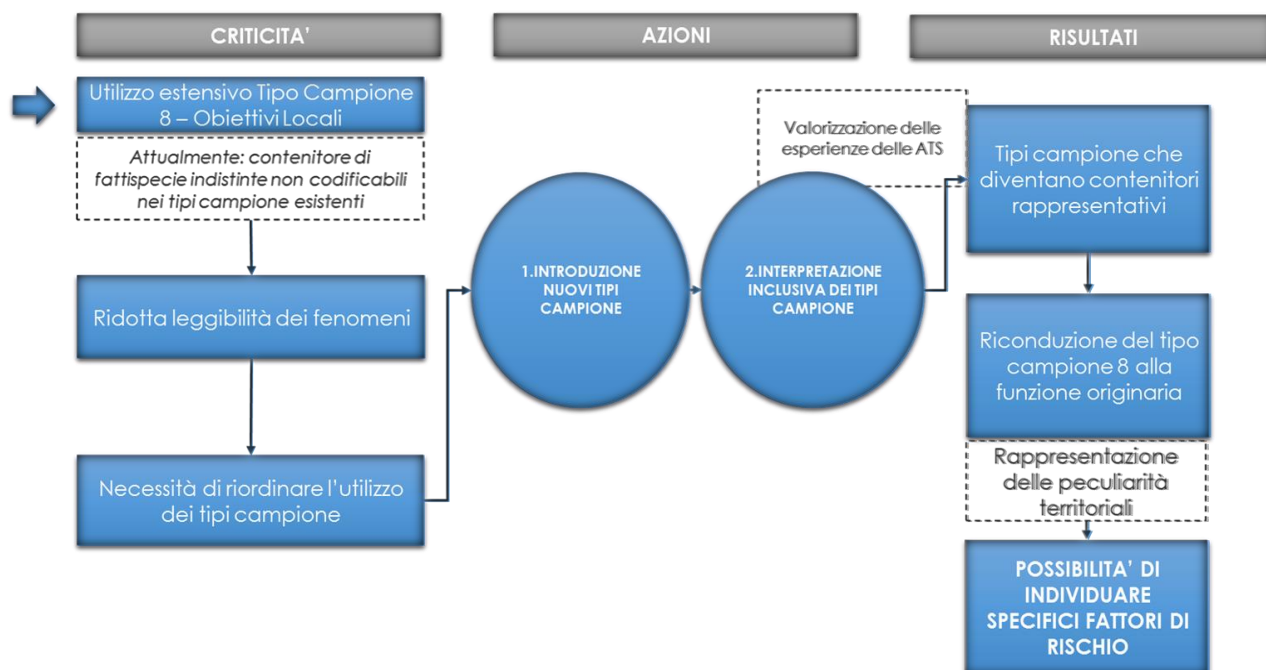
La tabella sintetizza, per ogni tipologia struttura di ricovero, i seguenti dati:

- numero di ricoveri effettuati, a totale o parziale carico del SSN;
- rapporto percentuale tra le cartelle cliniche controllate, nelle tre fattispecie di controllo previste, e la numerosità dei ricoveri effettuati nell'anno del controllo;
- rapporto percentuale tra le cartelle cliniche non confermate, nelle tre fattispecie di controllo previste, e le cartelle cliniche controllate;
- numero di casi di estensione della verifica del campione;
- numero di casi di contestazione di sanzione amministrativa.

4.4 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ 2020

Nell'ambito della programmazione dell'attività di controllo, ACSS ~~propone~~ pur rilevando l'opportunità di una più estesa classificazione dei tipi campione, in particolare per quanto attiene la tipologia 8 "Controlli di interesse locale", in modo tale da consentire una migliore lettura dell'azione di campionamento da parte di ATS e delle Strutture erogatrici.

Un ampliamento della attuale classificazione, che consente di diversificare all'interno del tipo campione "Controlli di interesse locale" le preferenze di campionamento, potrebbe avvenire secondo il percorso di seguito riportato:



In considerazione del fatto che la realizzazione di tale proposta è necessariamente connessa ad una revisione del tracciato del flusso della rendicontazione degli esiti dei controlli NOC, tale passaggio non può prescindere da indicazioni specifiche della DG Welfare

La tabella di seguito riportata elenca i tipi campione e, per il tipo campione 8 'Obiettivi Locali', la proposta dei relativi sottotipi campione.

La tabella non deve essere interpretata come un dettaglio analitico ma come uno strumento da utilizzare per la pianificazione delle attività di controllo.

Le ATS potranno acquisire dagli erogatori la **pianificazione dell'autocontrollo di congruenza articolata secondo lo stesso schema** e con la medesima ratio. Gli erogatori dovranno quindi abbinare i propri criteri di campionamento ai tipi/sottotipi campione elencati in Tabella.

COD TIPO CAMPIONE	COD SOTTO TIPO CAMPIONE	DESCRIZIONE TIPO / SOTTO TIPO CAMPIONE	% STIMATA
1	000	Campione estratto con metodica guidata, ricoveri ripetuti per acuti	-
2	000	Campione estratto con metodica guidata, DRG complicato	-
3	000	Campione estratto con metodica guidata, DRG anomalo	-
4	000	Campione estratto con metodica guidata, ricovero ordinario per acuti DRG neoplastici deg>4gg DRG non chirurgico	-
5	000	Campione estratto con metodica guidata, DH diagnostici con nessuna o una sola procedura	-
6	000	Campione estratto con metodica guidata, Riabilitazione: presenza del soggetto nell'arco del ricovero	-
7	000	Campione estratto con metodica guidata, Riabilitazione: presenza del programma riabilitativo individuale	-
8	001	BIC	-

COD TIPO CAMPIONE	COD SOTTOTIPO CAMPIONE	DESCRIZIONE TIPO / SOTTOTIPO CAMPIONE	% STIMATA
8	002	Cardiologia	-
8	003	Chirurgia plastica post bariatrica	-
8	004	Chirurgia post mastectomia	-
8	005	Chirurgici brevi	-
8	006	DGR 1185/13 allegato 3A - appropriatezza regime	
8	007	DRG 014 Emorragia intracranica o infarto cerebrale	
8	008	DRG 565-566 ventilazione meccanica	-
8	009	DRG ad Alto Rischio di Inappropriatezza	-
8	010	DRG oncologici e chemioterapia	-
8	011	DRG più remunerativi	-
8	012	Innesti cutanei	-
8	013	MAC	-
8	014	Mastectomia	-
8	015	Neonati	-
8	016	Odontostomatologia	-
8	017	Parti	-
8	018	Parti Cesarei (incluso Robson)	-
8	019	PMA	-
8	020	Procedure non eseguite	-
8	021	Psichiatria	-
8	022	Reparti riabilitativi specialistici	-
8	023	Reparto Subacuti	-
8	024	Riabilitazione in DH	-
8	025	Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione	
8	026	Sepsi	
8	027	TAVI	
8	028	Terapia Intensiva Neonatale	
8	029	Trasferimenti in riabilitazione	
8	030	OBIETTIVI LOCALI	
8	031	Campione ACSS	
8	032	ALTRO	
9	000	Estensione a tutta la produzione riferita ad errori sistematici	
A	000	Autocontrollo qualità documentale	
B	000	Autocontrollo Congruenza	
C	000	Campione estratto con metodica casuale	
D	000	Campione estratto con metodica guidata, ricoveri con DRG dermatologici	

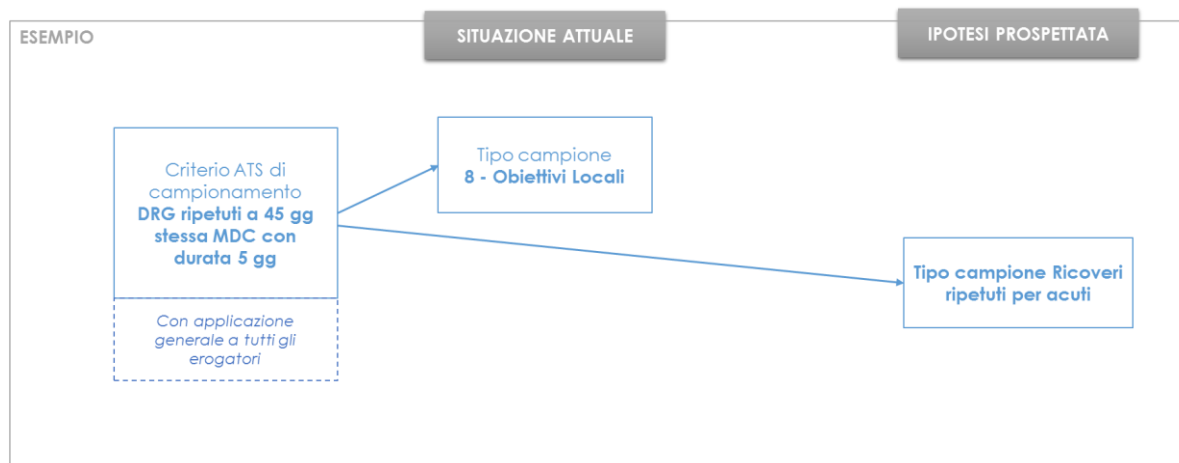
COD TIPO CAMPIONE	COD SOTTOTIPO CAMPIONE	DESCRIZIONE TIPO / SOTTOTIPO CAMPIONE	% STIMATA
Q ⁷	000	Campione estratto con metodica guidata, ricoveri con impianto di endoprotesi	
R	000	Campione estratto con metodica guidata, ricoveri segnalati da Indicatore Regionale I 9: % di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni	
S	000	Campione estratto con metodica guidata, Indicatore Regionale S importo medio per reparto	
T	000	Campione estratto con metodica guidata, ricoveri segnalati da Indicatore Regionale I 7: % di procedure effettuate in ambulatorio	
U	000	Campione estratto con metodica guidata, ricoveri segnalati da Indicatore Regionale I 6: numeri di accessi per SDO in regime di Day Hospital	
V	000	Campione estratto con metodica guidata, Indicatore Regionale V % ripetuti stesso ospedale	
W	000	Campione estratto con metodica guidata, Indicatore Regionale W % rip. Stessa MDC stesso OSP	
X	000	Campione estratto con metodica guidata, Indicatore Regionale X incidenza DRG mix unità operativa	
Y	000	Campione estratto con metodica guidata, ricoveri segnalati da Indicatore Regionale I 2 % di casi complicati	
Z	000	Campione estratto con metodica guidata, indicatore regionale Z % degenza 2-3 giorni	

È raccomandata l'adozione di una regola comune di associazione tra i criteri di campionamento utilizzati dalle ATS e i tipi/sottotipi campione del flusso dei controlli.

Si chiede, qualora **un criterio utilizzato da ATS sia riconducibile a un tipo o sottotipo campione esistente**, di prestare particolare attenzione ad associarlo nel flusso al tipo o al sottotipo campione corretto.

Si suggerisce, quindi, di **adottare un'interpretazione inclusiva dei tipi e sottotipi campione**. Se, ad esempio, un'ATS ha individuato come particolarmente critici i DRG ripetuti a 45 giorni appartenenti alla stessa MDC con durata 5 giorni, tale criterio dovrebbe essere associato al tipo campione 'DRG ripetuti' e non al tipo campione "Controlli di interesse locale".

⁷ Dall'esercizio 2019 è stata avviata una nuova tipologia di controllo denominata "controllo endoprotesi"; tale attività andrà svolta all'interno del controllo mirato di congruenza delle prestazioni di ricovero, in riferimento al quale è stato individuato un nuovo esito per il debito informativo, denominato "Esito_PROT".



Occorre inoltre definire un ordine di campionamento che preveda prioritariamente la classificazione nei tipi e sottotipi di campionamento codificati.

4.4.1 CONTROLLO DI CONGRUENZA

In relazione alle caratteristiche del controllo, per definizione orientato a individuare errori o opportunismi nelle modalità di erogazione e rendicontazione delle prestazioni di ricovero, le attività di controllo di congruenza delle ATS dovranno essere orientate da una analisi dei fattori di rischio locali o dei singoli erogatori e le modalità di campionamento dovranno consentire l'afferenza delle aree prese in esame ai 'tipi campione' sopra esplicitati.

Per rendere più efficace ed efficiente l'individuazione delle SDO a maggior rischio di modifica durante i controlli di congruenza, l'ACSS ha sviluppato un modello predittivo di selezione delle cartelle cliniche da controllare.

L'assunzione alla base del modello è che la probabilità di modifica di una cartella non dipenda solo dalla soggettività dell'operatore che effettua l'azione di controllo ma anche da alcune caratteristiche della SDO. **Il rischio pertanto viene stimato in base a:**

- ✓ **Campi della SDO:** DRG, Regime di ricovero, Diagnosi principale di dimissione, Numero di diagnosi incluse nella SDO, Reparto di dimissione, Provenienza del paziente, Numero di trasferimenti interni, Modalità di dimissione, Giorno della settimana in cui avviene la dimissione, Durata della degenza (classificata in base al DRG), Tipo di struttura (Presidio ASST, IRCCS pubblico...);
- ✓ **Esiti dei controlli NOC** degli ultimi due anni con attribuzione di un peso diverso sulla base della distanza temporale: i controlli più remoti hanno un impatto minore rispetto a quelli più prossimi nella determinazione del rischio.

Le simulazioni effettuate per valutare l'accuratezza del modello e il valore predittivo positivo delle SDO selezionate hanno fornito risultati promettenti:

- utilizzando come soglia per la selezione delle cartelle il valore che individua il 2% della produzione, il livello di accuratezza del modello risulta pari all'88%;
- Selezionando il 2% circa della produzione, la percentuale di modifica delle cartelle è circa il 60%.

- Solo il 20% delle cartelle selezionate dal modello sono state già inserite nei campioni di congruenza dai NOC o dagli erogatori (non ridondanza del modello).

Per l'anno 2020 ACSS intende avviare, nel corso del tavolo di lavoro permanente dei NOC istituito in ACSS nel dicembre 2019, in collaborazione con le ATS partecipanti, su base volontaria e in modalità sperimentale, una **fase di test e di validazione del modello**, integrando il campionamento effettuato dalle ATS (controllo di congruenza) con il campionamento probabilistico.

Gli obiettivi della sperimentazione sono essenzialmente due:

1. **Verificare l'utilità del modello** di campionamento probabilistico, ovvero verificare il livello di sovrapposizione tra il campione selezionato dal modello e il campione determinato dalle ATS. Un'eccessiva sovrapposizione dei due campioni ridurrebbe l'utilità del modello in quanto significherebbe che le ATS riescono già autonomamente a selezionare le cartelle più a rischio; al contrario, un livello di sovrapposizione ridotto permette di ipotizzare che lo strumento sia in grado di rilevare aree altrimenti non verificate.
2. **Verificare l'efficacia del modello** di campionamento probabilistico, ovvero verificare se il rischio atteso di modifica di una cartella clinica viene poi accompagnato da un'effettiva azione di revisione, quindi se il modello identifica cartelle che effettivamente devono essere poi corrette.

Le ATS partecipanti alla fase di test e di validazione del modello predittivo per il campionamento delle cartelle cliniche, potranno valutare discrezionalmente se le cartelle indicate da ACSS sono da controllare in aggiunta o in sostituzione a quelle autonomamente selezionate.

Si ricorda, che nel rispetto della titolarità dei controlli in capo alle ATS, anche il modello predittivo costituisce uno strumento di lavoro non vincolante, teso a favorire la massimizzazione dell'efficacia dei controlli, nonché la loro omogeneizzazione tra differenti territori.

Inoltre, alla luce delle **variazioni temporali di alcuni DRG**, le ATS dovranno effettuare una valutazione e conseguentemente **dare evidenza delle proprie scelte per le seguenti casistiche:**

- Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale (DRG 543);
- Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco (DRG 104);
- Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea (DRG 518, 557, 558);
- Artrodesi vertebrale (DRG 496, 498, 520);
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori (DRG 471);
- Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori (DRG 491);
- Interventi per obesità (DRG 288).

4.4.2 AUTOCONTROLLO DI CONGRUENZA

L'autocontrollo di congruenza affida la responsabilità della pianificazione dell'attività e dell'espletamento delle verifiche all'erogatore.

In analogia a quanto definito per i controlli di congruenza mirata, le attività di autocontrollo di congruenza dovranno essere orientate da una **analisi dei fattori di rischio** e le relative modalità di campionamento rappresentate nel **format dei tipi campione** (esplicitati in precedenza). Per tale motivo le ATS dovranno dare evidenza di azioni di **indirizzo e coordinamento agli erogatori** nella stesura dei piani di autocontrollo. Si conferma che il **piano di autocontrollo è sottoposto alla approvazione** da parte delle ATS.

4.4.3 AUTOCONTROLLO QUALITÀ DOCUMENTALE

La qualità della documentazione sanitaria e, in particolare, della codifica delle informazioni nella SDO ha nel tempo acquisito sempre più importanza ai fini delle valutazioni dei processi clinico assistenziali anche per fini medico-legali. Tra l'altro, anche per il calcolo degli indicatori previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE) si rende indispensabile che i contenuti informativi della SDO siano sempre più completi e accurati.

Si ritiene utile per ciascuna ATS la possibilità di impiegare gli esiti dell'autocontrollo della qualità documentale al fine di superare le criticità rilevate e quindi, attraverso strategie di governo locale promuovere un confronto costruttivo con gli erogatori che tenda al continuo e progressivo miglioramento della documentazione clinica.

Si ricorda che la verifica della completezza della cartella clinica rappresenta attività necessaria e preliminare in occasione di tutte le attività di controllo che abbiano come oggetto la cartella stessa.

La compilazione delle cartelle cliniche deve essere la più completa e corretta possibile. In tal senso si richiama quale standard di riferimento, per la compilazione delle stesse, il Manuale della Cartella Clinica – seconda edizione 2007 (approvato con D.D.G. Sanità n. 6911 del 26.06.2008) e successive modifiche e/o integrazioni.

Con riferimento alla DGR 621/2010, si evidenzia che l'assenza di uno o più requisiti dirimenti, rispetto al percorso di cura, costituisce condizione per la non rimborsabilità del ricovero totale o parziale.

5 MATERNO INFANTILE

Nel corso degli anni la Giunta regionale ha introdotto diversi provvedimenti relativi all'area materno infantile, in coerenza con la programmazione definita sulla base dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e gli Enti locali del 16 dicembre 2010⁸ e del Decreto ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70⁹.

Tali provvedimenti, che sono elencati e sintetizzati nell'Allegato 4, sono finalizzati alla riorganizzazione del sistema di offerta, all'utilizzo appropriato delle risorse, con particolare riferimento alle U.O. ad alto livello di intensità di cure, al riconoscimento congruo delle risorse per le prestazioni effettuate, alla riduzione del ricorso al taglio cesareo, al miglioramento della capacità descrittiva e di rappresentazione dell'attività effettuata presso i Punti Nascita.

Per lo svolgimento delle attività di controllo e l'individuazione dei comportamenti opportunistici in ambito materno infantile le fonti informative comprendono, oltre alla cartella clinica e alla corrispondente SDO, anche il CEDAP. Il ricorso a tale fonte informativa risulta necessario per l'individuazione di eventuali opportunismi derivanti dall'attribuzione dei parti alle classi di Robson. A partire infatti dall'anno 2016, al fine di promuovere la riduzione del ricorso al taglio cesareo (TC), la tariffa per i parti con TC per le classi 1 e 3 di Robson e 2° e 4° di Robson è stata modulata in relazione alla performance dei punti nascita calcolata in base alla percentuale di TC nelle classi indicate. Per l'anno 2017 sono state definiti:

- una riduzione della tariffa pari al 20% rispetto a quella ordinaria per i parti con TC per le classi 1 e 3 di Robson e 2A e 4A di Robson se è superata la soglia del 75° percentile;
- un incremento pari al 35% del valore ordinario per le medesime classi dei parti con TC per i Punti Nascita con valore inferiore al 25°.

I provvedimenti citati evidenziano l'utilità che nei piani delle ATS l'attività di controllo dei punti nascita sia affrontata in modo specifico e sistematico. Per taluni provvedimenti (es: tariffa inerente ai parti con necessità di successivo ricovero in Terapia Intensiva Neonatale dei neonati, senza trasferimento presso altra ASST) eventuali opportunismi possono essere ricercati e verificati valutando i percorsi completi all'interno della rete per l'assistenza alla madre e al neonato. Per altri provvedimenti gli opportunismi devono essere ricercati nella qualità di compilazione di documentazione sanitaria che usualmente non è oggetto di verifica (CEDAP). Ulteriori provvedimenti sono applicabili solo a taluni livelli organizzativi o a specifici Presidi (monospecialistici materno infantili con casistica complessa).

⁸ Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Rep. Atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010.

⁹ Decreto 2 aprile 2015, n.70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Nel Piano di Controllo le ATS dovranno pertanto specificare:

- la **sintesi delle attività svolte nell'anno 2019**, con riferimento puntuale ai provvedimenti citati;
- le **azioni di controllo programmate per l'anno 2020**, contestualizzate alle realtà locali (presenza di punti nascita, assetti e livelli organizzativi, dati storici di precedenti attività di controllo). I provvedimenti citati, così come sono proposti dal presente documento, dovranno rappresentare il riferimento per una completa analisi del sistema di offerta locale e per l'attribuzione dei campioni di volta in volta individuati a una categoria esclusiva, al fine di rappresentare in modo completo e coerente lo stato di applicazione dei provvedimenti stessi nei singoli punti nascita. Si suggerisce, per la valutazione dei fattori di rischio, l'utilizzo dei dati di esito pubblicati nella specifica sezione del portale regionale, concentrando l'attenzione anche sulle strutture che dichiarano assenza di eventi avversi, eventi sentinella o complicanze, al fine di valutare l'affidabilità del sistema di monitoraggio delle strutture.

6 SPECIALISTICA AMBULATORIALE

6.1 PREMESSA

La quantità attesa di controlli per la specialistica ambulatoriale è calcolata annualmente dalla DGW con riferimento alle regole di sistema per l'anno 2020, si considera il 3,5% del totale delle prescrizioni poste a carico del SSR nell'anno precedente (2% per i controlli di congruenza ed appropriatezza generica e 1,5% per autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica effettuata a cura dei soggetti erogatori e verificata da parte delle ATS).

L'estrazione avviene utilizzando come criterio il "regime di erogazione" 1, 7, 8, 9, C e il "tipo di prestazione" O, U, Z, per le Regole anno 2020, nell'autocontrollo tra i criteri utilizzati per il campionamento vi sono anche le prestazioni di onco-genetica (di cui alla DGR n. XI/1986/2019). Così definito, e trasmesso a ogni ATS, tale numero rappresenta la quantità minima di controlli che deve essere rendicontata attraverso il flusso degli esiti.

L'attività di controllo è esercitata sulla produzione validata e consolidata da Regione Lombardia.

Il controllo della produzione rendicontata è finalizzato a:

- ✓ verifica della corrispondenza tra contenuto del tracciato record e relativa prescrizione;
- ✓ verifica della effettiva erogazione della prestazione rendicontata attraverso l'analisi della relativa refertazione;
- ✓ individuazione di ogni altro comportamento che non corrisponda a un impiego secondo correttezza del sistema di remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.

Per tale tipologia di attività, caratterizzata da un alto numero di prescrizioni, **sono privilegiati i controlli di tipo statistico formale** per verificare l'eventuale occorrenza di situazioni ad alto rischio di opportunismo e/o di errata modalità di erogazione / rendicontazione delle prestazioni.

La Giunta regionale ha fornito indicazioni per facilitare lo svolgimento di queste attività: nello specifico si fa riferimento alle disposizioni dell'Allegato 3 alla DGR n. VII/8078 del 18 febbraio 2002, dell'Allegato 2 alla DGR n. VII/12692 del 10 aprile 2003, dell'Allegato 13 alla DGR n. VIII/10804 del 16 dicembre 2009. Le tipologie di controllo proposte sono state codificate e sono rendicontate attraverso il flusso degli esiti dei controlli: le codifiche del campo "Tipo campione" dalla "A" alla "Y" corrispondono infatti a specifici criteri di controllo individuati nei provvedimenti citati. Ogni altro controllo applicato dalle ATS è invece rendicontato come "Tipo campione" "Z", ovvero controlli di interesse locale.

Nell'ambito dei controlli sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale la verifica si riferisce a obiettivi diversificati: il controllo può infatti riguardare elementi formali della prescrizione (es: presenza e validità del medico prescrittore alla data di compilazione della prescrizione) o della rendicontazione (es: erogazione di prestazioni durante un ricovero) o elementi specifici di processi diagnostici e terapeutici (criteri di accesso, appropriatezza setting,

completezza documentale) verificabili solo prendendo visione della documentazione conservata dagli Erogatori (es: prestazioni BIC o MAC).

Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale sono oggetto di diversi recenti provvedimenti nazionali e regionali. Con tali definizioni si intendono, in accordo con il Decreto del Ministero della Salute del 9 dicembre 2015:

- "condizioni di erogabilità": le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi in assenza delle quali la prestazione specialistica risulta inappropriata e non può essere erogata nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale;
- "indicazioni di appropriatezza prescrittiva": le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi o alla coerenza con le indicazioni di enti regolatori nazionali o internazionali, in assenza delle quali la prestazione, comunque erogabile nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale, risulta ad alto rischio di inappropriata.

Per quanto riguarda le indicazioni normative regionali si citano i provvedimenti sottoelencati riferibili alle prestazioni indicate.

PRESTAZIONI	RIFERIMENTI NORMATIVI
Odontoiatria	Allegato 1 alla DGR n. X/6006 del 19/12/2016 Allegato 1 alla DGR n. VIII/3111 del 01/08/2006
Genetica Medica e Oncologia molecolare	Allegati B e C alla DGR n. IX/4716 del 23/01/2013
Esofagogastroduodenoscopia e colonscopia	Sub Allegato 16 "Appropriatezza EGDS e Colonscopia" dell'Allegato alla DGR n. X/4702 del 29/12/2015
Eco Color Doppler per la diagnostica delle patologie dei tronchi sovra aortici e degli arti inferiori	Punto 5.6 e Sub Allegato "Appropriatezza ECD in angiologia" dell'Allegato A alla DGR n. X/3993 del 04/08/2015
Marcatori tumorali	Punto 5.1 dell'Allegato A alla DGR n. X/3993 del 04/08/2015
Marcatori cardiaci	Punto 5.2 dell'Allegato A alla DGR n. X/3993 del 04/08/2015
Medicina di Laboratorio	Punto 4, lettera c) dell'Allegato A alla DGR n. X/2313 del 01/08/2014
RM e TC per la diagnostica delle patologie del ginocchio, spalla e rachide	Punto 12 dell'Allegato A alla DGR n. X/2313 del 01/08/2014
Citogenetica	Allegato B alla DGR n. IX/2057 del 28/07/2011
Medicina fisica e Riabilitazione	Allegato 2 alla DGR n. VIII/3111 del 01/08/2006
PMA	DGR n. X/7628 del 28/12/2017

6.2 INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO

L'attività di controllo sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale nella normativa regionale presenta come elemento unico vincolante il rispetto della numerosità di controlli attesi, lasciando piena libertà alle ATS nella scelta delle modalità attuative. La normativa specifica nazionale e regionale tuttavia definisce gli ambiti nei quali possono essere identificate le criticità che dovrebbero orientare i controlli. Le ATS, nella predisposizione dei propri Piani di Controllo, potranno discostarsi dalle seguenti indicazioni operative, salvo nei casi indicati, motivando le proprie scelte.

La programmazione di tutte le attività di controllo che le ATS riterranno di condurre dovrà essere rappresentata secondo il format della *"Tabella di programmazione dei controlli"* di cui all'Allegato 2. e che tale programmazione dovrà essere fondata su una preliminare graduazione del rischio, secondo parametri e indicatori liberamente individuati dalle ATS. Le ATS, pertanto, in questa parte del Piano dovranno rendere espliciti gli elementi di **valutazione dei rischi, e la relativa graduazione**, verso i quali proporrà l'azione di controllo.

L'ACSS ha predisposto una proposta metodologica, allegata al PCPQ 2020, che fornisce linee di indirizzo **non vincolanti**: ogni ATS è libera di sviluppare un proprio metodo, con l'obbligo tuttavia di evidenziare ambiti di valutazione e graduazione del rischio (Allegato 1).

6.3 RENDICONTAZIONE SINTETICA ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2019

Tale sezione del Piano di Controllo dovrà **sintetizzare l'attività di controllo, riportandone gli esiti e ogni altra informazione utile** (es: criticità emerse, sanzioni). Si suggerisce che la rappresentazione degli esiti del controllo non sia limitata a una segmentazione per erogatore, ma metta in evidenza eventuali **anomalie riconducibili ai prescrittori**.

Si suggerisce a tal fine lo schema sintetizzato nella tabella seguente:

Tabella - sintesi dei controlli sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale

ANNO	RECORD CONTROLLATI		CONFERMATI (%)	IMPORTO ORIGINALE (€)	DECURTAZIONE	
	(N)	(%) SU PRODUZIONE ANNO PRECEDENTE			(€)	(%)

Appare altresì opportuno che in questa sezione si dia evidenza di eventuali provvedimenti normativi che modifichino o integrino le cogenze.

6.4 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ 2020

Le **tipologie di controllo** che le ATS dovranno mettere in atto riguarderanno le fattispecie di seguito elencate:

- ✓ controlli sulla corretta modalità di rappresentazione dell'attività erogata;
- ✓ controlli sulla congruenza tra prescrizione, attività erogata e relativa rendicontazione della stessa;
- ✓ controlli di appropriatezza.

Per il primo punto si fa riferimento a quanto indicato nell'Allegato 3 alla DGR 8078/2002, relativamente a:

- prestazioni erogate in Pronto Soccorso e seguite da ricovero (Tipo campione X);
- prestazioni ambulatoriali trasmesse con tracciato 28/SAN erogate in corso di ricovero (Tipo campione Y);
- prestazioni ambulatoriali ricomprese nel costo del DRG di ricovero (Tipo campione W).

Per il secondo punto si fa riferimento a:

- prestazioni selezionate sulla base delle indicazioni regionali elencate nell'Allegato 2 alla DGR 12692/2003 e, successivamente, nell'Allegato 13 alla DGR 10804/ (Tipi campione dalla lettera A alla lettera V);
- prestazioni selezionate sulla base di criteri di interesse locale (Tipo campione Z).

Per il terzo punto si fa prioritariamente riferimento alle prestazioni elencate nella tabella riportata nel paragrafo 6.1

6.4.1 VERIFICA DELLE PRESTAZIONI EROGATE RISPETTO AGLI ASSETTI ACCREDITATI A CONTRATTO

I controlli delle prestazioni ambulatoriali devono essere svolti tenendo conto degli assetti accreditati e a contratto, ovvero delle prestazioni che le strutture possono erogare per conto del SSR, creando a tal fine sinergie tra le attività di accreditamento e di controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

6.4.2 CONTROLLI DI TIPO STATISTICO FORMALE

Al fine di rafforzare l'efficacia dei controlli informatici, si forniscono le seguenti ulteriori indicazioni.

6.4.2.1 PRESTAZIONI NON ASSOCIABILI

Questi controlli hanno lo scopo di individuare eventuali incongruenze relative alle prestazioni che nella loro descrizione contengono l'esplicita indicazione di non "rendicontabilità" con altre prestazioni presenti nel nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Vanno quindi prese in considerazione tutte le prestazioni (dette prestazioni indice) che nella loro descrizione contengono l'indicazione "non associabile a xxx" oppure "incluso yyy" e **va verificato che l'erogatore non abbia rendicontato la prestazione xxx o la prestazione yyy nella stessa data allo stesso soggetto** per cui è stata rendicontata la prestazione indice.

Nella tabella allegata (Allegato 5.1), sono riportate 118 prestazioni da controllare, corrispondenti a 228 combinazioni di prestazioni non associabili. Va sottolineato che alcune di queste combinazioni erano già state parzialmente indicate dalla DGR 10804 del 16/02/2009 e ss.mm.ii. come controlli di tipo O (mentre in DGR si indica di verificare la eventuale presenza della prestazione 91365 e di prestazioni di biologia molecolare, in tabella 1 sono esplicitate tutte le condizioni di non associabilità con i relativi codici) oppure di tipo V anche se con un diverso criterio di controllo (nei controlli di tipo V si ricerca la eventuale presenza di prestazioni non associabili unicamente sulla stessa richiesta). A tale proposito si ritiene che per i controlli di tipo A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, U, V indicati in DGR 10804/209 e ss.mm.ii. la verifica non vada più effettuata a partire dal medesimo Contatore Prescrizione, ma anche per questi controlli si debba verificare **che l'erogatore non abbia rendicontato la prestazione xxx o la prestazione yyy nella stessa data allo stesso soggetto**. La condizione 055 prevede la non associabilità alla prestazione 9053G di una sola prestazione 90694, le eventuali ulteriori (max 2) prestazioni 90694 sono rendicontabili. Le condizioni da 211 a 218 prevedono la non associabilità delle prestazioni 93085, 93086, 93087, 93088 con una sola prestazione 93083 o 93081, le eventuali ulteriori prestazioni 93083 o 93081 sono rendicontabili.

6.4.2.2 MACROATTIVITÀ DI CHIRURGIA A BASSA INTENSITÀ OPERATIVA E ASSISTENZIALE (BIC)

Questi controlli, analoghi a quelli descritti nel paragrafo precedente, hanno lo scopo di evidenziare le prestazioni che vengono rendicontate nel flusso 28/san pur essendo ricomprese nella tariffa della BIC.

Il set minimo di controlli è il seguente:

- a. prima visita anestesiological o prima visita oculistica (per cross linking corneale, intervento di cataratta, iniezione intravitreale) ed esami ematochimici nei 15 giorni precedenti l'intervento. Come indice per gli esami ematochimici si propone di utilizzare la prestazione "90622 Emocromo";
- b. anestesia nel giorno dell'intervento;
- c. visita di controllo, medicazioni e rimozioni di punti nei 10 giorni successivi all'intervento.

La messa in evidenza della prestazione 90622 Emocromo per il medesimo paziente nei 15 giorni precedenti l'intervento impone un approfondimento volto a verificare la presenza di altri esami ematochimici.

Si suggerisce, inoltre, per valutare eventuali comportamenti opportunistici, di estendere la ricerca delle prestazioni di cui al punto a) a una ulteriore settimana prima dei 15 giorni precedenti l'intervento e delle prestazioni di cui al punto c) a una settimana dopo i 10 giorni successivi all'intervento.

Nella tabella allegata (Allegato 5.2), sono riportate le 35 prestazioni da controllare, corrispondenti a 428 combinazioni di prestazioni.

Sia per le prestazioni non associabili sia per le attività di chirurgia ambulatoriale sono stati predisposti gli elenchi delle prestazioni da controllare anche dal Nuovo Nomenclatore, definito dal DPCM 12 gennaio 2017.

6.4.2.3 PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME DI ESENZIONE

Oltre ai controlli delle autocertificazioni da reddito da effettuarsi attraverso il portale Sistema-TS, si raccomanda di verificare che le prestazioni erogate e rendicontate in regime di esenzione per patologia siano ricomprese nell'elenco pubblicato sul sito della DGW (<http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione/prenotazioni-ticket-e-tempi-di-attesa/ticket-ed-esenzioni1/ticket-ed-esenzioni1>).

Tale elenco contiene la lista completa delle correlazioni esenzione – prestazione, di cui si riporta un breve estratto:

CODICE ESENZIONE	CONDIZIONE DI ESENZIONE	ICD-9-CM	CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE
001	ACROMEGALIA E GIGANTISMO	253.0	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI. STORIA E VALUTAZIONE ABBREVIATA, VISITA SUCCESSIVA ALLA PRIMA
			89.01.1	VISITA ANESTESIOLOGICA DI CONTROLLO
			89.01.2	VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO
			89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO
			89.01.4	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO
			89.01.5	VISITA DI CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO
			89.01.6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE DI CONTROLLO
			89.01.7	VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO
			89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA - ANDROLOGICA DI CONTROLLO
			89.01.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO
			89.01.A	VISITA DI MEDICINA NUCLEARE DI CONTROLLO
			89.01.B	VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO
			89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLO-FACCIALE DI CONTROLLO
			89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO
			...	...

7 AREA SOCIO SANITARIA

7.1 PREMESSA

7.1.1 COLLABORAZIONE CON DG WELFARE

Nel 2020, al fine di meglio verificare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, l'ACSS intende proporre alla DG Welfare la condivisione di modalità e strumenti per **attivare alcuni flussi analitici** e migliorare quelli già esistenti.

Il debito informativo "**Scheda Struttura**" può costituire un importante strumento a supporto dell'attività di vigilanza e controllo svolta dalle ATS. Raccoglie infatti, per ciascuna unità d'offerta sociosanitaria, informazioni riferite alla dotazione della struttura, alla presenza degli operatori, ai principali dati economici, utili all'analisi degli standard organizzativi e gestionali su base annua e alla programmazione di attività di vigilanza mirate e basate su sistemi di graduazione del rischio.

Tuttavia, al momento, la qualità del dato e le tempistiche con cui è reso disponibile non ne permettono un efficace utilizzo, come condiviso a seguito delle attività di confronto e analisi svolte nel corso del 2018 e 2019 da ACSS, in collaborazione con le ATS. Inoltre, la produzione e verifica del flusso, per come è strutturato, comportano, sia per i Gestori sia per le ATS un notevole carico di lavoro.

Si è pertanto condivisa la proposta di costituzione di un gruppo di lavoro dedicato alla revisione del debito informativo "Scheda Struttura", in collaborazione con DGW, che porti a una diversa costruzione del debito informativo, sia in termini di contenuti e tempistiche sia come modalità di raccolta dei dati.

Tra le proposte di miglioramento in discussione vi sono la costituzione di un flusso trimestrale/quadrimestrale per i dati relativi a presenza e monte ore del personale, utilizzabile ai fini del calcolo periodico dello standard minimo assistenziale, e lo snellimento del debito con integrazione delle informazioni in altre basi dati e flussi esistenti, evitando duplicazioni (es AFAM anagrafica strutture sociosanitarie per i riguardanti struttura e dotazione posti, flusso economico FE, ecc...).

Si ritiene inoltre opportuna l'attivazione di un tavolo di lavoro che analizzi e sistematizzi gli strumenti utilizzati per la rilevazione della **customer satisfaction** degli utenti, familiari e operatori e gli eventuali strumenti di gestione delle segnalazioni/criticità così da avviare un percorso di condivisione di strumenti efficaci e strutturazione di modalità condivise, che permetta una raccolta e un confronto sui dati rilevati.

Sempre a supporto dell'attività di vigilanza e di controllo, ACSS intende proporre a DGW la costituzione di un gruppo di lavoro in collaborazione con le ATS, finalizzato alla **revisione delle check list e dei verbali** da utilizzare in ambito sociosanitario e con eventuale rivisitazione dei singoli requisiti/item e delle modalità interpretative.

Considerato la triennialità dei controlli, si invita DG Welfare a valutare la fattibilità di attivare in via sperimentale **alcuni controlli a cadenza annuale**, utilizzando procedure di

autocertificazione riguardo il possesso dei requisiti, sulla falsariga di quanto avviene in ambito sanitario (ex DGR 3312/2001).

Con il **Decreto n. 4420 del 1° aprile 2019** è stato ricostituito un Gruppo di lavoro regionale con funzione consultiva e propositiva che supporti la Direzione Generale Welfare riguardo le tematiche sanitarie e sociosanitarie di autorizzazione accreditamento e appropriatezza per la codifica delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Il Gruppo di lavoro è composto da due tavoli, uno per l'ambito sanitario e uno per l'ambito sociosanitario, tra i cui componenti è stabilita la presenza di un rappresentante delegato dal Direttore Generale per l'ACSS.

7.1.2 AFFINAMENTO DELLE METODOLOGIE DI CONTROLLO

Al fine del miglioramento qualitativo delle informazioni, nel corso del 2020 l'ACSS, in stretta collaborazione con la DG Welfare e con le ATS, intende:

- Promuovere una maggiore integrazione dei controlli tra ambiti sanitario e sociosanitario;
- Condividere lo sviluppo dei controlli, sia ex ante che ex post, sui flussi;
- Migliorare la qualità delle informazioni raccolte e la tempestività di aggiornamento;
- Verificare la coerenza e appropriatezza dei percorsi clinici e assistenziali, anche mediante l'incrocio con le informazioni provenienti dai flussi sanitari.

Le funzioni di vigilanza e controllo vanno concepite in maniera unitaria all'interno delle ATS e tutte le Strutture aziendali interessate devono agire in maniera sinergica e coordinata.

Anche al fine di favorire la creazione di un sistema di vigilanza e controllo che svolga la funzione in maniera omogenea sull'intero territorio regionale e che possa condividere la risoluzione di diverse problematiche, nel corso del 2020, così come previsto dall'articolo 11 comma 4 lettera c) della L.R. 33/2009 così come modificata dalla L.R. 23/2015, l'ACSS si prefigge l'obiettivo di: **consolidare tavoli di lavoro permanenti, attivare gruppi di lavoro multidisciplinari** su specifiche problematiche, **condividere strumenti e modalità operative, definire percorsi formativi condivisi**. Per ciascun tavolo, saranno coinvolte le figure professionali che maggiormente si occupano della tematica specifica. Tra gli ambiti su cui attivare tavoli di lavoro verrà data particolare rilevanza alla promozione e definizione di buone prassi in tema di appropriatezza prescrittiva in RSA e al monitoraggio dei consumi farmacologici.

Da quanto condiviso presso i tavoli e i gruppi di lavoro multidisciplinari, nonché dall'analisi degli **esiti dell'attività di vigilanza e controllo** rendicontati nelle schede di monitoraggio semestrale, si potrà procedere anche alla revisione delle modalità di rendicontazione, eventualmente integrandole con applicativi/flussi già in uso (es. AFAM, flussi analitici delle prestazioni).

L'organizzazione dell'attività delle ATS deve essere improntata su criteri di economicità, efficacia ed efficienza. Come anticipato nella premessa generale, l'ACSS invita a rafforzare il livello di collaborazione tra tutte le strutture aziendali delle ATS promuovendo un **sistema integrato di vigilanza e controllo** in cui l'ACSS possa svolgere un ruolo di supporto e

coordinamento delle ATS. A questo proposito, l'ACSS invita gli uffici regionali ad adottare i provvedimenti del caso affinché possa essere rafforzato il livello di collaborazione tra tutte le strutture aziendali che si occupano di vigilanza e controllo. In particolare, per quanto riguarda l'ambito sociosanitario, si propone che all'interno dei nuovi POAS possano essere definiti anche collegamenti funzionali tra le strutture aziendali dedicate alle seguenti attività: vigilanza, controlli di appropriatezza, controllo flussi, accreditamento/negoziiazione/budget, Igiene e Sanità Pubblica, uffici dedicati alla gestione delle sanzioni amministrative pecuniarie e degli aspetti contrattuali.

Nel corso del 2020, l'ACSS propone inoltre la condivisione di specifici percorsi formativi del personale che si occupa di vigilanza e controllo, compresa l'attivazione di una formazione specifica sulla normativa anche in ordine al percorso sanzionatorio.

7.2 INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO

A partire dalla DGR n. X/7600 del 20 dicembre 2017 (Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018), la percentuale di unità d'offerta sociosanitarie che le ATS sono tenute a verificare annualmente è passata dal 50% ad almeno il 30%, definendo in tre anni (triennalità 2018 – 2019 – 2020) la periodicità di verifica completa delle unità di offerta territoriali.

Il Piano dei Controlli per il 2020 dovrà pertanto descrivere le attività dell'anno tenendo conto anche dell'arco temporale triennale in cui si inseriscono, di cui rappresenta la conclusione.

Si ritiene utile che rischio e prevenzione del rischio diventino le principali chiavi di indirizzo per la programmazione dell'attività di vigilanza e di controllo routinaria ma anche per lo svolgimento dell'attività straordinaria delle ATS.

Nell'Allegato 1 è descritta la proposta di ACSS di un modello di graduazione del rischio nelle attività di controllo. Fermo restando la necessità di mantenere bilanciata la programmazione sul triennio, si ritiene utile, anche in ambito sociosanitario, l'introduzione di elementi di graduazione del rischio, quali criteri per la selezione delle strutture da sottoporre a verifica.

Si chiede pertanto alle ATS di esplicitare i criteri adottati per la programmazione delle attività, secondo il format proposto (Allegato 2) e avviare un'analisi critica degli elementi potenziali fonti di rischio che utilizzi i dati di attività disponibili (es. dati scheda struttura, flussi di rendicontazione, ecc.), sulla base dei quali strutturare una metodologia di campionamento delle strutture e dei Fasas che permetta di fare emergere aree di criticità e definire conseguentemente priorità di intervento. Qualora, nel 2018 o 2019, si siano già implementate metodologie di analisi e sperimentazioni di campionamento mediante l'utilizzo di indicatori di rischio e criteri di graduazione del rischio, si chiede alle ATS di descriverle sinteticamente nel Piano dei Controlli.

7.2.1 ANALISI DI CONTESTO

Per l'anno 2020, i Piani di Controllo per l'ambito sociosanitario dovranno includere un'analisi del contesto territoriale e operativo (UdO attive al 1° gennaio 2020, includendo la compilazione del seguente format). Si chiede di riportare nell'analisi del contesto anche le principali variazioni rispetto al 2019 in termini di volumi di attività, modifiche dell'offerta di servizi, compresi gli esiti di bandi, riclassificazioni, chiusure di piani programma, avvio di sperimentazioni, ecc, coerentemente con l'attività svolta dall'accreditamento e riportata al punto 2.

Tabella 1 – Caratterizzazione delle UdO al 01/01/2020

TIPOLOGIA UdO	N UdO ABILITATE	N UdO ABILITATE E ACCREDITATE	N UdO ABILITATE, ACCREDITATE E A CONTRATTO	N UdO IN PIANO PROGRAMMA	N POSTI ABILITATI	N POSTI ABILITATI E ACCREDITATI	N POSTI ABILITATI, ACCREDITATI E A CONTRATTO	N OSPITI / UTENTI	N OSPITI / UTENTI A CARICO FSR
RSA									
RSD									
CDD									
CDI									
CSS									
CF									
SERT/SMI									
RSA APERTA									
RESID. ASSISTITA									
INT									
RIA AMB-DOM/CDC									
HOSPICE									
ADI									
UCP-DOM									
DIP-COM									
ALTRA UdO: ...Da specificare									
ALTRA MISURA / SPERIMENTAZIONE: ...Da specificare									

7.2.2 RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2019

Si richiede una sintetica rendicontazione dell'attività di controllo effettuata nel 2019, con particolare evidenza delle attività caratterizzate da:

- approccio integrato ai controlli, anche sperimentale (esperienze caratterizzate da trasversalità e integrazione tra strutture e Dipartimenti interni a ATS, tra tipologie di requisiti, tra attività di vigilanza e appropriatezza, tra ambito sanitario e sociosanitario, tra ambito sociosanitario e sociale, ecc);
- utilizzo, anche sperimentale, di indicatori di rischio e modelli di graduazione del rischio nell'attuazione dei controlli, con valutazione dell'efficacia delle attività implementate attraverso tali sistemi;
- attività volte a favorire l'applicazione di metodologie di autocontrollo nell'ambito dei controlli di appropriatezza (sviluppo e/o la convalida delle attività svolte dagli erogatori), anche su singole tipologie di UdO.
- tavoli di lavoro, momenti di confronto strutturato, eventi formativi e convegni che hanno coinvolto gli enti erogatori, finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza e della qualità dei servizi.

In merito, si invitano le ATS a includere per la rendicontazione dell'attività svolta la compilazione dei seguenti format.

Tabella 2 – Resoconto attività/sopralluoghi di vigilanza e di appropriatezza al 31/12/2019

TIPOLOGIA UdO	N UdO	N UdO CONTROLLATE (VIGILANZA)	N VISITE ROUTINARIE (VIGILANZA)	N VISITE STRAORDINARIE (VIGILANZA)	N UdO CONTROLLATE (APPROPRIATEZZA)	N VISITE ROUTINARIE (APPROPRIATEZZA)	N VISITE STRAORDINARIE (APPROPRIATEZZA)	N FASAS	N FASAS CONTROLLATI	N SEGNALAZIONI	N AUTOCERTIFICAZIONI REQ. SOGGETTIVI ACQUISITE	N AUTOCERTIFICAZIONI CONTROLLATE
RSA												
RSD												
CDD												
CDI												
CSS												
CF												
SERT/SMI												
RSA APERTA												
RESID. ASSISTITA												
INT												
RIA AMB-DOM/CDC												
HOSPICE												

TIPOLOGIA UdO	N UdO	N UdO CONTROLLATE (VIGILANZA)	N VISITE ROUTINARIE (VIGILANZA)	N VISITE STRAORDINARIE (VIGILANZA)	N UdO CONTROLLATE (APPROPRIATEZZA)	N VISITE ROUTINARIE (APPROPRIATEZZA)	N VISITE STRAORDINARIE (APPROPRIATEZZA)	N FASAS	N FASAS CONTROLLATI	N SEGNALAZIONI	N AUTOCERTIFICAZIONI REQ. SOGGETTIVI / ACQUISITE	N AUTOCERTIFICAZIONI CONTROLLATE
ADI												
UCP-DOM												
DIP-COM												
ALTRA UdO: ...Da specificare												
ALTRA MISURA / SPERIMENTAZIONE: ...Da specificare												

Tabella 3 – Resoconto attività di accreditamento al 31/12/2019

TIPOLOGIA UdO	N SCIA PRESENTATE	N SCIA CONTESTUALI	N ISTANZE DI ACCREDITAMENTO	N VOLTURE DI ACCREDITAMENTO	N RICONOSCIMENTI "ENTI UNICI"	N RICLASSIFICAZIONI (ES.: ADI /UCP-DOM)
RSA						
RSD						
CDD						
CDI						
CSS						
CF						
SERT/SMI						
RSA APERTA						
RESID. ASSISTITA						
INT						
RIA AMB- DOM/CDC						
HOSPICE						
ADI						
UCP-DOM						
DIP-COM						
ALTRA UdO: ...						
ALTRA MISURA / SPERIMENTAZIONE : ...Da specificare						

7.3 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ 2020

Si richiede una descrizione delle attività programmate per il 2020, tenendo conto delle seguenti indicazioni:

- nel campionamento delle unità d'offerta da verificare, sia per vigilanza sia per i controlli di appropriatezza, dare evidenza dei criteri e delle scelte adottate e degli eventuali indicatori di rischio utilizzati;
- dare evidenza delle analisi sui flussi e degli indicatori di rischio individuati per il campionamento dei FASAS per ciascuna UdO;
- dare evidenza delle altre attività pianificate, anche a carattere sperimentale o come controlli mirati e di approfondimento, e del contributo al raggiungimento delle percentuali di controllo previste;

Si richiama e si raccomanda quindi la puntuale compilazione della tabella riassuntiva (Allegato 2) al fine di fornire informazioni sintetiche sulla programmazione dell'attività di vigilanza e controllo sia di tipo routinario sia di carattere straordinario.

Si richiede alle ATS una descrizione dell'organizzazione della ATS (modello organizzativo e risorse) per lo svolgimento delle attività programmate

Si richiede di dare evidenza dell'attività svolta nel 2019 e/o dell'attività programmata per il 2020 in relazione alle seguenti tematiche emergenti:

- Ricognizione del livello di informatizzazione nelle UdO Sociosanitarie;
- Appropriately prescrittiva in RSA;
- Appropriately nella presa in carico nei Nuclei Alzheimer;
- Appropriately nella presa in carico ADI e rete cure palliative.

L'attività di vigilanza e quella di controllo sulle unità d'offerta sociosanitarie, sebbene individuino due ambiti diversi di verifica, vanno strutturate in maniera correlata considerato che nel loro insieme compongono un unico processo aziendale.

Nella programmazione delle attività di vigilanza e controllo in ambito sociosanitario:

- ✓ andranno incluse **tutte le unità d'offerta**, a prescindere che siano solo abilitate all'esercizio, accreditate o anche contrattualizzate;
- ✓ per le unità d'offerta con sedi di erogazione secondarie, **dovranno essere verificate tutte le sedi**, comprese quelle secondarie;
- ✓ le verifiche di appropriatezza **dovranno essere effettuate per tutti coloro che usufruiscano dei servizi, a prescindere dalla loro residenza**, ivi compresi i cittadini residenti in altre Regioni.

Le attività di vigilanza e controllo implicano necessariamente il **sopralluogo presso l'unità d'offerta** per la verifica dell'aderenza e coerenza della documentazione con la situazione di fatto e per la verifica diretta dello svolgimento delle attività e dell'assistenza agli utenti, contestualizzata nell'operatività della struttura, come orientamento delle attività di controllo di appropriatezza. Inoltre, i controlli di appropriatezza richiedono il confronto con

l'equipe multidisciplinare della struttura e possono prevedere approfondimenti con la persona assistita o con i suoi familiari.

Senza prescindere da quanto sopra esposto, si ritiene utile mettere in atto tutte le strategie disponibili per ridurre l'impatto organizzativo presso le UdO delle attività di vigilanza e controllo, ottimizzando le tempistiche dei sopralluoghi e privilegiando, quando possibile, la **valutazione della documentazione da remoto** attraverso supporti informatici condivisi (es. portali con aree riservate), che la rendano disponibile all'ATS.

Negli ultimi anni ha avuto un notevole impulso l'**informatizzazione della documentazione**, anche in ambito sociosanitario, con unità d'offerta che hanno interamente o parzialmente dematerializzato il FASAS e strutture in cui è in corso o in studio la parziale o totale dematerializzazione. Tale processo ha ricadute dirette sull'organizzazione delle attività delle UdO e comporta rischi e opportunità meritevoli di approfondimento anche da parte delle strutture che effettuano vigilanza e controllo. Tra le possibili ricadute c'è anche la possibilità che la documentazione sia messa a disposizione in remoto, permettendo l'avvio di sperimentazioni sulle modalità di effettuazione delle attività di controllo di appropriatezza.

Sono inoltre da incentivare e favorire, sia in ambito di appropriatezza, sia in ambito di vigilanza, tutte le **procedure di autocontrollo** messe in campo dai gestori, che hanno la finalità di monitorare i processi assistenziali e migliorare la qualità delle prestazioni. Si ritiene infatti fondamentale, anche in ambito sociosanitario, adottare metodologie che rendono corresponsabili i soggetti erogatori, con l'obiettivo di sostenere il costante miglioramento della qualità delle prestazioni. L'autocontrollo, effettuato dai gestori secondo modalità strutturate e condivise, e convalidato dalle ATS, è parte integrante delle attività di vigilanza e controllo.

Pertanto, nel corso del 2020, in collaborazione con le ATS e gli erogatori, l'ACSS avvierà delle sperimentazioni affinché anche nell'ambito della vigilanza siano adottate procedure di **autocontrollo**.

Si fa presente che i volumi e le percentuali indicati per la vigilanza e i controlli di appropriatezza si riferiscono alle Regole di Sistema vigenti (DGR1046/2019). In particolare, per l'ambito sociosanitario, valgono le seguenti percentuali, attualmente:

- In merito ai controlli di vigilanza:
 - Almeno il 30% delle unità d'offerta sul territorio;
- In merito ai controlli di appropriatezza (su almeno il 30% delle UdO sul territorio), il volume dei FASAS da controllare si calcola sul volume di pazienti/utenti rendicontati l'anno precedente e si utilizza:
 - Il 13% per le unità di offerta sociosanitarie residenziali e semiresidenziali;
 - Il 3.5% per quelle ambulatoriali e domiciliari.

Qualora fossero emanate disposizioni regionali riportanti volumi di controllo differenti rispetto a quelle sopra indicate, si invitano le ATS a considerare le nuove percentuali come quelle di riferimento.

7.3.1 VIGILANZA

L'esercizio sul territorio regionale di attività sociosanitaria, da parte di un qualsiasi soggetto gestore, presuppone il possesso e mantenimento di specifici requisiti fissati da norme o da altre disposizioni nazionali e/o regionali, in particolare: requisiti Soggettivi (dell'Ente Gestore e del legale rappresentante), Strutturali, Tecnologici, Organizzativi, Gestionali. I requisiti sono declinati nelle Deliberazioni Regionali che disciplinano le singole unità d'offerta.

In caso di **presentazione di una SCIA** (Segnalazione Certificata di Inizio Attività) e/o istanza di accreditamento, le ATS debbono accertare, entro 60 giorni dal ricevimento dell'istanza, l'effettivo possesso dei requisiti per la specifica unità d'offerta, anche attraverso attività di verifiche in loco. Considerato che l'attività può essere avviata dalla data di presentazione della SCIA, al fine di evitare possibili rischi per gli utenti, soprattutto per i contesti residenziali, si invitano le ATS ad avviare con la massima tempestività le verifiche sull'effettivo possesso dei requisiti necessari.

Ai sensi della DGR 2569/2014, per quel che riguarda i requisiti soggettivi, le ATS dovranno acquisire, entro il 31 gennaio di ciascun anno, le **dichiarazioni sostitutive di certificazione**, prodotte ai sensi del DPR 445/2000. Nel corso del 2020, si invitano le ATS a provvedere alla **verifica di almeno il 10%** (DGR 5954/2016) **delle autocertificazioni prodotte dai soggetti erogatori** delle unità d'offerta sociosanitarie.

In merito alle verifiche delle autocertificazioni prodotte dai soggetti erogatori relativamente ai **requisiti soggettivi**, ACSS intende proporre alla DG Welfare, nel corso del 2020, attività per la condivisione di banche dati, condivisione delle anagrafiche e degli esiti delle verifiche, in modo che le ATS possano beneficiare di verifiche fatte da altre Agenzie.

Si ribadisce l'indicazione, già prevista dalle Regole 2018 e 2019, che **"la verifica degli aspetti gestionali e organizzativi sia effettuata in modo integrato con quelli strutturali e tecnologici"**.

Si specifica che la verifica non va necessariamente fatta in modo contestuale, ma svolta in tempi congrui e concordati e utilizzando strumenti operativi e organizzativi condivisi.

Si invitano pertanto le ATS a realizzare le azioni opportune affinché la pianificazione e lo svolgimento delle attività di vigilanza possa avvenire secondo modalità integrate.

In relazione alle attività di vigilanza e controllo, nel 2020, ACSS raccoglierà informazioni sulle esperienze delle ATS sulla **composizione di équipe** per l'esecuzione di verifiche **e sulle modalità operative testate** al fine di definire standard e approcci ottimali.

Inoltre, **l'attività di vigilanza dovrà essere svolta in una logica di integrazione con i controlli di appropriatezza** nonché con quanto derivante dalle informazioni presenti nei flussi informativi.

Nell'ambito di una programmazione triennale dell'attività di verifica si invitano le ATS a definire una pianificazione il più possibile equilibrata in ciascuna annualità, tenuto altresì conto della distribuzione territoriale e delle dimensioni delle singole unità d'offerta.

Per il 2020, così come definito nelle Regole, **si richiede che le ATS controllino nell'annualità almeno il 30% delle UdO**, come soglia minima di riferimento.

Pur nel rispetto della loro autonomia programmatoria, si invitano inoltre le ATS a distribuire i controlli per singola tipologia di unità d'offerta nell'arco dell'anno.

Nei casi di **più unità d'offerta riconducibili ad uno stesso soggetto gestore**, se nel corso di una visita di vigilanza presso una singola UdO si dovesse riscontrare la carenza di un requisito organizzativo o gestionale, si invitano le ATS a valutare l'opportunità di estendere la verifica anche nelle altre UdO afferenti all'erogatore.

Si invitano le ATS a fare in modo che la **vigilanza su più tipologie di UdO ubicate nello stesso stabile e afferenti ad uno stesso gestore possa avvenire contestualmente**, compresa la verifica di misure o sperimentazioni. Si ritiene utile lo svolgimento di tale verifica congiunta al fine di ottimizzare le attività di controllo e per semplificare gli adempimenti a carico degli enti gestori.

Relativamente ai soggetti **gestori di più unità d'offerta**, anche di diversa tipologia, si invita a verificare gli standard per ogni singola UdO, tenendo conto anche dell'eventuale utilizzo dello stesso personale su più strutture o misure, dandone evidenza nei verbali relativi. Nei verbali le ATS dovranno dare evidenza delle modalità con cui gli erogatori discriminano le ore di quegli operatori impiegati su più unità d'offerta (utilizzo timbrature con codifiche diverse, tracciatura cartacea dei singoli orari, ripartizione ex post, ...).

La verifica dello standard gestionale andrà preventivamente effettuata attraverso l'elaborazione delle informazioni presenti nell'ultima **"Scheda Struttura"** disponibile e, in corso di visita di vigilanza, prendendo in considerazione le presenze del personale all'interno di un periodo di riferimento. L'unità minima di rilevazione è costituita da almeno una settimana campione.

Le ATS dovranno altresì verificare, con cadenza annuale, il soddisfacimento dei requisiti Organizzativi e Gestionali attraverso l'elaborazione delle informazioni presenti in **"Scheda Struttura"**. L'esito di tale verifica dovrà essere trasmesso all'ACSS e alla DGW.

Tra le aree che potrebbero essere oggetto di controlli di vigilanza mirati e sperimentali, su iniziativa di ATS, si considerano di particolare interesse: 1) l'**informatizzazione del FASAS**; 2) il monitoraggio dei contenuti della **Carta dei Servizi**; 3) la gestione delle **liste d'attesa**.

Per le **Strutture sottoposte a piano programma**, le ATS verificano semestralmente il rispetto delle tempistiche di adeguamento riportate nel piano. Si richiede che le ATS predispongano una relazione dettagliata sull'andamento e sullo stato di effettiva attuazione dei piani di adeguamento, da trasmettere a DGW e ad ACSS.

A fianco della programmazione triennale e della pianificazione sulla base del rischio, l'ACSS propone alle ATS di mantenere una percentuale di **vigilanze basate su un campionamento casuale**, in cui includere tutte le UdO, comprese quelle già verificate di recente. Le verifiche possono essere effettuate anche solo su alcuni specifici requisiti, esplicitati nel Piano Controlli.

Per l'anno 2020 si richiede alle ATS il consolidamento di modalità di verifica dell'effettivo **possesso dei titoli di studio, delle iscrizioni agli albi professionali e delle eventuali situazioni di incompatibilità** presso le unità d'offerta sottoposte a vigilanza, su un campione di operatori a standard, secondo modalità e percentuali da esplicitare nel piano dei controlli,

specificando se tali percentuali sono indistinte oppure se sono eventualmente differenziate per singola figura professionale.

Per l'effettuazione delle verifiche, si ritiene utile la definizione di accordi con Università, ordini professionali ed altri Enti per accesso a loro banche dati. In prospettiva, gli esiti delle verifiche potrebbero essere condivisi, al fine di costituire progressivamente l'avvio di un'anagrafica regionale degli operatori delle UdO sociosanitarie.

7.3.2 CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA

I controlli di appropriatezza sono effettuati dalle ATS, in coerenza con quanto previsto dalle disposizioni regionali in materia e sono rivolti a tutte le strutture sociosanitarie pubbliche e private. In ambito sociosanitario, i controlli di appropriatezza riguardano la verifica del contenuto dei flussi informativi, il controllo sulla completezza e adeguatezza documentale, e la congruenza e correttezza erogativa sul singolo utente.

Nell'ambito dell'appropriatezza rientrano dunque diverse tipologie di verifiche, a volte anche di tipo strettamente documentale o da flusso. **Tuttavia, tali controlli di tipo "indiretto" non possono comunque prescindere, in alcuni casi, dalla verifica e osservazione diretta della persona collocata all'interno di un contesto assistenziale.**

7.3.2.1 VERIFICA FLUSSI INFORMATIVI E NUOVE METODOLOGIE DI CONTROLLO

Con particolare riguardo ai flussi analitici riferiti agli utenti e alle prestazioni a essi erogate, **si invitano le ATS a effettuare verifiche su:**

- **Completezza e correttezza delle informazioni**, inclusi quei dati che non hanno ricadute dirette sulla remunerazione;
- **Livello di aggiornamento dei dati** ricevuti e coerenza con le tempistiche di valutazione/revisione previste per le singole unità d'offerta;
- **Coerenza informazioni provenienti da flussi diversi**: ad esempio, dovrà essere verificato che quanto inserito nel Flusso Economico sia allineato a quanto indicato in altri flussi (Sosia, Sidi, Siad, Riafam, ...);
- **Coerenza** delle informazioni presenti nei flussi anche **con riguardo a quanto presente in altri flussi sociosanitari o sanitari**, nonché con riguardo all'anagrafica degli assistiti (NAR e BDA);
- **Coerenza** delle informazioni relative alle caratteristiche degli utenti presso una UdO, ricavabili dall'analisi dei flussi di rendicontazione, con i dati a disposizione relativi all'assetto organizzativo-gestionale della UdO (es. scheda struttura, esiti attività di vigilanza): verifica di compatibilità tra i bisogni assistenziali degli utenti con la dotazione organica della struttura

In generale, il potenziamento di controlli da flusso e 'documentale' consentirà di sviluppare e implementare **indicatori di rischio, utili per orientare** la programmazione dei controlli e l'effettuazione di controlli specifici mirati.

Infatti, l'esito delle verifiche effettuate in questi anni ha messo in luce che, all'interno di una singola unità d'offerta, la percentuale media di accettabilità degli indicatori non cambia

aumentando il numero di fascicoli controllati. Questo porta a considerare che una riduzione, dopo i primi anni di applicazione della DGR 1765/14, delle percentuali di controllo sui fascicoli potrebbe permettere alle équipes ispettive di concentrarsi su altri indicatori di qualità/rischio specifici per le singole strutture, permettendo una verifica più incisiva su elementi caratterizzanti la qualità dell'assistenza all'ospite.

Verranno pertanto valutate, e, se ritenute efficaci, considerate anche ai fini del computo dei FASAS oggetto di controllo, sperimentazioni di nuove modalità di controllo mirate, finalizzate alla verifica di appropriatezza sulla base di indicatori di qualità/rischio specifici.

L'Allegato 1 propone un sistema di indicatori specifici per la graduazione del rischio per le RSA e, di seguito, un elenco di possibili indicatori utilizzabili per varie tipologie di UdO per identificare situazioni di potenziale rischio.

Tali indicatori possono essere utilizzati sia per campionare le unità di offerta sia per la selezione dei FASAS da controllare. Si fa presente che è possibile considerare come soglia di riferimento per il rischio il dato medio, regionale, dell'ATS, dell'ambito distrettuale o eventualmente anche lo storico di struttura.

Tabella 4 – Possibili indicatori validi per la maggior parte delle UdO

Indicatore	UdO a cui è applicabile
Frequenza ricoveri ospedalieri, accessi PS, o numero giornate assenza a carico FSR superiori al dato medio...	Residenziali / Semiresidenziali
Numero dimissioni volontarie per <u>trasferimento presso un'altra UdO di tipologia analoga</u> non in linea con le altre Strutture dello stesso ambito distrettuale o non in linea con il dato medio...	Tutte
Numero prestazioni medie per utente superiore al dato medio...	Ambulatoriali
Standard gestionali, anche con riguardo alle singole figure professionali, non in linea con i dati medi...	Tutte
Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio...	Tutte
Livello di fragilità degli ospiti non in linea con il dato medio...	UdO Con Flusso SOSIA/SIDI
Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media...	Tutte
Periodo di presa in carico degli utenti non in linea con il dato medio...	Domiciliare Residenziale

Tabella 5 – Possibili indicatori per il campionamento di utenti/gruppi di utenti trasversalmente a diverse UdO

Indicatore
Utenti transitati su più aree e/o su più unità d'offerta
Utenti che usufruiscono contemporaneamente di servizi o presa in carico da parte di più unità d'offerta
Utenti con un numero di passaggi tra diversi regimi assistenziali/UdO superiore alla media...
Utenti con passaggi di setting non coerenti con i percorsi clinico assistenziali
Utenti utilizzatori di diverse UdO ("utilizzatori seriali")

Tabella 6 – Ulteriori indicatori per specifiche UdO

Indicatore	UdO a cui è applicabile
Numero dimissioni diverse dal decesso non in linea con il dato medio ...	HOSPICE
Numero di utenti con contenzione superiori al dato medio...	RSA
Numero di utenti con piaghe da decubito superiori al dato medio...	RSA
Numero di utenti con cadute superiori al dato medio...	RSA, CDI
Numero di cambi classe in generale/in riduzione/in aumento superiore al dato medio...	RSA, CDI, RSD, CDD
Indice di mortalità, calcolato includendo i decessi avvenuti entro 5 giorni dalla dimissione, superiore al dato medio...	RSA
Numero abbandoni/Drop out nelle diverse fasi superiore al dato medio...	SERT/ SMI / DIP-COM
Numero utenti che contemporaneamente sono in carico anche ai servizi psichiatrici non in linea con i dati medi...	DIP-COM
Numero utenti in carico con terapia sostitutiva non in linea con i dati medi...	DIP-COM
Presenza di utenti per cui non sia tracciato un evento indice o che sia significativamente antecedente al ricovero riabilitativo	INT
Presenza di utenti provenienti direttamente dal domicilio o da altra unità d'offerta sociosanitaria	INT
Numero IVG non in linea con il dato medio...	CF
Numero attività di gruppo non in linea con il dato medio...	CF
Utilizzo del budget, anche con riguardo ai singoli utenti, non in linea con il dato medio...	RSA APERTA
Prestazioni erogate ai singoli utenti, anche con riguardo alle figure professionali, non in linea con i dati medi...	ADI, UCP-DOM
Indice di rotazione dei posti letto non in linea con il dato medio...	INT

In aggiunta alle verifiche previste, **l'ACSS, eccezionalmente e con richiesta motivata, potrà richiedere alle ATS di effettuare ulteriori verifiche**, in caso di eventi mediatici o segnalazioni o sulla base degli esiti dell'applicazione di alcuni dei possibili indicatori di rischio di cui ai punti precedenti.

7.3.2.2 CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA: INDICAZIONI GENERALI E VOLUMI DI CAMPIONAMENTO

Le unità d'offerta sociosanitarie attive dovranno essere sottoposte a verifica di appropriatezza, nei termini e con le percentuali previste nel presente provvedimento e derivanti da quanto definito da DG Welfare con le Regole di Sistema¹⁰:

- ✓ **Regime residenziale e semiresidenziale, un numero di FASAS corrispondente ad almeno il 13% degli utenti dell'anno precedente;**
- ✓ **Regime ambulatoriale e domiciliare, un numero di FASAS corrispondente ad almeno il 3.5% degli utenti dell'anno precedente.**

La percentuale definita deve essere calcolata sugli ospiti rendicontati nel corso dell'anno precedente (a prescindere dalla tipologia di posto occupato, della classificazione, o del luogo di residenza).

Considerata la variabilità del numero di posti e dei volumi di attività delle diverse UdO, si ritiene comunque utile fissare un numero minimo e massimo di FASAS da controllare, in relazione all'utenza trattata da ciascuna struttura: nel caso in cui il numero di FASAS risultante sia inferiore a 6 si richiede che vengano comunque visionati **almeno 6 FASAS**, mentre si ritiene possibile limitare il campionamento a **30 FASAS per UdO residenziale** e a **50 per UdO ambulatoriale**, nel caso che il numero di FASAS previsto fosse superiore.

In questi casi è comunque necessario il raggiungimento del numero complessivo di FASAS previsto, tramite altre attività di controllo (es.: estensione della convalida dell'autocontrollo anche a UdO non in piano controlli, anche con modalità differenti dalla convalida in corso di controllo di appropriatezza, purché codificate; estensione della percentuale dei controlli su campionamento casuale; ulteriori controlli a seguito di provvedimenti per criticità in appropriatezza; attività di controllo mirate sulla base della graduazione del rischio e altri controlli specifici, anche di approfondimento su singoli item).

Nel caso in cui almeno il 30% dei FASAS controllati evidenzino uno o più elementi di inappropriatezza, le ATS dovranno programmare un ulteriore controllo di appropriatezza presso la UdO, previa adozione di tutti i provvedimenti del caso a carattere sanzionatorio, di diffida o decurtazione economica, secondo tempistiche e con volumi di controllo congrui alla verifica del superamento delle criticità riscontrate.

Considerando il minimo e massimo indicato, in sede di campionamento, tutti i numeri andranno arrotondati all'unità intera successiva. Nei controlli di appropriatezza, quando possibile, **si chiede di privilegiare la selezione di FASAS di ospiti ancora presenti**, a meno di controlli mirati sui deceduti, la documentazione riconducibile al singolo utente dovrà essere coerente con quanto ricavabile dall'osservazione diretta della persona e degli spazi da essa occupati.

¹⁰ Le % fanno riferimento a quanto definito nelle Regole di Sistema per l'anno 2019, in caso di variazioni, si dovranno considerare le % definite nelle Regole di Sistema per l'anno 2020.

Oltre a quanto definito precedentemente, nel corso dell'anno 2020, le ATS dovranno provvedere a verificare l'appropriatezza con riguardo alle misure e alle sperimentazioni sociosanitarie.

Per ciascuna unità d'offerta di tipo residenziale/semiresidenziale, le ATS dovranno provvedere a verificare i FASAS di almeno il 10% degli utenti rendicontati nell'anno precedente. Per la sola misura "Residenzialità minori con gravissima disabilità", anche considerato l'esiguo numero di beneficiari, la verifica di appropriatezza dovrà riguardare la totalità degli utenti in carico nel corso dell'anno 2020. Per le sperimentazioni/misure che prevedono erogazioni domiciliari/ambulatoriali si dovranno seguire le medesime indicazioni per le unità di offerta analoghe.

Si ricorda che per tutte le misure e sperimentazioni sociosanitarie, insieme ai controlli di appropriatezza, dovranno anche essere verificati anche gli altri requisiti previsti dalla norma e, in particolare, **la congruità e il rispetto dei requisiti organizzativi e gestionali**.

Sempre riguardo a misure e sperimentazioni, nel corso del 2020, si incontreranno le ATS al fine di un confronto sull'utilizzo delle checklist e verbali nell'attività di controllo, anche in considerazione delle modifiche normative attese. Si ritiene, inoltre, opportuno verificare anche la corretta implementazione dei debiti informativi previsti per le misure e le sperimentazioni sociosanitarie da parte dell'ATS.

Nei paragrafi seguenti verranno illustrate metodologie di campionamento basate sui tipi-campione e procedure di autocontrollo, le cui indicazioni sono relative a tutte le UdO, fatta eccezione per sperimentazioni e misure.

7.3.2.3 CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA: I "TIPI-CAMPIONE"

Per il campionamento dei fascicoli, ACSS propone che siano introdotti e sperimentati anche nel mondo sociosanitario i cosiddetti **"tipi-campione"**. Il tipo-campione non è altro che una categoria aggregante di criteri simili su cui impostare la selezione delle cartelle (FASAS). Per il 2020, si richiede che venga avviato tale campionamento per le RSA, lasciando invece a discrezione delle ATS la scelta di adottare una modalità analoga per le altre unità di offerta. A riguardo, ACSS fornirà supporto ed eventuale accompagnamento delle ATS nello svolgimento dell'attività e provvederà a fornire esempi di campionatura. Nel corso dell'anno si prevede di incontrare le ATS per raccogliere informazioni, criticità e suggerimenti derivanti dall'esperienza con la modalità di campionamento proposta, allo scopo di identificare gli opportuni correttivi.

I Piani delle ATS, come precedentemente anticipato, dovranno riportare, opportunamente motivati, i criteri utilizzati per il campionamento e l'orizzonte temporale considerato per tutte le unità d'offerta, indipendentemente dall'uso eventuale dei tipi-campione. Qualora vengano utilizzati i tipi-campione si richiederà di inserirne il riferimento.

La .

Tabella 5 riporta, per unità di offerta, i possibili tipi-campione identificati. Per quanto riguarda il tipo-campione “ATS”, si fa riferimento ai criteri territoriali, ovvero qualunque criterio l'ATS ritiene utile applicare sulla base di specificità locali o per altre motivazioni, ma si chiede di specificarli nel Piano, integrati da informazioni riguardo la UdO a cui sono riferiti, le motivazioni, i flussi utilizzati a supporto e l'orizzonte temporale.

Tabella 5 – Tipi-campione per le unità di offerta sociosanitarie

TIPOLOGIA CRITERIO	TIPI-CAMPIONE	UdO A CUI SI APPLICA
Criteri definiti da ACSS		
Casistiche (CAS)	CAS001: Persona per cui si è fatto uso della contenzione	RSA, RSD, CDD
	CAS002: Persona con piaghe da decubito	RSA, CDI, RSD
	CAS003: Persona per cui si sono registrate delle cadute	RSA, RSD
	CAS004: Persona con problemi comportamentali	CDI, RSD
	CAS005: Persona con gravi compromissioni cognitive e/o motorie	CDI, RSD, CDD, CSS, ADI
	CAS006: Persona con doppia diagnosi	RSD, CDD
	CAS007: Persona con patologia di origine oncologica	HOSPICE, UCP-DOM
	CAS008: Persona con patologia di origine non oncologica	HOSPICE, UCP-DOM
	CAS009: Persona che non beneficia di indennità di accompagnamento	ADI, RSA APERTA
	CAS010: Persona che in ADI o UCP-DOM, nel periodo considerato si sono avuti costi a carico del FSR superiori ad euro 12.000	ADI, UCP-DOM
	CAS011: Persona che in Hospice, nel periodo considerato si sono avuti costi a carico del FSR superiori ad euro 40.000	HOSPICE
	CAS012: Persona che in Ria Residenziale/Cure Intermedie, nel periodo considerato si sono avuti costi a carico del FSR superiori ad euro 30.000	INT
	CAS013: Persona che in Ria, nel periodo considerato si sono avuti costi a carico del FSR superiori ad euro 15.000	RIA AMB-DOM/CDC
	CAS014: Persona non esente dal pagamento del ticket	RIA AMB-DOM/CDC
	CAS015: Persona con polidipendenze	DIP-COM, SERT/SMI
	CAS016: Persona con disturbi legati al gioco d'azzardo	DIP-COM, SERT/SMI
	CAS017: Persona che in Comunità per le Dipendenze, nel periodo considerato si sono avuti costi a carico del FSR superiori ad euro 30.000	DIP-COM
	CAS018: Persona con prestazioni ad alta integrazione sociosanitaria contemplate dalla DGR 6131/2017, con codici: 101-102-001-003-801-802 in Consultori Familiari	CF
	CAS019: Persona con meno di 18 anni a cui sono erogate prestazioni previste dalla Legge 194/1978	CF
	CAS020: Persona con Demenza in Misura Rsa Aperta	RSA APERTA
	CAS021: Persona Anziana non autosufficiente in Misura Rsa Aperta	RSA APERTA
	CAS022: Persona che beneficia di indennità di accompagnamento	RESID.ASSISTITA

TIPOLOGIA CRITERIO	TIPI-CAMPIONE	UdO A CUI SI APPLICA
Classificazione (CLA)	CLA001: Persona con almeno una variazione della classe di fragilità nel trimestre di riferimento	RSA, RSD, CDD, CSS
	CLA002: Persona con almeno una variazione della classe di fragilità nell'ultimo anno	RSA, RSD, CDD, CSS
	CLA003: Persona appartenente alle Classi Sosia 1 o 2, Classe Sidi 1 o 2	RSA, RSD, CDD, CSS
	CLA004: Persona appartenente alle Classi Sosia 7 o 8, Classe Sidi 5	RSA, RSD, CDD, CSS
	CLA005: Persona con punteggio Scala ADL pari a 1 (Indipendente) o 3 (Totalmente dipendente)	CDI
	CLA006: Persona con profilo Base, UCP-DOM	UCP-DOM
	CLA007: Persona con profilo Specialistico, UCP-DOM	UCP-DOM
	CLA008: Persona transitata su più Regimi/Aree nella stessa UdO nell'ultimo anno	INT, RIA AMB-DOM/CDC
	CLA009: Persona transitata in Area Specialistica di Ria Residenziale/Cure Intermedie	INT
	CLA010: Persona transitata in Area Generale/Geriatria di Ria Residenziale/Cure Intermedie	INT
	CLA011: Persona transitata in Area Mantenimento di Ria Residenziale/Cure Intermedie	INT
	CLA012: Persona transitata in Regime DH di Ria Residenziale/Cure Intermedie	INT
	CLA013: Persona con ADI di tipo prestazionale	ADI
	CLA014: Persona con profilo ADI di tipo 1	ADI
	CLA015: Persona con profilo ADI di tipo 2	ADI
	CLA016: Persona con profilo ADI di tipo 3	ADI
	CLA017: Persona con profilo ADI di tipo 4	ADI
	CLA018: Persona transitata in Regime Diurno Continuo di Ria	RIA AMB-DOM/CDC
	CLA019: Persona transitata in Regime Ambulatoriale di Ria	RIA AMB-DOM/CDC
	CLA020: Persona transitata in Regime Domiciliare di Ria	RIA AMB-DOM/CDC
	CLA021: Persona transitata in altre UdO sociosanitarie o altre strutture di RIA nell'ultimo anno	RIA AMB-DOM/CDC, RESID. ASSISTITA
	CLA022: Persona con Profilo "Demenza Lieve" in Misura Rsa Aperta	RSA APERTA
	CLA023: Persona con Profilo "Demenza Moderata" in Misura Rsa Aperta	RSA APERTA
	CLA024: Persona con Profilo "Demenza Grave" in Misura Rsa Aperta	RSA APERTA

TIPOLOGIA CRITERIO	TIPI-CAMPIONE	UdO A CUI SI APPLICA
	CLA025: Persona con Profilo "Demenza Gravissima" in Misura Rsa Aperta	RSA APERTA
	CLA026: Persona con Profilo "Anziano non autosufficiente" in Misura Rsa Aperta	RSA APERTA
Eventi (EVE)	EVE001: Persona con più ricoveri ospedalieri nell'ultimo anno	RSA, RSD, CSS, ADI, RSA APERTA, RESID. ASSISTITA
	EVE002: Persona con più accessi PS nell'ultimo anno	RSA, RSD, CSS, ADI, RSA APERTA, RESID. ASSISTITA
	EVE003: Persona deceduta in Struttura o entro 5 giorni dalla dimissione definitiva	RSA, RSD, CSS
	EVE004: Persona con dimissione diversa dal Decesso	HOSPICE, UCP-DOM
	EVE005: Persona non proveniente da Struttura Ospedaliera o da UdO sociosanitaria	HOSPICE, UCP-DOM
	EVE006: Persona non proveniente da Struttura Ospedaliera o da altra area/regime all'interno della stessa UdO	INT
	EVE007: Persona per cui non è presente un evento indice o è antecedente a 3 mesi rispetto al ricovero in Ria Residenziale / Cure Intermedie	INT
	EVE008: Persona proveniente da Regime/Area a minore intensità nella stessa UdO	INT
	EVE009: Persona proveniente da altra UdO nell'area delle Dipendenze	DIP-COM, SERT/SMI
	EVE010: Persona di recente dimissione per conclusione del progetto terapeutico	SERT/SMI
Presenza (PRE)	PRE001: Persona con almeno 15 giorni di assenza a carico del FSR nell'ultimo anno	RSA, CDI, RSD, CDD, CSS, RIA AMB-DOM/CDC, DIP-COM
	PRE002: Persona con frequenza part-time (orizzontale o verticale) della UdO	CDI
	PRE003: Persona con frequenza contemporanea di altre tipologie di UdO o Misure/Sperimentazioni	CSS, ADI, RSD
	PRE004: Persona con giornate di presenza superiori a 60 giorni	HOSPICE
	PRE005: Persona con periodo di presa in carico superiore a 90 giorni	UCP-DOM
	PRE006: Persona con periodo di presa in carico superiore a 250 giorni	ADI, RSA APERTA, RESID. ASSISTITA
	PRE007: Persona inserita nella UdO negli ultimi 90 giorni	HOSPICE, UCP-DOM, DIP-COM, SERT/SMI, CF
	PRE008: Persona che abbia avuto almeno 30 giorni di sospensione del trattamento	RSA APERTA, RESID. ASSISTITA

TIPOLOGIA CRITERIO	TIPI-CAMPIONE	UdO A CUI SI APPLICA
	PRE009: Persona con ricovero oltre soglia nelle diverse Aree/Regimi in Ria Residenziale/Cure Intermedie	INT
	PRE010: Persona con numero trattamenti superiore a 100 o 200, rispettivamente per adulti e minori, nell'ultimo anno in Ria	RIA AMB-DOM/CDC
	PRE011: Persona con numero trattamenti/prestazioni per singolo Regime almeno pari al 90% del valore soglia in Ria	RIA AMB-DOM/CDC
	PRE012: Persona con un numero di prestazioni "indirette" superiore al 10% del totale delle prestazioni ambulatoriali in Ria	RIA AMB-DOM/CDC
	PRE013: Persona che ha volontariamente abbandonato il progetto di cura in UdO per le Dipendenze	DIP-COM, SERT/SMI
	PRE014: Persona la cui presenza in Comunità per le Dipendenze è superiore alla permanenza media della Struttura	DIP-COM
Criteri demografici (DEM)	DEM001: Persona con età inferiore ai 65 anni	RSA, RSA APERTA, RSD, ADI, RESID.ASSISTITA
	DEM002: Persona con età inferiore ai 65 o superiore a 90 anni	RSA, RSA APERTA, CDI, ADI, RESID.ASSISTITA
	DEM003: Persona con età inferiore ai 18 anni	RSD, CDD, SERT/SMI, DIP-COM
	DEM004: Persona con età inferiore ai 18 o superiore a 65 anni	RSD, CDD
	DEM005: Persona con età superiore ai 18 ed inferiore ai 31 anni	DIP-COM
	DEM006: Persona con età superiore a 85 anni	RSA APERTA, ADI, SERT/SMI, RESID.ASSISTITA
Utenza tipica (TIP)	TIP001: Utenza tipica dell'unità di offerta	Qualsiasi UdO
Utenza atipica (ATI)	ATI000: Tutte le tipologie presenti	RSA, RSD, INT, CSS, HOSPICE
	ATI001: Persona in Stato Vegetativo	RSA, RSD, INT
	ATI002: Persona con sclerosi laterale amiotrofica	RSA, RSD
	ATI003: Disabile ex Dgr 5000/2007	RSA, RSD, CSS, INT
	ATI004: Disabile ex OP fascia A o B	RSA, RSD, CSS
	ATI005: Malato di Aids	RSA, RSD, HOSPICE
	ATI006: Persona con Alzheimer	RSA
	ATI00X:	Da specificare
Criteri definiti dalle ATS		
Criteri Territoriali (ATS)	ATS001: Criterio territoriale 1 – da specificare	Da specificare
	ATS002: Criterio territoriale 2 – da specificare	Da specificare

TIPOLOGIA CRITERIO	TIPI-CAMPIONE	UdO A CUI SI APPLICA
	ATS00N: Criterio territoriale N – da specificare	Da specificare

A supporto delle ATS, il paragrafo successivo riporta in sintesi le percentuali di riferimento per tutte le UdO (Tabella 6) e fornisce indicazioni sull'applicazione dei criteri di campionamento e la metodologia di autocontrollo.

7.3.2.4 CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA: LA PROCEDURA DI AUTOCONTROLLO

Nel corso del 2020, ogni unità di offerta dovrà sottoporre ad autocontrollo un numero di FASAS corrispondente a una percentuale degli ospiti rendicontati nel corso dell'anno precedente (per UdO con numero di ospiti rendicontati nell'anno precedente inferiore a 100, si richiede comunque un **minimo di 3 FASAS**), come indicato in Tabella 6.

Nell'ambito delle procedure di autocontrollo andranno applicati criteri, casistiche e metodologie identici rispetto a quelli elencati/utilizzati per i controlli di appropriatezza, fatta esclusione del criterio territoriale e del criterio relativo all'utenza atipica.

Dovranno pertanto essere adoperati i medesimi strumenti e check list applicate dalle ATS nel corso delle verifiche di appropriatezza.

In aggiunta a controlli ordinari, le ATS, in sede di sopralluogo e/o presso i propri uffici, dovranno controllare e convalidare almeno 1/3 dei FASAS oggetto di autocontrollo, per ogni singola UdO, al fine di verificare la qualità e correttezza del lavoro dei soggetti erogatori. In caso di non conformità, le ATS estenderanno l'esito del campione verificato a tutte le cartelle sottoposte ad autocontrollo (i restanti 2/3).

Entro il 28 febbraio 2020, ciascun erogatore dovrà possibilmente trasmettere all'ATS territorialmente competente l'elenco dei FASAS da sottoporre ad autocontrollo indicando altresì la categoria di appartenenza di ciascuna cartella all'interno delle categorie sopra indicate come tipi-campione.

Gli esiti dell'attività di autocontrollo dovranno essere trasmessi possibilmente **entro il 31 Marzo 2020**, in modo da consentire alle ATS di svolgere le successive verifiche contestualmente alle altre azioni di controllo. Gli esiti dovranno inoltre riportare la data del controllo, l'operatore / gli operatori che hanno svolto l'attività ed eventuali note/criticità riscontrate.

Nei verbali redatti dalle ATS bisognerà specificare quali FASAS controllati derivano dalla procedura di autocontrollo.

In caso le ATS non riescano a consolidare la procedura di autocontrollo, la percentuale di fascicoli prevista sarà da svolgersi con la modalità di controllo di appropriatezza "ordinaria".

La seguente tabella riporta in sintesi per unità di offerta la percentuale di controllo complessiva e come essa viene suddivisa tra autocontrollo e controlli di appropriatezza mirati.

Tabella 6 – Percentuali di controllo e unità di offerta di riferimento con autocontrollo e applicazione dei tipi-campione

% Controlli		Volumi per UdO		UdO di Riferimento	Applicazione Criteri Territoriali e Criteri ACSS ²
Senza autocontrollo	Ipotesi autocontrollo	N° FASAS Min	N° FASAS Max		
13% Complessivo ¹	10% Criteri Mirati	6	30	RSA, RSD, INT, CDI, CDD, CSS, HOSPICE, DIP-COM	5% Criteri Territoriali 5% Criteri ACSS
	3% Autocontrollo	3	-		Criteri ACSS (no atipica)
10% Complessivo ¹	8% Criteri Mirati	6	30	RSA APERTA, RESID. ASSISTITA	4% Criteri Territoriali 4% Criteri ACSS
	2% Autocontrollo	3	-		Criteri ACSS (no atipica)
3.5% Complessivo ¹	2.5% Criteri Mirati	6	50	ADI, UCP-DOM, RIA AMB-DOM/CDC, SERT/SMI, CF	1% Criteri Territoriali 1.5% Criteri ACSS
	1% Autocontrollo	3	-		Criteri ACSS (no atipica)

NB: In caso non si consolidi l'autocontrollo in ATS, le % dovute sono quelle relative alla colonna "Senza Autocontrollo".

¹ Le % fanno riferimento a quanto definito nelle Regole di Sistema per l'anno 2019, in caso di variazioni, si dovranno considerare le % definite nelle Regole di Sistema per l'anno 2020. In particolare, in caso l'ATS adotti procedure di autocontrollo, rimane invariata la % definita per l'autocontrollo e va adeguata per differenza a quella relativa ai Criteri Mirati (es.: in caso sia richiesto di controllare il 14% per le RSA, il 3% può essere fatto in autocontrollo e l'11% con Criteri Mirati. Resta invariato il riferimento ai possibili criteri adottabili).

² Si ricorda che fatta eccezione per le RSA, per tutte le UDO la suddivisione dei criteri applicabili tra territoriali e ACSS è da considerarsi consigliabile ma non vincolante.

7.3.2.5 CONTROLLI SU SINGOLA UNITÀ D'OFFERTA: RSA

In questo paragrafo, vengono fornite indicazioni per il campionamento dei FASAS e la programmazione dei controlli di appropriatezza sulle Residenze Sanitarie Assistenziali - RSA.

La modalità di selezione dei FASAS dovrà basarsi sui "tipi-campione", di seguito si elencano a titolo esplicativo alcune tipologie adatte per le RSA:

- Casistiche: CAS (es.: CAS001: Persona per cui si è fatto uso della contenzione);
- Classificazione: CLA (es.: CLA003: Persona appartenente alle Classi Sosia 1 o 2);
- Eventi: EVE (es.: EVE001: Persona con più ricoveri ospedalieri nell'ultimo anno);
- Presenza: PRE (es.: PRE001: Persona con almeno 15 giorni di assenza a carico del FSR nell'ultimo anno);
- Criteri demografici: DEM (es.: DEM001: Persona con età inferiore ai 65 anni);
- Utenza atipica: ATI (es.: ATI002: Persona con sclerosi laterale amiotrofica);
- Criteri Territoriali: ATS (es.: ATS001: Criterio territoriale 1 – da specificare).

Per quanto riguarda i **criteri territoriali definiti dalle ATS**, essi dovranno essere diversi da quelli definiti nei tipi-campione indicati da ACSS (Tabella 5) e dovranno essere chiaramente esplicitati nel Piano dei Controlli predisposto da ciascuna ATS, indicando altresì le motivazioni specifiche che giustificano l'utilizzo del criterio di selezione dei FASAS da verificare, le metodologie di campionamento utilizzate, nonché l'arco temporale di riferimento dei flussi utilizzati.

ACSS ritiene opportuno che, con riguardo alle UdO selezionate nel controllo routinario e qualora sia presente utenza atipica (ovvero disabili ex DGR5000/2007, malato di AIDS, disabili exOP di fascia A e exOP di fascia B, persone in Stato Vegetativo, persone affette da SLA, malati di Alzheimer), venga sempre incluso uno dei tipi-campioni indicati nella categoria utenza atipica "ATI", in particolare si chiede di privilegiare "l'ATI000: tutte le categorie presenti".

Il flusso di riferimento per l'individuazione dei FASAS da sottoporre a controllo è costituito dal "SOSIA", integrato e verificato attraverso il Flusso Economico (FE).

Ad esempio, per una RSA che nel corso del 2019 ha accolto 200 ospiti, si dovrà procedere ad una verifica di almeno 20 FASAS, corrispondenti al 10%, in particolare:

- un totale di 10 Fascicoli, ovvero il 5%, potranno essere scelti attraverso l'applicazione di criteri territoriali, che dovranno essere specificati dalle ATS;
- i restanti 10 FASAS, ossia il 5%, dovranno invece essere individuati applicando **almeno 2** dei tipi campione tra quelli proposti dall'ACSS. L'ATS potrà ad esempio valutare di campionare: 5 FASAS all'interno del tipo campione "**CLA003: Persona appartenente alle Classi Sosia 1 o 2**"; 5 FASAS considerando invece il tipo campione "**ATI000: Tutte le categorie (di utenza atipica) presenti**".

In sede di sopralluogo, l'ATS dovrà altresì procedere a verificare 1/3 dei FASAS sottoposti ad autocontrollo.

La **Tabella 7** riporta la sintesi dei controlli di appropriatezza da condurre sulle RSA.

Tabella 7 – Resoconto controlli di appropriatezza per le RSA

% Controlli	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo	
	Tipi-campione	Numero min / max FASAS da controllare
13% Complessivo ¹ 10% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (massimo 5% per criteri ATS) 3% Autocontrollo (con criteri ACSS eccetto utenza atipica)	Criteri Casistiche: CAS001, CAS002, CAS003; Criteri Classificazione: CLA001, ..., CLA004; Criteri Eventi: EVE001, EVE002, EVE003; Criteri Presenza: PRE001; Criteri Demografici: DEM001, DEM002; Utenza Atipica: ATI000, ..., ATI006; Criteri Territoriali: ATS001, ..., ATS00N; <i>Fatta eccezione per la categoria relativa ai deceduti, i FASAS da sottoporre a campionamento per le altre categorie sono da riferirsi ad ospiti possibilmente ancora presenti.</i>	I numeri minimi e massimi sono riferiti a Criteri mirati ACSS e Territoriali. Minimo: 6 FASAS Massimo: 30 FASAS

¹ Le % fanno riferimento a quanto definito nelle Regole di Sistema per l'anno 2019, in caso di variazioni, si dovranno considerare le % definite nelle Regole di Sistema per l'anno 2020.

8 AREA SOCIALE

8.1 PREMESSA

Le Regole di sistema prevedono che i Piani di controllo delle ATS includano le attività di vigilanza sulle unità d'offerta della rete sociale. Pertanto, si riportano sinteticamente alcune indicazioni sulla redazione dei Piani affinché possano riportare un set minimo di informazioni finalizzate ad avere il quadro generale dell'attività svolta e pianificata.

8.2 INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO

I Piani Aziendali dei Controlli per il 2020 devono necessariamente fare riferimento a quanto previsto dalle direttive regionali (cd. "Regole di Sistema 2020" e precedenti) e dalla normativa vigente in materia. Andranno inclusi i seguenti ambiti:

- 1) analisi del contesto territoriale e operativo (UdO sociali attive al 1° gennaio 2020);
- 2) sintetica rendicontazione dell'attività di vigilanza effettuata nel 2019;
- 3) descrizione sintetica di eventuali approcci integrati di controllo, anche di tipo sperimentale, sia sperimentati nel 2019 che programmati per il 2020, quali:
 - a. esperienze caratterizzate da trasversalità e integrazione tra strutture e Dipartimenti interni alle ATS;
 - b. misure attuate per la verifica integrata dei requisiti gestionali/organizzativi con quelli tecnologico/strutturali;
 - c. esperienze di controllo integrato tra ambito sociosanitario e sociale (es.: identificazione di anziani non autosufficienti in UdO sociali, ecc.);
- 4) descrizione delle attività programmate per il 2020, tenendo conto delle seguenti indicazioni:
 - evidenza dei criteri di campionamento/selezione delle UdO sociali. **Si raccomanda quindi la puntuale compilazione della tabella riassuntiva (Allegato 2) al fine di fornire informazioni sintetiche sulla programmazione dell'attività di vigilanza;**
 - evidenza di altre attività di verifica pianificate, anche a carattere sperimentale o come controlli mirati e/o di approfondimento;
 - descrizione dell'organizzazione della ATS, in termini di personale adibito alla funzione di vigilanza (con il dettaglio di qualifica professionale, rapporto contrattuale), ed eventuale previsione di incremento dell'organico, e di risorse informatiche a disposizione per lo svolgimento delle attività programmate. Si richiede inoltre di fornire evidenza dei percorsi formativi previsti e di indicare la composizione dell'équipe per tipologia di UdO sociale.

Si invitano le ATS a specificare l'eventuale coinvolgimento del DIPS, qualora non siano presenti nell'équipe di vigilanza competenze inerenti alla prevenzione.

Si ricorda di esplicitare nei Piani la rendicontazione economica dell'utilizzo delle risorse attribuite alle ATS per il finanziamento delle funzioni trasferite in materia di vigilanza e controllo (n. 11481 del 02.08.2018).

Per la verifica del mantenimento dei requisiti strutturali è necessario che siano definite nel Piano Controlli la programmazione e gli indicatori di raggiungimento degli obiettivi comuni tra i vari dipartimenti e servizi dell'ATS, nel rispetto di quanto previsto nella normativa regionale.

Si conferma quanto stabilito nella normativa vigente in merito al controllo di tutti i requisiti previsti sia per i format di verbali che per la percentuale di UdO da vigilare.

Tabella 8 – Rendicontazione attività di vigilanza su UdO sociosanitarie: anno 2019

TIPOLOGIA UdO	N UdO	N UdO PROGRAMMA TE	N UdO CONTROLLATE SU PIANIFICATE	N CPE	N UdO CONTROLLATE SU SEGNALAZIONE	N SANZIONI	IMPORTO SANZIONI
AREA MINORI							
Comunità Educative							
Comunità Familiari							
Alloggi Per L'autonomia							
Asili Nido							
Micro Nidi							
Centri Prima Infanzia							
Nidi Famiglia							
Centri Di Aggregazione Giovanile							
Centri Ricreativi Diurni							
AREA DISABILI							
Comunità Alloggio							
Centri Socio Educativi							
Servizi Di Formazione Dell'autonomia Per Persone Disabili							
AREA ANZIANI							
Centri Diurni							
Alloggio Protetto per Anziani							
Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.)							
ALTRO							
Altra UdO sociale: (specificare)							

9 FARMACEUTICA

9.1 PREMESSA

ACSS, con riguardo ai controlli che gli attori del sistema sono chiamati ad effettuare, nel rispetto delle aree di azione definite dalle lettere c) e d)¹¹ dall'art.11 comma 4 della LR 33/2009 e s.m.i., si prefigge, nell'ottica di un miglioramento delle attività di controllo e dell'omogeneizzazione dei comportamenti, di estendere ad altre aree di controllo lo strumento del tavolo di lavoro, già adottato durante il 2019 con riferimento alla vigilanza farmaceutica convenzionata, e di sviluppare nuove metodologie di controllo da applicare in via sperimentale per l'annualità 2020.

Il **tavolo di lavoro** rappresenta un momento di confronto, condotto attraverso un approccio di *benchmarking*, tra i soggetti deputati ai controlli, un rappresentante della Struttura Farmaco, Dispositivi e HTA di DG Welfare ed eventuali esperti del sistema. Tale modalità di incontro collegiale permette di far emergere, dalle esperienze di ciascun partecipante, le *best practice* in uso presso le singole ATS ed eventuali disomogeneità comportamentali. L'obiettivo ultimo del tavolo di lavoro è quello di mettere a fattor comune le *best practice* individuate durante gli incontri e superare le disomogeneità, nel rispetto della normativa di riferimento, dell'autonomia e delle peculiarità territoriali di ciascuna ATS, attraverso la stesura di linee di indirizzo condivise, finalizzate a uniformare le modalità operative dei soggetti controllori.

9.2 INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO

Si invitano le ATS a rappresentare la metodologia utilizzata per la graduazione del rischio delle aree di controllo e le dimensioni indagate per individuare il ranking dei soggetti/oggetti del controllo a maggior rischio. La programmazione illustrata nella sezione, con i dettagli che ciascuna ATS riterrà utile inserire, dovrà essere rappresentata nella tabella di sintesi allegata (Allegato 2).

Permane, inoltre, valido quanto previsto nelle Regole 2019 in ordine alla trasmissione delle relazioni sull'andamento delle attività di controllo¹².

¹¹Art. 11, comma 4, LR 33/2009 e s.m.i.

"[...]c) definisce gruppi di lavoro multidisciplinari, attingendo dalle strutture di cui alla lettera a), provenienti da più ATS, per l'effettuazione delle diverse tipologie di controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie;

d) individua e valuta un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli, non limitato all'esame a campione, ma articolato in un diffuso raffronto di dati e indicazioni per prestazioni omogenee che garantiscano la rispondenza ai criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati, anche attraverso l'analisi dell'incidenza dei costi sui fattori di produzione dei soggetti erogatori"

¹² "le ATS dovranno relazionare con cadenza trimestrale alla Struttura Farmaco, Dispositivi e HTA e all'ACSS anche in merito all'andamento dei controlli effettuati, evidenziando eventuali criticità. Le scadenze per l'invio

9.3 ANALISI DI CONTESTO

Si invitano le ATS a riportare, in maniera sintetica, il proprio contesto di riferimento, al fine di rappresentare il quadro all'interno del quale il Servizio Farmaceutico delle ATS stesse si trova ad operare.

Il Piano dei Controlli 2020 di ciascuna ATS dovrà contenere una descrizione delle peculiarità del territorio di riferimento, delle caratteristiche della popolazione assistita, dei prescrittori, dell'andamento della spesa per I livello ATC e per tipologia di File F, oltre ad altri elementi ritenuti funzionali alla corretta rappresentazione del contesto stesso.

Al fine di fornire uno strumento uniforme per la rappresentazione, si invita a utilizzare il seguente schema, integrabile con ulteriori dati e indicatori.

CONTESTO ESTERNO al 31/12/2019	
N. farmacie e dispensari	
N. parafarmacie	
N. grossisti	
N. depositi	
N. esercizi e GDO che erogano alimentazione particolare	
N. esercizi autorizzati al commercio online	
N. altre strutture potenzialmente oggetto di controllo	
% DDD per farmaci equivalenti e biosimilari	
% Obiettivo Regionale 2019	
% Raggiunta 2019	
Spesa Farmaceutica	
N. Record File F	
Valore File F	
N. di strutture erogatrici File F	
N. di RSA	

9.4 VIGILANZA FARMACEUTICA

9.4.1 VIGILANZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

9.4.1.1 FARMACIE PUBBLICHE E PRIVATE APERTE AL PUBBLICO E DISPENSARI

Al fine del superamento della disomogeneità rilevate sul territorio regionale, DGW ha, nel corso del 2017, approntato un format di verbale unico che deve essere considerato come strumento regionale.

delle relazioni saranno entro il giorno 30 del mese successivo al trimestre di riferimento (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)"

Nel 2018 DGW, con le regole di Sistema 2019, ha previsto che tutte le ATS adottassero il verbale informatizzato, così come formulato da DGW nel 2017, attraverso l'utilizzo del software di vigilanza farmaceutica, messo gratuitamente a disposizione dagli Ordini dei Farmacisti.

Nel corso del 2019, ACSS in collaborazione con DGW, ha istituito un **Tavolo di Lavoro**, il cui svolgimento ha comportato che, a seguito di richiesta da parte di ACSS, le Direzioni strategiche delle ATS individuassero formalmente un proprio referente con mandato di rappresentanza dell'ente di appartenenza. I referenti sono stati chiamati a partecipare attivamente, non solo durante le riunioni, ma anche attraverso un'attività preparatoria che ha visto la consultazione interna al proprio ente. Durante le riunioni dei tavoli di lavoro, alle quali sono stati invitati a partecipare con funzioni di consulenza altri soggetti con specifiche competenze, è stata sviluppata la metodologia della graduazione del rischio: per ciascun item del verbale di vigilanza ordinaria è stata identificata la normativa di riferimento, grazie alla quale si è giunti ad un'univoca interpretazione dello stesso, ed è stato attribuito un peso sulla base di differenti dimensioni di analisi. Le risultanze ottenute saranno applicate al software di vigilanza che, come indicato nelle Regole 2019, dovrà essere utilizzato dalle ATS.

La possibilità di disporre delle risultanze in formato elettronico dell'attività di vigilanza consentirà alle ATS di selezionare il campione delle farmacie da ispezionare e ad ACSS di effettuare un'analisi complessiva dell'attività di controllo al fine di aprire un confronto fra operatori dei diversi territori.

Grazie al confronto tra tutti i partecipanti sono inoltre emerse diverse *best practice* di alcuni territori ATS, che il Tavolo di Lavoro ha ritenuto di adottare in maniera uniforme al fine di superare le disomogeneità.

Esito dei lavori del tavolo sarà la stesura di un documento di indirizzo in tema di vigilanza farmaceutica che verrà formalizzato nel 2020.

ACSS, acquisita la disponibilità delle ATS Città Metropolitana di Milano e Monza-Brianza, prevede di avviare in via sperimentale l'utilizzo dei pesi individuati per l'attività di campionamento delle farmacie.

Ciò consentirà, una volta analizzati i risultati, di validare il sistema ed estenderlo nel 2021 a tutte le ATS lombarde.

Si invitano le ATS a rendicontare le attività svolte nell'anno 2019 utilizzando una struttura che rappresenti in modo chiaro e sintetico le azioni attuate per il perseguimento degli obiettivi e i risultati conseguiti. Il piano delle ATS, nella sezione dedicata alla **rendicontazione**, dovrà dare evidenza del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti per le ispezioni di tutte le farmacie e dispensari nel biennio 2018-2019, assolvendo così a quanto previsto dalla DGR 7600/2017.

In esito alla conclusione dell'analisi, e nelle more che venga formalizzato il documento di cui sopra, si invitano le ATS, limitatamente alle **farmacie**, ad utilizzare quale metodo di campionamento per la **programmazione** delle farmacie da sottoporre a vigilanza ordinaria

nell'anno 2020, la metodologia della graduazione del rischio, così come sviluppata dal tavolo di lavoro, rispettando gli obiettivi percentuali definiti nella normativa di riferimento.

Si invitano, inoltre, le ATS a prevedere nella propria programmazione eventuali ulteriori ispezioni, definite **ordinarie aggiuntive**, rispetto a quelle previste nel capoverso precedente, da svolgere in caso di eventuali criticità rilevate in corso d'anno.

Si invitano le ATS, contestualmente all'ispezione di una farmacia, a procedere all'ispezione di tutte le eventuali attività di cui la farmacia ha titolarità (ad esempio: depositi collegati in caso di autorizzazione come grossista, vendita di farmaci on-line, preparazioni magistrali a base di cannabis).

Nel corso del 2020 il Tavolo di lavoro definirà delle linee di indirizzo in tema di controllo sulle farmacie autorizzate alla vendita dei farmaci on-line.

Lo schema seguente rappresenta un format sintetico di rappresentazione dell'attività. Gli indicatori suggeriti da ACSS per la misurazione dell'attività possono essere integrati a discrezione di ciascuna ATS.

INDICATORE	RENDICONTAZIONE 2018				RENDICONTAZIONE 2019				PROGRAMMAZIONE 2020	
	PROGRAMMATO 2018		RAGGIUNTO 2018		PROGRAMMATO 2019		RAGGIUNTO 2019		VALORE ATTESO 2020	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
ISPEZIONI ORDINARIE numero di farmacie e dispensari da ispezionare/total e farmacie e dispensari										
ISPEZIONI STRAORDINARIE										
ISPEZIONI PREVENTIVE										
ISPEZIONI ORDINARIE AGGIUNTIVE/total e farmacie										

9.4.1.2 VIGILANZA SU DEPOSITI E GROSSISTI

Con riferimento a **depositi e grossisti**, si invitano le ATS a esplicitare la programmazione secondo le previste scansioni temporali, come da disposizioni contenute nella DGR "Regole di Sistema 2019"¹³.

Gli schemi seguenti rappresentano un format sintetico per la rendicontazione e la programmazione delle attività. Gli indicatori suggeriti da ACSS possono essere integrati a discrezione di ciascuna ATS.

Vigilanza grossisti	RENDICONTAZIONE 2019		PROGRAMMAZIONE 2020	
INDICATORE	va	%	v.a.	%
numero di grossisti controllati e da controllare/totale dei grossisti presenti				

Vigilanza depositi	REND. 2019		PROG. 2020		PROG. 2021		PROG. 2022		PROG. 2023	
INDICATORE	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
numero di depositi controllati e da controllare/totale										

9.4.1.3 ALTRI SOGGETTI SOTTOPOSTI A CONTROLLO

Si invitano le ATS a riportare la rendicontazione e la programmazione dell'attività di controllo svolta con riferimento ad altri soggetti che operano nell'ambito della farmaceutica territoriale (es. parafarmacie, esercizi GDO che erogano alimentazione particolare, esercizi autorizzati al commercio on line, ecc.).

¹³ "Al fine di rendere continuativa la vigilanza prevista dal d. Lgs 219/2006 su grossisti (art 100 e seg) e depositi (art 108 e 108 bis), a partire dal 2019 i grossisti non collegati alle farmacie dovranno essere ispezionati almeno una volta ogni due anni e i depositi almeno una volta ogni cinque anni".

INDICATORE	RENDICONTAZIONE 2019				PROGRAMMAZIONE 2020	
	VALORE ATTESO 2019		RAGGIUNTO 2019		VALORE ATTESO 2020	
	V.d.	%	V.d.	%	V.d.	%
numero di parafarmacie, esercizi che erogano alimentazione particolare, esercizi autorizzati al commercio online, controllati/totale						

9.4.1.4 ALTRE INFORMAZIONI SULLA VIGILANZA

Si richiede alle ATS di fornire le seguenti ulteriori informazioni corredate da un sintetico commento.

INDICATORE	RENDICONTAZIONE 2019	
	V.d.	%
numero di verbali di constatazione e affido stupefacenti		
numero di notizie di reato		
sanzioni e importi notificati		
Eventuali altri indicatori		

9.4.2 NUOVE MODALITÀ DI CONTROLLO SULLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE

9.4.2.1 VIGILANZA FARMACIE OSPEDALIERE E RSA

In coerenza con quanto disposto dall'art. 80, comma 1, lettera a), della LR 33/2009 e s.m.i.¹⁴, ACSS, al fine rendere più incisiva e capillare l'attività di controllo, intende introdurre la sperimentazione di una nuova modalità di controllo sulle strutture sanitarie e sociosanitarie, che presupponga una proattiva partecipazione da parte di questi ultimi, attraverso l'introduzione dell'autocontrollo. A tal fine, ACSS istituirà appositi tavoli di lavoro, che vedranno la partecipazione, oltre a quella degli specialisti delle 8 ATS e DG Welfare, anche di rappresentanti delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

¹⁴ Art.80, comma 1, LR 33/2009 e s.m.i. "Le ATS, tramite il servizio farmaceutico, esercitano, nel rispetto della normativa statale e in coerenza con la programmazione regionale, le funzioni concernenti:

a) il controllo, la vigilanza e le autorizzazioni, ove previste, su farmacie, grossisti, depositi, strutture sanitarie e sociosanitarie, reparti di distribuzione dei farmaci di cui all'articolo 5 del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223[...]"

I partecipanti ai tavoli di lavoro, dedicati rispettivamente alle farmacie ospedaliere e alle RSA, dopo aver definito un tema specifico oggetto della sperimentazione, stileranno apposite check list di autocontrollo.

A seguito dell'adozione delle check list da parte delle ATS come strumento di controllo, le farmacie ospedaliere e le RSA, con cadenza da definirsi, dovranno compilare e inviare le check list in autocertificazione alle ATS.

A tali checklist sarà applicata la graduazione del rischio che consentirà alle ATS di campionare i soggetti da sottoporre a ispezione, sulla base degli esiti dell'applicazione della metodologia, senza tuttavia aggravare i soggetti controllori delle ATS con ulteriori oneri.

9.5 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E MONITORAGGIO SPESA FARMACEUTICA

Si invitano le ATS a dare rappresentazione degli argomenti di seguito esposti attenendosi ai contenuti delle disposizioni regionali in materia secondo i format sintetici sotto riportati.

9.5.1 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Si invitano le ATS a rappresentare le attività di verifica delle ricette con nota AIFA errata / omessa e dei piani terapeutici online secondo il seguente schema, eventualmente integrabile:

RENDICONTAZIONE 2019				
INDICATORE	VALORE ATTESO		RAGGIUNTO	
	v.a.	%	v.a.	%
Ricette con nota AIFA errata / omessa				
verifica del 100% delle ricette		100		
n. ricette inviate a Farmacie e prescrittori per regolarizzazione e addebito/ n. ricette verificate		100		
n. ricette corrette / n. ricette inviate				
Piani Terapeutici:				
n. PT on line verificati /totale		100		
n. PT on line non compilati correttamente / verificati				
n. PT cartacei verificati /totale		100		
n. PT cartacei non compilati correttamente / verificati				
Eventuali altri indicatori				

PROGRAMMAZIONE 2020		
INDICATORE	VALORE ATTESO	
	v.a.	%
Ricette da verificare per nota AIFA errata / omessa verifica del 100% delle ricette		100
Piani Terapeutici:		
n. PT on line da verificare /totale		100
n. PT cartacei da verificare /totale		100
Eventuali altri indicatori		

Si invitano inoltre le ATS, in coerenza con le Regole di Sistema 2018 e 2019, a riportare le specifiche attività di formazione e informazione verso i MMG e i PLS per il corretto utilizzo degli antibiotici, nonché i percorsi di formazione/informazione/monitoraggio per gli specialisti delle strutture erogatrici.

9.5.2 FARMACI EQUIVALENTI

Si rimanda a quanto previsto dalle Regole 2020 in ordine al raggiungimento dell'obiettivo di incrementare la percentuale complessiva espressa in DDD di farmaci a brevetto scaduto rispetto al consumo complessivo di medicinali, la cui attività di monitoraggio è in capo ad ATS Bergamo, che provvederà a comunicare a DG Welfare e ad ACSS, all'interno della relazione trimestrale eventuali scostamenti o criticità.

9.5.3 FARMACI BIOSIMILARI

Si chiede alle ATS di esplicitare le azioni di monitoraggio dell'incremento della prescrizione/erogazione/somministrazione dei farmaci biosimilari e di descrivere le azioni di promozione rivolte alla medicina territoriale e specialistica, con particolare riferimento ai farmaci biosimilari oggetto di monitoraggio così come definiti da DGW.

9.6 CONTROLLI FARMACEUTICA ACQUISTI DIRETTI

9.6.1 CONTROLLO FILE F

Si invitano le ATS a rendicontare le attività svolte nel rispetto di quanto richiesto dalle Regole 2019, integrate da eventuali attività di propria iniziativa:

RENDICONTAZIONE 2019				
INDICATORE	VALORE ATTESO		RAGGIUNTO	
	v.a.	%	v.a.	%
farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici): 100%, con presenza del dato di targatura nel File F per farmaci HCV		100		

RENDICONTAZIONE 2019				
INDICATORE	VALORE ATTESO		RAGGIUNTO	
	v.a.	%	v.a.	%
farmaci ipercolesterolemia, inibitori PCSK9 (evolocumab e alirocumab): 50%		50		
farmaci oncologici: 50%		50		
rituximab, trastuzumab e temozolamide: 50%				
Eventuali altri indicatori				

9.6.2 NUOVE MODALITÀ DI CONTROLLO FILE F

Attraverso un'analisi dei dati File F relativi alla distribuzione diretta per gli anni 2016 e 2017 disponibili nel datawarehouse di Regione Lombardia, ACSS ha individuato alcune aree meritevoli di approfondimento, che riguardano sia il quantitativo totale erogato a un paziente nell'anno, sia il prezzo di rendicontazione.

Pertanto, per l'anno 2020, a integrazione di quanto espressamente richiesto all'interno delle regole di sistema, al fine di perseguire l'efficacia ed efficienza dell'intero percorso prescrizione/erogazione/rendicontazione, ACSS, in accordo con DG Welfare, e con il coinvolgimento delle ATS, ritiene opportuno proporre sperimentalmente un'estensione dell'attività di monitoraggio sul File F con riferimento a due tematiche specifiche:

- **Appropriatezza distributiva dei farmaci in distribuzione diretta**
con l'obiettivo di verificare i record dai quali per il medesimo paziente risulti erogato, nel periodo di terapia preso in esame, un quantitativo superiore alla posologia ordinaria.
- **Corretta rendicontazione del prezzo del farmaco**
con l'obiettivo di verificare che il prezzo esposto in fase di rendicontazione abbia corrispondenza con la documentazione attestante l'acquisto.

Data la natura sperimentale dell'iniziativa, per l'anno 2020, le verifiche riguarderanno soltanto alcuni farmaci in maniera mirata; a seguito dell'analisi dei risultati del controllo, potranno essere estesi negli esercizi successivi a una più ampia gamma di farmaci.

La scelta dei farmaci oggetto di controllo e le modalità operative di attuazione delle verifiche verranno individuate attraverso un'analisi dei dati a livello regionale e secondo la metodologia della graduazione del rischio condotta da un apposito **tavolo di lavoro** coordinato da ACSS che vedrà coinvolte tutte le ATS e lavorerà in accordo con la Struttura Farmaco, Dispositivi e HTA di DG Welfare.

Le ATS, sulla base delle indicazioni del tavolo di lavoro, selezioneranno, per il periodo di erogazione stabilito, i record di File F da controllare.

Il processo vedrà sia in fase istruttoria che in fase di controllo un coinvolgimento attivo da parte degli erogatori, che dovranno garantire la collaborazione di tutti gli specialisti coinvolti.

Laddove per le verifiche sia necessario l'accesso alla documentazione sanitaria, le ATS dovranno organizzare il controllo prevedendo la compresenza di farmacisti e operatori NOC.

Il tavolo di lavoro si incontrerà periodicamente al fine di condividere le risultanze e/o problematiche emerse nel corso della sperimentazione.

10 PROTESICA

10.1 PREMESSA

A livello nazionale il quadro complessivo del processo di erogazione dell'assistenza protesica risulta regolamentato dal DM 332/1999 e dall'entrata in vigore del DPCM del 12/01/2017. Il livello regionale, a seguito della riorganizzazione messa in atto con la LR 33/2009 e s.m.i., con particolare riferimento alla LR 23/2015, è intervenuto con la DGR 6917/2017 individuando e attribuendo, all'interno del capitolo 6, alle ATS, alle ASST operative e alle ASST contabili (SUPI), le aree nelle quali dovranno essere esercitati i controlli. Tale atto normativo introduce anche controlli di tipo multidisciplinare¹⁵ in capo alle ATS e controlli che prevedono la collaborazione di queste con le ASST.

ACSS, sperimentalmente per l'annualità 2020, prevede, nell'ottica di un miglioramento delle attività di controllo e di un maggior presidio di tutte le aree connesse all'erogazione dell'assistenza protesica, negli ambiti definiti dalla DGR 6917/2017, di avviare **un confronto con i soggetti deputati ai controlli delle ASST**.

ACSS, in collaborazione con le competenti strutture di DGW, provvederà a effettuare una prima analisi macroscopica a livello regionale atta a descrivere il processo erogativo nel suo insieme e individuare aree di potenziale criticità o *best practice* dei singoli territori ATS.

L'analisi consentirà inoltre di costruire indicatori di misurazione delle *performace* che, forniti a livello di sistema, consentiranno alle Aziende di monitorare la propria attività erogativa.

Le risultanze delle analisi saranno presentate e discusse durante diversi momenti di incontro organizzati da ACSS, che si prevede di avviare nel corso del 2020, per ciascun territorio delle ATS, e che vedranno il coinvolgimento, oltre che della competente struttura DG Welfare, di un referente dell'ATS e dei referenti delle ASST di appartenenza.

A seguito di tali incontri, ACSS prevede di istituire un **Tavolo di Lavoro**, con i referenti delle ATS e delle ASST, i tecnici di DG Welfare ed eventuali esperti del sistema, che rappresenti un momento di confronto collegiale, condotto attraverso un approccio di *benchmarking*. Il Tavolo di Lavoro sarà finalizzato a diffondere a livello regionale le *best practice* di ciascun territorio delle ATS e di superare eventuali disomogeneità e criticità, identificate durante i singoli incontri, nel rispetto della normativa di riferimento, dell'autonomia e delle peculiarità territoriali di ciascuna ATS. A conclusione del Tavolo di Lavoro verranno redatti documenti di indirizzo tecnico volti a uniformare le modalità operative dei soggetti controllori.

¹⁵ "Poiché i controlli in capo alle ATS sono contemporaneamente di carattere sanitario, tecnico e amministrativo, è auspicabile che le Agenzie prevedano la gestione degli stessi attraverso un team multidisciplinare [..]"

Si prevede pertanto che, per la parte di competenza delle ATS, le risultanze e la programmazione delle attività di controllo vengano esplicitate, nelle modalità di seguito stabilite, nei Piani di Controllo ATS, mentre, per la parte di competenza delle ASST operative e contabili, queste ultime dovranno relazionare, utilizzando facoltativamente gli indicatori, presenti nella sezione dedicata, sui dati dell'annualità 2019 e, per l'anno 2020 inviarli ad ACSS e DGW e alle ATS di riferimento, con cadenza trimestrale. Le risultanze pervenute dalle ASST saranno oggetto di analisi e approfondimenti durante i singoli incontri di ciascun territorio ATS.

10.2 INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO

Poiché le disposizioni di riferimento non esplicitano le modalità con cui svolgere le azioni di controllo in tema di assistenza protesica e lasciano a ciascuna ATS l'onere di definire gli obiettivi percentuali e numerici del campionamento per i controlli, si chiede alle ATS che la definizione di tali obiettivi avvenga sulla base di una graduazione del rischio che deve essere descritta nei Piani di Controllo ATS.

Gli indicatori proposti da ACSS sono stati sviluppati sulla base della **graduazione del rischio**, nel perimetro delle **aree di controllo previste nelle disposizioni normative di riferimento**. Si intendono come indicatori, oltre a quelli che esprimono un rapporto, anche quelli che richiedono la rendicontazione quantitativa, ad esempio, di un'attività di monitoraggio. Gli indicatori, laddove possibile, devono essere esplicitati sia in termini di valore assoluto (v.a.), eventualmente per numeratore e denominatore per rendere evidente la base di calcolo, sia di percentuale. Gli obiettivi del 2020 dovranno essere programmati tenendo in considerazione i risultati degli indicatori ottenuti sull'attività dell'anno precedente.

Per agevolare gli enti nel calcolo degli indicatori proposti, questi ultimi sono distinti tra indicatori da quantificare mediante mera estrazione automatica da Assistant-RL e altri per i quali è necessaria una raccolta ed un'elaborazione di dati.

Si invitano le ATS ad esplicitare sinteticamente la metodologia utilizzata per la graduazione del rischio, le dimensioni indagate per individuare le aree per cui tale analisi è possibile e la soglia definita per individuare i soggetti/oggetti a maggior rischio.

Gli indicatori suggeriti da ACSS possono essere integrati a discrezione di ciascuna ATS, in funzione delle risultanze dell'analisi sulla graduazione del rischio.

Per quanto non esplicitamente citato nel presente documento si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale vigente in materia e si richiamano i contenuti delle Regole 2019 e delle annualità precedenti.

Al fine di presidiare in maniera sistematica l'attività di controllo e di uniformarne la rappresentazione, si chiede di illustrare l'attività eseguita nel corso del 2019 e la programmazione per l'anno 2020 secondo la struttura individuata nelle pagine seguenti.

Le risultanze rendicontate da ciascuna ATS, nei rispettivi Piani di Controllo, saranno integrate con gli esiti che perverranno da parte delle ASST e, insieme a questi ultimi, saranno di oggetto di analisi e approfondimento durante gli incontri, specifici per ogni territorio delle ATS, cui parteciperanno il referente dell'ATS, DGW e i referenti di ciascuna ASST del territorio.

10.3 CONTROLLI IN CAPO ALLE ATS

10.3.1 ANALISI DI CONTESTO

Al fine di rappresentare il quadro all'interno del quale il Servizio di Assistenza Protesica di ciascuna ATS si trova a operare, viene di seguito fornito uno schema da utilizzare in maniera omogenea ed eventualmente integrabile con ulteriori dati e/o indicatori.

CONTESTO al 31/12/2019	
N. di pazienti che, nel 2019, hanno usufruito dell'assistenza protesica	
N. di prescrizioni	
Quantità di dispositivi dominanti erogati	
Quantità di dispositivi aggiuntivi erogati	
N. di dispositivi dominanti erogati, distinti per classe di dispositivo (ISO livello 2)	*
N. di MMG prescrittori online rispetto al totale	
N. di PLS prescrittori online rispetto al totale	
N. di specialisti prescrittori	
N. fornitori per Elenco 1	
N. centri di prescrizione	
Spesa 2019 (prezzo ivato erogato)	€
Spesa 2018 (prezzo ivato erogato)	€
Spesa (prezzo ivato erogato), per classi di dispositivo (ISO livello 1)	€*
Spesa media pro capite per classe di dispositivo (ISO livello 2)	€*
Spesa media pro capite per Elenco	€*
Quota a carico assistito (2019)	€
Quota a carico assistito (2018)	€
Informazioni aggiuntive	Eventuale descrizione delle peculiarità territoriali

*Si invitano le ATS ad articolare l'informazione richiesta secondo il format proposto in Tabella.¹⁶

10.3.2 CONTROLLI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: CENTRI DI PRESCRIZIONE

I seguenti indicatori derivano da un'azione di controllo di competenza delle ATS prevista dalla DGR 6917/2017 e, oltre a rendere esplicita l'attività di **controllo dei requisiti**

¹⁶ La tabella sarà resa disponibile in formato elettronico nell'Area Operatori del sito di ACSS (www.acsslombardia.it).

organizzativi e strutturali autocertificati dai Centri di prescrizione svolta nel 2019, mettono in evidenza le quantità di irregolarità riscontrate.

INDICATORE	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	RENDICONTAZIONE 2019		PROGRAMMAZIONE 2020	
		RAGGIUNTO 2019		VALORE ATTESO 2020	
		v.a.	%	v.a.	%
Elaborazione					
N. di Centri di prescrizione controllati con riferimento ai requisiti organizzativi-strutturali/ totale	DGR 6917/2017 Par. 6.1 a)				
N. di Centri di prescrizione con carenze organizzative-strutturali/controllati	DGR 6917/2017 Par. 6.1 a)				
Eventuali altri indicatori					

Poiché la normativa di riferimento non fornisce indicazioni in merito agli obiettivi percentuali da perseguire, ACSS suggerisce di utilizzare le risultanze ottenute da tale attività di controllo al fine di **programmare la percentuale di campionamento di Centri di prescrizione** che si intende controllare nel 2020, tenendo anche conto dell'analisi sulla graduazione del rischio. Si suggerisce, a titolo esemplificativo, di valutare la natura delle irregolarità riscontrate.

10.3.3 CONTROLLI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: PRESCRITTORI

Per i controlli effettuati sui prescrittori si chiede alle ATS di rendicontare le seguenti attività di monitoraggio previste dalla DGR 6917/2017.

INDICATORE	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	RENDICONTAZIONE 2019		PROGRAMMAZIONE 2020	
		RAGGIUNTO 2019		VALORE ATTESO 2020	
		v.a.	%	v.a.	%
Estrazione automatica					
N. di nuovi prescrittori inseriti negli Elenchi dei medici prescrittori / Totale dei medici prescrittori	DGR 6917/2017 Par. 6.1 a)				
N. di cessazioni di attività dei medici prescrittori /Totale dei medici prescrittori	DGR 6917/2017 Par. 6.1 a)				
Elaborazione					
N. di convenzioni tra ente di afferenza dei prescrittori e RSA controllate / totale dei prescrittori specialisti in RSA	DGR 6917/2017 Par. 6.1 e)				

INDICATORE	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	RENDICONTAZIONE 2019		PROGRAMMAZIONE 2020	
		RAGGIUNTO 2019		VALORE ATTESO 2020	
		v.a.	%	v.a.	%
N. di prescrizioni cartacee non giustificate (per prescrittori abilitati SISS) / Totale delle prescrizioni online	DGR 6917/2017 Par. 6.1 e)				
Eventuali altri indicatori	Citare normativa o altro riferimento				

Si suggerisce di utilizzare le risultanze ottenute dai precedenti indicatori al fine di individuare le aree di criticità e programmare i controlli tenendo anche conto dell'analisi sulla graduazione del rischio.

Tra i fattori di rischio, si suggerisce inoltre di considerare:

- per ciascun prescrittore, in confronto con i prescrittori della medesima specialità, il numero di assistiti ai quali è stata prescritta assistenza protesica e la relativa spesa;
- il trend economico di spesa per classi omogenee di dispositivo in periodi successivi;
- le classi di dispositivi che rispetto al totale della spesa rappresentano le voci principali.

10.3.4 CONTROLLI APPROPRIATEZZA EROGATIVA: FORNITORI

Per i controlli effettuati sui fornitori è richiesto alle ATS di rendicontare le seguenti attività. Gli indicatori proposti da ACSS derivano dalle attività di controllo previste dalla DGR 6917/2017 e dalle indicazioni contenute nei DPCM/2017 e dal DM 332/1999.

INDICATORE	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	RENDICONTAZIONE 2019		PROGRAMMAZIONE 2020	
		RAGGIUNTO 2019		VALORE ATTESO 2020	
		v.a.	%	v.a.	%
Estrazione automatica					
N. nuove aziende fornitrici inserite in elenco	DGR 6917/2017 Par. 6.1 b)				
N. consegne effettuate oltre il tempo limite/totale delle consegne (da Fornitori per Elenco 1)	Allegati "tempi di fornitura" al DM 332/99				
Elaborazione					
N. Aziende fornitrici controllate con sopralluogo / N° aziende fornitrici totali	DGR 6917/2017				
N. Aziende fornitrici con irregolarità / Tot. Aziende fornitrici controllate con sopralluogo	DGR 6917/2017				
Eventuali altri indicatori	Citare normativa o altro riferimento				

Sulla base delle risultanze ottenute dagli indicatori sopra riportati, si suggerisce di stabilire la **percentuale di campionamento di Aziende Fornitrici che si intende controllare per il 2020 e di identificare i soggetti verso cui mirare i controlli**, tenendo anche conto dell'analisi sulla graduazione del rischio.

Tra i fattori di rischio si suggerisce, inoltre, di considerare la relazione tra i fornitori e i prescrittori.

10.3.5 CONTROLLI APPROPRIATEZZA EROGATIVA: PROCEDURA DI RITIRO DISPOSITIVI

A seguito di un'analisi condotta da ACSS si propone di monitorare l'attività di ritiro dei dispositivi **ceduti in comodato d'uso**, a seguito del decesso dell'assistito.

INDICATORE	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	RENDICONTAZIONE 2019		PROGRAMMAZIONE 2020	
		RAGGIUNTO 2019		VALORE ATTESO 2020	
		v.a.	%	v.a.	%
Estrazione automatica					
N. assistiti deceduti per i quali è stato effettuato il ritiro di ausili riutilizzabili/ N. totale assistiti deceduti che beneficiavano di assistenza protesica	Proposta ACSS				
N. di ausili da ritirare/N. totali assistiti deceduti, prima del 01.01.2020, che beneficiavano di assistenza protesica, per i quali non è stato effettuato il ritiro	Proposta ACSS				
Eventuali altri indicatori	Citare normativa o altro riferimento				

Sulla base del controllo proposto, si suggerisce alle ATS di dare evidenza alle singole ASST delle risultanze affinché queste ultime possano programmare un'eventuale attività di recupero dei dispositivi ceduti in comodato d'uso.

La DGR 6917/2017 prevede inoltre, nella sezione dedicata alle azioni di External Auditing, di verificare l'esistenza di procedure in capo alle ASST. In particolare, si invitano le ATS a verificare l'esistenza e a monitorare la corretta applicazione delle procedure per il recupero di dispositivi non più necessari all'assistito e di dare evidenza nel Piano dei Controlli di particolari criticità riscontrate.

10.4 SPERIMENTAZIONE DI UNA NUOVA METODOLOGIA DI CONTROLLO

Con riferimento a quanto riportato nella sezione dedicata agli obiettivi generali, al fine rendere più incisiva e capillare l'attività di controllo nell'area dell'assistenza protesica, si riportano di seguito, per le parti di competenza, gli indicatori individuati da ACSS, sulla base della graduazione del rischio, che le ASST possono utilizzare per la stesura delle relazioni trimestrali.

10.4.1 CONTROLLO IN CAPO ALLE ASST OPERATIVE E CONTABILI (SUPI)

10.4.1.1 CONTROLLI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: PRESCRITTORI

Nelle more che vengano identificate le procedure interaziendali tese all'effettuazione di controlli che prevedono la collaborazione tra ATS, ASST e SUPI tramite gruppi multidisciplinari, si chiede alle ASST operative e contabili (SUPI) di raccogliere e rendicontare i dati necessari per la quantificazione dei seguenti indicatori.

In seguito a un approfondimento svolto da ACSS in riferimento alle prescrizioni, si invitano le ASST a porre particolare attenzione a quelle di dispositivi protesici per i quali è previsto il **collaudo** (Elenco 1 nomenclatore ex DM 332/99) e alle prescrizioni di **rinnovo anticipato**, indagando in particolar modo sui motivi.

INDICATORE	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	RENDICONTAZIONE 2019		PROGRAMMAZIONE 2020	
		RAGGIUNTO 2019		VALORE ATTESO 2020	
		v.a.	%	v.a.	%
Elaborazione					
N. di prescrizioni controllate con riferimento all'appropriatezza/congruenza prescrittiva, verificando la corrispondenza tra il dispositivo, il PRI e la diagnosi di invalidità / N° totale di prescrizioni	DGR 6917/2017 Par. 6.2. a)				
N. di prescrizioni non conformi in riferimento all'appropriatezza/congruenza prescrittiva, verificando la corrispondenza tra il dispositivo, il PRI e la diagnosi di invalidità / N° di prescrizioni controllate	DGR 6917/2017 Par. 6.2. a)				
N. di prescrizioni per le quali non è stato registrato il collaudo/ totale di prescrizioni che necessitano di collaudo	Proposta ACSS				

INDICATORE	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	RENDICONTAZIONE 2019		PROGRAMMAZIONE 2020	
		RAGGIUNTO 2019		VALORE ATTESO 2020	
		v.a.	%	v.a.	%
N. di prescrizioni di rinnovo anticipato (A)	Proposta ACSS				
N. di prescrizioni di rinnovo anticipato per furto / Tot. rinnovi anticipati (A)	Proposta ACSS				
N. di prescrizioni di rinnovo anticipato per impossibilità tecnica della riparazione / Tot. rinnovi anticipati (A)	Proposta ACSS				
N. di prescrizioni di rinnovo anticipato per minore 18 anni / Tot. rinnovi anticipati (A)	Proposta ACSS				
N. di prescrizioni di rinnovo anticipato per modifica dello stato psicofisico dell'assistito / Tot. rinnovi anticipati (A)	Proposta ACSS				
N. di prescrizioni di rinnovo anticipato per particolare usura / Tot. rinnovi anticipati (A)	Proposta ACSS				
N. di prescrizioni di rinnovo anticipato per particolari necessità terapeutiche o riabilitative/ Tot. rinnovi anticipati (A)	Proposta ACSS				
N. di prescrizioni di rinnovo anticipato per rottura accidentale/ Tot. rinnovi anticipati (A)	Proposta ACSS				
N. di prescrizioni di rinnovo anticipato per smarrimento/ Tot. rinnovi anticipati (A)	Proposta ACSS				
Eventuali altri indicatori					

Con riferimento ai primi tre indicatori, ACSS suggerisce di utilizzare il primo indicatore al fine di programmare la percentuale di campionamento di prescrizioni che si intende controllare nel 2020 e i dati utilizzati per ottenere il secondo e il terzo indicatore per identificare i soggetti verso i quali mirare i controlli, tenendo anche conto dell'analisi sulla graduazione del rischio.

Ulteriori aree ritenute meritevoli di approfondimento, in quanto rappresentano alcune delle voci principali di spesa, possono essere:

- l'effettivo utilizzo delle CPAP anche attraverso, laddove previsti, sistemi di monitoraggio remoto;
- verifica delle visite specialistiche ambulatoriali per prescrizioni di protesi acustiche.

10.4.2 CONTROLLI IN CAPO ALLE ASST CONTABILI (SUPI)

10.4.2.1 CONTROLLI APPROPRIATEZZA EROGATIVA: FORNITORI

Nelle more che vengano identificate le procedure aziendali tese all'effettuazione di controlli che prevedono la collaborazione tra le ATS, ASST e SUPI, si chiede alle ASST contabili rendicontare i dati necessari per la quantificazione dei seguenti indicatori.

INDICATORE	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	RENDICONTAZIONE 2019	
		RAGGIUNTO 2019	
		v.d.	%
Estrazione automatica			
Tempo medio di consegna dei dispositivi da magazzino (gg.)	Proposta da ACSS		
Elaborazione			
Tempo medio di ritiro dispositivi a seguito di richiesta da parte del paziente (gg.)	Proposta da ACSS		
Tempo medio di ricondizionamento dei dispositivi per i quali è previsto (gg.)	Proposta da ACSS		
N. segnalazioni (URP) ricevute, da ASST, SUPI e ATS per il territorio di competenza, sulla qualità del servizio (tempo, ordine corretto, ecc.) / Totale delle consegne per ciascun fornitore	Proposta ACSS	Tabella 17	
Eventuali altri indicatori	Citare normativa o altro riferimento		

¹⁷ La tabella sarà resa disponibile in formato elettronico nell'Area Operatori del sito di ACSS (www.acsslombardia.it).

11 PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI

11.1 PREMESSA

Come precisato dalla DGR 1863 del 9/7/2019, il processo di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in Lombardia **è un percorso in progress e in continua evoluzione** finalizzato a sviluppare un modello ottimale e sostenibile di gestione della cronicità. La Regione ha affrontato da tempo tale tematica, con vari interventi finalizzati ad adeguare le capacità di risposta del SSL al mutato fabbisogno della popolazione. Il modello di presa in carico globale e integrata del paziente cronico fu avviato in via sperimentale col progetto CReG, ripreso nel 2015 quale elemento cardine della legge di riforma (L.R 23/2015) e con un piano regionale dedicato (DGR 4662/2015). Negli anni successivi il modello si è ulteriormente evoluto attraverso numerosi provvedimenti che hanno messo a punto strumenti gestionali-organizzativi, informatici e di remunerazione della presa in carico (**PIC**). Si richiamano in particolare le seguenti **DGR** attuative di Regione Lombardia: n.X/6164/2017; n. X/6551/2017; n. X/7038/2017, X/7655/2017; XI/412/2018; XI/754/2018, n. XI/1863/2019.

Ci troviamo ora in una fase più matura di implementazione, che richiede modalità di controllo orientate all'intero processo di presa in carico da parte del Gestore, attraverso azioni di monitoraggio e controllo congruenti con le nuove indicazioni specifiche fornite dalla Giunta nel 2019 (**DGR XI/1863/2019**) **e con i set di indicatori ivi proposti**. Pur se l'Agenzia non ha partecipato direttamente alla messa a punto di tale sistema di controllo, si rileva che il modello adottato rappresenta un'evoluzione dell'esperienza preliminare di controllo maturata nell'ambito della sperimentazione CReG (v. *Determina n. 27/2017 dell'Agenzia di Controllo del SSL*: <https://www.acsslombardia.it/presa-in-carico-e-reti>).

Nel proporre gli indicatori (indicatori descrittivi, di processo, di risultato e di customer satisfaction), la Regione ha dato atto tra l'altro che:

- l'effettuazione dei controlli secondo tali modalità è propedeutica al saldo della remunerazione;
- i controlli verranno svolti in modo graduale fino al progressivo raggiungimento degli obiettivi stabiliti;
- la DGW dovrà istituire una Commissione per il monitoraggio e lo sviluppo degli indicatori proposti in Allegato 5) alla DGR XI/1863/2019 - ai fini del saldo 2019 - composta da 2 rappresentanti per ciascuno dei seguenti soggetti: DGW ARIA SpA, Cooperative di Gestori, professionisti sanitari e Università.

Si richiama in proposito la funzione centrale di controllo sulla presa in carico assegnata ad ACSS sia dalla legge istitutiva (LR 23/2015, art. 11, comma 4) sia nello specifico dalla **DGR 6502 del 21.04.2017**, che stabilisce che l'Agenzia fornisca indirizzi di controllo sull'aderenza ai Piani Assistenziali Individuali (PAI) sulla base delle modalità definite dalla programmazione regionale. Nel prendere atto di un precedente parere della Commissione Consiliare competente (parere n. 130 del 12/04/2017) in merito alla **necessità di una funzione attiva di ACSS** per definire i provvedimenti attuativi della DGR X/6164, la citata DGR 6502/2017 mette in luce la necessità che ACSS operi in stretta collaborazione con la DGW e con le ATS per svolgere pienamente il suo ruolo e fornire indicazioni utili e specifiche nel PCPQ.

In ottemperanza a tale mandato, l'ACSS riporta nel PCPQ-2020 indirizzi per il controllo della presa in carico congruenti con le indicazioni delle delibere di Giunta, riservandosi di promuovere, nel corso del 2020, momenti di confronto con le DGW/ATS (gruppi di lavoro su problematiche specifiche, condivisione di criteri e strumenti di controllo).

Si richiede in particolare alle ATS di esplicitare nei rispettivi Piani di Controllo:

- una **rendicontazione** sugli enti valutati 'idonei' a svolgere i diversi ruoli previsti nella PIC (Gestore, Erogatore, Clinical manager) e attivi al 2020.
- la **programmazione delle attività di controllo** sulla PIC nel 2020.

11.2 RENDICONTAZIONE ATTIVITÀ DI ACCREDITAMENTO GESTORI

Le ATS hanno già provveduto alla valutazione di idoneità dei Gestori, sulla base delle risposte ottenute alla domanda pubblica per iscrizione all'elenco di gestore bandita con testo comune in tutte le ATS della Regione. Con DGR XI/1444/2019, è stato prorogato al 31.12.2019 il termine per l'adesione al modello di PIC dei MMG/PLS, sia in forma singola che aggregati in Cooperative. Si richiede alle ATS di trasmettere l'esito della attività svolta, secondo quanto indicato nella Tabella che segue.

Esito attività di accreditamento dei Gestori al 31.12.2019

	TOTALE	ASST, IRCCS	Cooperative di MMG/PLS	Erogatori privati accreditati	Strutture socio-sanitarie
N° Gestori idonei attivi in ATS					
N° MMG singoli (clinical manager)					
N° Pediatri (clinical manager)					

11.3 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2020

11.3.1 VIGILANZA SUI REQUISITI DI IDONEITÀ DEI GESTORI

Si chiede alle ATS di esplicitare le modalità e gli esiti delle verifiche sul mantenimento dei requisiti organizzativi-gestionali dei Gestori accreditati secondo le indicazioni della Regione. In fase di avvio del nuovo modello di PIC, l'obiettivo della vigilanza ha soprattutto la finalità di incoraggiare i Gestori al miglioramento, ferma restando l'ottemperanza alle norme di accreditamento. Il Piano Locale deve inoltre esplicitare i criteri e i metodi che guideranno l'attività di vigilanza.

Nel corso delle verifiche, si chiede alle ATS di provvedere anche alla **verifica dei Titoli** e di eventuali situazioni di incompatibilità.

11.3.2 ANALISI DEI POTENZIALI RISCHI DEL PROCESSO DI PRESA IN CARICO

Come per altri ambiti di controllo, anche per l'area della Presa in Carico, l'ACSS propone una fase di graduazione del rischio, per orientare i controlli verso ambiti a maggior rischio di 'non corretto' svolgimento delle attività rispetto alle previsioni regolatorie. Per l'analisi dei rischi, le ATS dovranno tener conto anche della metodologia proposta da ACSS e descritta nell'Allegato 1 (*Proposta di un modello di graduazione del rischio nelle attività di controllo*). Sono rappresentati nel seguito, **a puro titolo di esempio**, alcuni ipotetici rischi:

- **Selezione di pazienti in base a specifiche patologie o livelli di cronicità.** È possibile un mancato arruolamento di tipologie selezionate di pazienti (per gravità, livello di cronicità, patologia, etc.). Ciò potrebbe essere dovuto a una comunicazione inefficace al paziente, alla scarsa adesione/proattività di alcune tipologie di pazienti, o a comportamenti opportunistici da parte dei Gestori. Si ritiene indispensabile un controllo atto a evidenziare possibili bias di selezione e criticità legate all'arruolamento dei pazienti. Alcuni indicatori di controllo proposti dalla DGR XI/1863/2019 consentono di individuare fenomeni di selezione e quindi di attuare strategie di intervento mirate.
- **Sottoscrizione di PAI inadeguati rispetto ai bisogni reali e complessi dei pazienti.** In riferimento a questo rischio, va valutata la congruità della programmazione nel PAI rispetto ai SET di riferimento per la patologia/livello, oppure ad altri benchmark di riferimento clinico (profili di cura, PDTA, etc.), oppure anche attraverso audit clinici.
- **Scarsa aderenza da parte del paziente.** Il rischio di scarsa aderenza del paziente può essere misurato in relazione alla terapia farmacologica (Indice di aderenza terapeutica) o dell'effettiva erogazione delle prestazioni ambulatoriali programmate nel PAI (Indice di aderenza ambulatoriale al PAI). Alcuni indicatori di controllo proposti dalla DGR XI/1863/2019 consentono la misura di tale rischio.
- **Mancata comprensione del sistema di presa in carico da parte del paziente.** Il coinvolgimento proattivo del paziente e la sua comprensione e percezione del nuovo sistema di cura possono essere valutati con strumenti di valutazione della *patient experience* e assumono un ruolo centrale nella presa in carico, in quanto il paziente correttamente 'ingaggiato' ha maggior probabilità di essere compliant al piano di cura e migliorare gli outcome di salute. L'ACSS è attualmente impegnata in sperimentazioni finalizzate alla messa a punto di tali strumenti (v. successivo Paragrafo 11.4).
- **Violazione della libertà di scelta del paziente.** Il Gestore può incoraggiare il paziente a rivolgersi ad erogatori con lui convenzionati. Nel caso in cui il paziente ritenga che aderire alla proposta del gestore non sia per lui adeguato o conveniente, la libertà di scelta deve essere preservata. Anche per tale rischio, la verifica potrebbe essere effettuata attraverso strumenti di valutazione della *patient experience*, o con altre modalità di controllo.

- **Mancata comprensione del sistema da parte degli operatori.** la verifica di questo rischio potrà avvalersi di controlli sulla attività di formazione effettuata nelle strutture e/o di approfondimenti specifici con indagini ad hoc sui professionisti e operatori.
- **Mancato rispetto delle tempistiche per gli accertamenti e gli esami specialistici previsti nel PAI.**

11.3.3 MONITORAGGIO RISCHI E INDICATORI DI CONTROLLO

Si chiede alle ATS di esplicitare nel Piano Locale come intendono implementare l'attività di controllo della PIC, secondo il set di indicatori proposti dalla Regione (Allegato 5 della DGR 1863/2019) e lo schema proposto nella Tabella che segue:

RISCHI DA MONITARE	INDICATORI PER IL CONTROLLO (v. Allegato 5 - DGR 1863/2019)	PERIODICITA' DI MISURAZIONE
...	...	...
...	...	...

11.4 SPERIMENTAZIONE NUOVI STRUMENTI DI CONTROLLO

Il coinvolgimento proattivo del paziente e la sua comprensione e percezione del nuovo sistema di cura assumono un ruolo centrale nella presa in carico, in quanto il paziente correttamente 'ingaggiato' ha un rischio inferiore di scarsa aderenza alle cure e una maggior probabilità di migliorare l'*outcome* di salute. Evidenze di letteratura suggeriscono un miglioramento degli *outcome* nei pazienti adeguatamente 'ingaggiati' nella presa in carico.

La letteratura internazionale ha proposto e validato vari strumenti per monitorare la percezione di integrazione delle cure da parte del paziente¹⁸. Si tratta di strumenti che valutano aspetti cruciali della PIC, utilizzando il paziente e la sua percezione soggettiva come strumento di controllo. Se opportunamente validati, tali strumenti possono concorrere anche alla valutazione del servizio reso dal Gestore, ed essere utilizzati in integrazione con altri strumenti di controllo, o per indirizzare azioni di miglioramento a livello del Gestore. La possibilità di profilare i pazienti in base al livello di 'attivazione' rappresenta anche uno strumento per individuare pazienti 'a rischio di scarsa aderenza alle cure'.

Nel 2019 l'Agenzia ha avviato uno studio pilota – tutt'ora in corso - finalizzato alla messa a punto e validazione di un Questionario di valutazione della *patient experience*, quale dimensione aggiuntiva di controllo del processo di presa in carico. Questa attività sarà ulteriormente sviluppata nel corso del 2020, anche in collaborazione con le ATS e la DGW.

¹⁸ Es. Patient Perception of Integrated Care Survey (PPIC; Singer et al., 2011); Instrument for Assessing Patient Experience of Chronic Illness (IEXPAC; Mira et al., 2016).

12 SALUTE MENTALE

12.1 PREMESSA

Dall'esigenza di considerare il profondo mutamento dei bisogni di salute della popolazione che si è progressivamente configurato specie in ambito psico-sociale, è nata la LR n. 15/2016, che identifica l'area della Salute Mentale come *"l'insieme delle attività orientate a promuovere la tutela della salute mentale e del benessere psicologico e a contrastare gli effetti di esclusione sociale che i disturbi psichici e altre patologie o problematiche possono causare"*. A tale area afferiscono diversi ambiti: Dipendenze, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Psichiatria, Psicologia e Disabilità Psichica organizzate in forma dipartimentale (articolo 53 comma 2).

Il PCPQ-2020 si focalizza su alcune attività di controllo relativamente a due ambiti: Psichiatria e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

12.2 PSICHIATRIA

12.2.1 ANALISI DI CONTESTO

Si invitano le ATS a rappresentare il contesto dell'offerta territoriale in ambito psichiatrico. Si esemplifica di seguito una Tabella di sintesi, eventualmente integrabile.

STRUTTURE	ASST/IRCCS		Privati accreditati	
	N°	posti	N°	posti
CPS				
SPDC				
CDI				
Strutture Residenziali				

12.2.2 RENDICONTAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2019

Si chiede alle ATS di riportare nei Piani di Controllo una tabella sintetica¹⁹ di rendicontazione delle attività di controllo condotte nel 2019 nell'ambito della Psichiatria.

Obiettivo del controllo 2019	Attività di controllo prevista per il 2019 (N° e tipo di controllo)	Attività di controllo svolta nel 2019 (con dettaglio di N° e tipo di struttura)	Esito dei controlli (es. sanzioni, incontri, ecc)	Criticità rilevate
(...)	(...)			
(...)	(...)			

¹⁹ Tutti i format riportati in questo capitolo saranno resi disponibili in formato elettronico nell'Area Operatori del sito di ACSS (www.acsslombardia.it).

12.2.3 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2020

Il PCPQ-2020 si focalizza su due aspetti principali:

1. Equilibrio tra attività territoriale e di ricovero nei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD).

I servizi di salute mentale dovrebbero favorire lo sviluppo di percorsi di cura territoriali, mantenendo il paziente nel suo ambiente di vita e limitando i ricoveri in strutture residenziali e ospedaliere. Lo squilibrio tra attività territoriale e di ricovero a favore di quest'ultima genera una riduzione delle risorse disponibili sul territorio, costituendo un fattore di ostacolo sia ad un'efficace attività di prevenzione del ricovero sia all'incremento della prevalenza trattata nei servizi (e quindi al coverage dei disturbi mentali nel territorio). Uno squilibrio a favore dell'attività di ricovero può essere legato ad uno scarso sviluppo/attività delle strutture territoriali (Centri Psicosociali, Ambulatori, Centri Diurni) oppure ad un eccesso di offerta/utilizzo delle strutture ospedaliere e residenziali.

2. Qualità della rilevazione delle attività nelle strutture psichiatriche.

L'attività territoriale rappresenta il cuore della progettualità dei DSMD, in quanto interessa potenzialmente il 95% dei pazienti in contatto. È quindi cruciale che la rilevazione delle caratteristiche cliniche e sociodemografiche dei pazienti in trattamento e degli interventi territoriali sia accurata e in linea con le indicazioni fornite dalla DG Welfare.

La rilevazione delle caratteristiche dell'utente e in particolare della diagnosi ICD-10 riveste particolare valore, anche alla luce del suo utilizzo sempre più frequente ai fini della valutazione di appropriatezza dei percorsi di cura. Per quanto riguarda l'attività di ricovero, anche i ricoveri che avvengono in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) vanno rilevati all'interno di **PsicheWeb**, non solo al fine di monitorare i percorsi di cura dei pazienti, ma anche di porre un'attenzione specifica al fenomeno delle contenzioni.

Il costante e corretto utilizzo del sistema informativo ha pertanto esiti che impattano su aspetti economici (valorizzazione delle prestazioni), epidemiologici (costruzione di una rappresentazione statistica dei soggetti trattati) e qualitativi (soprattutto relativi alla continuità della presa in carico tra servizi del medesimo DSMD e tra DSMD differenti).

Come in altri ambiti, anche per l'area della Salute Mentale, l'ACSS propone di impostare l'attività di controllo in ottica di **graduazione del rischio**, come descritto in Introduzione, e **chiede alle ATS di esplicitare metodologia e risultati dell'analisi di rischio (indicatori e valori soglia), nonché i criteri definiti per pianificare i controlli nel 2020.**

Fase 1 - Psichiatria: Identificazione delle strutture a rischio

La Tabella seguente riporta, **a titolo di esempio, una proposta (non vincolante) di indicatori per la stima del rischio**, che le ATS potranno utilizzare in aggiunta ad eventuali altri indicatori già in uso localmente.

Indicatori per la Graduazione del rischio per l'area Psichiatria

DIMENSIONE	DESCRIZIONE	INDICATORI (da calcolare per singolo DSMD)	TARGET *	PERIODICITÀ CALCOLO
Dimensione organizzativa	Il disequilibrio tra attività territoriale e attività di ricovero può generare un depotenziamento progressivo delle attività territoriali, anche in ambito di prevenzione.	1) Equilibrio attività ambulatoriale/degenza anno 2019²⁰	> 1.54 ²¹ (media regionale 2017)	Annuale
Dimensione sicurezza del paziente	Una scarsa qualità o completezza dei dati riportati nei flussi informativi non consente una adeguata lettura dei dati di attività, che favorisca il miglioramento della qualità delle cure erogate e – quindi – della sicurezza dei pazienti.	2) Congruenza della registrazione (attività di ricovero)	>95%	Annuale
		3) Completezza informativa (diagnosi)	> 95%	Annuale
		4) Completezza informativa (dati socio-demografici)	> 80%	Annuale
Dimensione efficacia delle cure	La mancata corrispondenza tra il percorso di cura adeguato al paziente e l'attività effettivamente erogata può compromettere l'efficacia delle cure.	5) Congruenza dei percorsi	> 95%	Annuale

La descrizione e il metodo di calcolo degli indicatori proposti sono riportati nella Tabella che segue.

²⁰ **Bibliografia:** Crick Lund & Alan J. Flisher (2003). *Community/Hospital Indicators in South African Public Sector Mental Health Services* The Journal of Mental Health Policy and Economics 6, 181-187; OMS (2009) *Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS crossnational analysis*. WHO Geneva
²¹ **Dati 2017:** (interventi erogati in CPS, AMB, CD, Residenzialità Leggera) = 2.629.657 €; (giornate residenzialità, ricoveri SPDC) = 1.710.390 €. Elaborazione DGW

*dati da aggiornare verificando con DGW – Regione Lombardia

Indicatore	Descrizione dell'indicatore	Struttura dell'indicatore	Soglia
1) Equilibrio attività ambulatoriale / degenza (anno 2019)	Rapporto tra attività territoriale e di ricovero. Indica il numero di interventi territoriali per ogni giornata di degenza. Va calcolato a livello di ASST e posto in relazione alla media regionale (con particolare attenzione alle strutture che presentano un valore inferiore). Si precisa che: 1) si applica a tutti i residenti nella singola ASST; 2) le strutture residenziali e gli SPDC da considerare sono tutte le strutture lombarde in cui siano stati ricoverati pazienti della ASST.	Interventi territoriali erogati nei CPS e Amb. nel 2019 + presenze semiresidenziali in Centri Diurni nel 2019 ----- gg. degenza in strutture residenziali psichiatriche nel 2019 + gg. degenza in SPDC nel 2019	Valori <1 indicano una preminenza dell'attività di degenza su quella territoriale
2) Congruenza registrazione (attività di ricovero)	% interventi informatizzati di cui esiste registrazione in cartella clinica/infermieristica. Indica la congruenza tra registrazione dei ricoveri in SPDC nel flusso SDO e inserimento della medesima informazione in PsicheWeb. La coerenza tra i due flussi è un presupposto fondamentale per il monitoraggio delle contenzioni.	N° ricoveri in SPDC registrati in PsicheWeb nel 2019 ----- [%] N° ricoveri in SPDC registrati nel flusso SDO nel 2019	è attesa una percentuale >95%
3) Completezza informativa (diagnosi)	Rileva se è presente un inquadramento diagnostico completo, rilevato sulle schede anagrafiche presenti in PsicheWeb (almeno per i record inseriti nel sistema informativo da 30 o più giorni rispetto alla data di controllo)	N° anagrafiche PsicheWeb con diagnosi alla 3° cifra codice ICD10 ----- [%] N° totale pazienti in trattamento nel 2019 inseriti in PsicheWeb	è attesa una percentuale >95% di pazienti con diagnosi ICD-10 a tre cifre
4) Completezza informativa (dati sociodemografici)	% pazienti in trattamento nell'anno con presenza delle informazioni sociodemografiche su stato civile, occupazione, titolo di studio, collocazione socio-ambientale. Rileva la completezza delle informazioni sociodemografiche riportate sulle schede anagrafiche di PsicheWeb dei pazienti in contatto nell'anno (almeno per i record inseriti nel sistema informativo da 30 o più giorni rispetto alla data di controllo).	N° anagrafiche PsicheWeb con le 4 informazioni sociodemografiche presenti ----- [%] N° totale pazienti in trattamento nel 2019 inseriti in PsicheWeb	>80% di schede anagrafiche con tutte e quattro le informazioni sociodemografiche presenti
5) Congruenza dei percorsi	% pazienti in trattamento residenziale o semiresidenziale nell'anno con percorso di cura "presa in carico". Congruenza del percorso di cura previsto con l'attività effettivamente erogata. I pazienti in trattamento residenziale e semiresidenziale devono avere un percorso di cura di "presa in carico", mentre non sono corretti percorsi di "consulenza" o "assunzione in cura".	N° pazienti in trattamento residenziale o semiresidenziale nell'anno con percorso di cura "presa in carico" ----- [%] N° pazienti in trattamento residenziale o semiresidenziale nel 2019	è attesa una percentuale del >95% di pazienti con percorsi di cura coerenti secondo quanto definito.

Psichiatria - Ulteriori indicatori (opzionali) per la graduazione del rischio

DIMENSIONE	DESCRIZIONE	INDICATORI (da calcolare per singolo DSMD)	TARGET	CALCOLO
Dimensione 'economico- finanziaria'	Il disequilibrio tra attività territoriale e attività di ricovero può generare un incremento di accessi in PS e/o ricoveri ripetuti.	Spesa 2017 per attività di ricovero in SPDC/ Spesa 2019 per attività ricovero in SPDC	≤1	Annuale
		% ricoveri ripetuti in SPDC nel 2019 a 8 e 30 gg	7% (media interregionale al 26/10/2019)	Annuale
Dimensione 'equità'	Il disequilibrio tra attività territoriale e attività di ricovero può generare l'impossibilità per gli utenti di accedere ai trattamenti necessari in tempi adeguati.	% utenti residenti in ASST con diagnosi di schizofrenia, disturbi affettivi, disturbi di personalità dimessi da SPDC che hanno un contatto con il CPS entro 14gg dalla dimissione (2019) ²²	> 95%	Annuale
Dimensione 'sicurezza del paziente'	La scarsa qualità o l'incompletezza dei dati riportati nei flussi informativi non consente un'adeguata lettura dei dati di attività, che consenta il miglioramento della qualità delle cure erogate e – quindi – della sicurezza dei pazienti.	% di contenzioni effettuate nel 2019, inserite nella cartella clinica ed infermieristica che sono presenti anche nel flusso di Psicheweb	> 95%	Annuale

²² Diagnosi ICD 10F2, 3, 6; Rilevazione effettuata da PsicheWeb. Solo soggetti con almeno un contatto erogato da Medici, Psicologi, Infermieri, Educatori, Ter Riab Psic. con una qualunque struttura di Psichiatria (residenziale, semiresidenziale, CPS e ambulatoriale) pubblica o privata accreditata a contratto, entro 14 gg, dalla dimissione da SPDC.

Escluso il tipo di contatto: attività indiretta (RIUNIONI [11,12,13]);

Escluse le dimissioni con le seguenti diagnosi ICD-10:

- F00-F09 DISTURBI ORGANICI
- F10-F19 DISTURBI DOVUTI ALL'USO DI STANZE PSICOATTIVE
- F70-F79 RITARDO MENTALE
- F80-F89 DISTURBI DA ALTERATO SVILUPPO PSICOLOGICO
- F90-F98 DISTURBI CON ESORDIO INFANZIA E ADOLESCENZA

Escluse le dimissioni per trasferimento ad altro SPDC

Esclusi i soggetti di età ≤ 17 anni

Fase 2 - Psichiatria: Programmazione dell'attività di controllo 2020

Si chiede alle ATS di esplicitare **le attività di controllo programmate nel 2020** per le strutture d'offerta psichiatrica, secondo il format tabellare proposto in Allegato 2 "Tabella di programmazione dei controlli" e di riportarlo nei Piani Locali²³.

12.3 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

12.3.1 ANALISI DI CONTESTO

Si invitano le ATS a rappresentare il contesto dell'offerta territoriale di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Si esemplifica nel seguito una Tabella di sintesi, eventualmente modificabile/integrabile.

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	N° COMPLESSIVO	PUBBLICI	PRIVATI ACCREDITATI	DI CUI A CONTRATTO	POSTI TOTALI	POSTI CONTRATTATI	POSTI SOLO ACCREDITATI
Poli Territoriali							
Poli Ospedalieri							
Reparti di degenza NPI							
Day Hospital							
MAC							
Strutture Semiresidenziali Terapeutiche							
Strutture Residenziali Terapeutiche							

12.3.2 RENDICONTAZIONE SINTETICA ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2019

Si chiede alle ATS di riportare nei Piani Locali una Tabella sintetica²⁴ di rendicontazione delle attività di controllo condotte nel 2019 nell'ambito della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA).

²³ La tabella sarà resa disponibile in formato elettronico nell'Area Operatori del sito di ACSS (www.acsslombardia.it).

²⁴ Tutti i format riportati in questo capitolo saranno resi disponibili in formato elettronico nell'Area Operatori del sito di ACSS (www.acsslombardia.it).

Obiettivo del controllo 2019	Attività di controllo prevista per il 2019 (N° e tipo di controllo)	Attività di controllo svolta nel 2019 (con dettaglio di N° e tipo di struttura)	Esito dei controlli (es. sanzioni, incontri, ecc)	Criticità rilevate
(...)	(...)			
(...)	(...)			

12.3.3 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2020

Il PCPQ-2020 intende focalizzarsi principalmente su due aspetti:

a) Multiprofessionalità

La presenza di tutte le professionalità previste secondo le indicazioni di accreditamento, soprattutto per quanto concerne i Poli Territoriali di NPIA (i.e. medico NPIA, psicologo, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità, assistente sociale, educatore professionale, personale infermieristico, personale amministrativo) rappresenta un requisito fondamentale per consentire l'erogazione di uno standard assistenziale adeguato, che possa sostenere il conseguimento degli esiti di salute attesi.

b) Presenza e completezza dei registri di monitoraggio delle strutture residenziali terapeutiche di NPIA

L'attività svolta dalle Strutture Residenziali Terapeutiche è un nodo sostanziale per il raccordo con gli altri nodi della rete NPIA e può condizionarne il buon funzionamento. I Registri di Monitoraggio dei percorsi dei pazienti sono uno strumento fondamentale per monitorare la qualità dell'attività svolta in queste strutture e per identificare eventuali comportamenti distorsivi (es. selezione della casistica in ingresso, inappropriato invio del paziente a strutture di ricovero, ecc.), che possono inficiare gli esiti dei percorsi e la qualità dell'offerta nei Poli Ospedalieri e Territoriali di NPIA.

Per consentire queste attività di controllo, i Registri di monitoraggio devono contenere informazioni relative a:

- domande di inserimento, con motivazione del perché non accolte;
- ammissioni;
- dimissioni, con relativa motivazione;
- ricoveri in SDPC, in NPIA o in pediatria.

Anche per l'area della Neuropsichiatria Infantile, l'ACSS propone di impostare l'attività di controllo in ottica di **graduazione del rischio**, come descritto in Introduzione, e **chiede alle ATS di esplicitare metodologia e risultati dell'analisi di rischio (indicatori e valori soglia), nonché i criteri definiti per pianificare le attività di controllo nel 2020.**

Fase 1 – NPIA: Identificazione delle strutture a rischio

La Tabella che segue riporta, **a titolo di esempio, una proposta non vincolante di indicatori per la stima del rischio**, che le ATS potranno utilizzare in aggiunta ad eventuali altri indicatori già in uso localmente.

NPIA: Indicatori per la Graduazione del rischio:

DIMENSIONE	DESCRIZIONE	INDICATORI	TARGET *	PERIODICITÀ CALCOLO
Dimensione 'organizzativa'	L'assenza di una o più professionalità previste secondo le indicazioni di accreditamento può generare un depotenziamento progressivo della qualità offerta dalle strutture NPIA.	1) Presenza figure professionali previste dalle indicazioni di accreditamento	100%	Annuale
Dimensione 'sicurezza del paziente'	La scarsa qualità o incompletezza dei dati relativi agli utenti non consente una adeguata lettura dei dati di attività, che possa consentire il miglioramento della qualità delle cure erogate e – quindi – della sicurezza dei pazienti.	2) Presenza e completezza dei Registri di Monitoraggio nelle strutture residenziali terapeutiche NPIA	100%	Annuale
		3) Presenza e completezza del Registro Contenzioni nei reparti NPIA	100%	Annuale
Dimensione 'efficacia delle cure'	La scarsa integrazione/trasversalità negli interventi tra NPIA, pediatria e psichiatria può compromettere l'efficacia delle cure, soprattutto per i pazienti adolescenti.	4) Presenza Protocolli per gestione condivisa delle acuzie psichiatriche nell'adolescente	100%	Annuale

La descrizione e il metodo di calcolo degli indicatori qui proposti sono riportati nella tabella di seguito.

Indicatore	Descrizione dell'indicatore	Struttura dell'indicatore	Soglia
1) Presenza figure professionali previste dalle indicazioni di accreditamento (anno 2019)	Rapporto tra il n° e il tipo delle professionalità presenti nel Polo Territoriale e il n° e tipo di professionalità che dovrebbero essere presenti secondo indicazione di accreditamento. L'indicatore va calcolato per ciascun Polo Territoriale di NPIA presente in ASST e posto in relazione alle indicazioni di accreditamento per i Poli Territoriali NPIA.	N° e tipo di professionalità presenti nel Polo Territoriale ----- [%] N° e tipo di professionalità previste da indicazioni di accreditamento	valori < al 100% indicano una carenza rispetto alle professionalità previste
2) Presenza e completezza dei Registri di Monitoraggio nelle Strutture Residenziali Terapeutiche NPIA	Rileva l'esistenza di Registri di Monitoraggio del percorso dei pazienti inseriti nelle Strutture Residenziali Terapeutiche di NPIA, e se essi includono informazioni complete (relativamente a pazienti accolti in struttura da 15 o più giorni rispetto alla data del controllo) relative a: domande di inserimento, con motivazione del perché non accolte; ammissioni; dimissioni, con relativa motivazione; ricoveri in SDPC, in NPIA o in pediatria	N° di campi completi nei Registri di monitoraggio ----- [%] N° campi attesi relativamente agli utenti per i quali è stato richiesto l'inserimento, per quelli in carico alla struttura e per quelli dimessi al momento del controllo	è attesa una percentuale del 100%
3) Presenza e completezza del Registro Contenzioni nei reparti NPIA	Rileva se nei reparti ospedalieri di NPIA sono presenti Registri delle Contenzioni e se questi siano redatti in modo completo	N° campi compilati correttamente nel Registro Contenzioni (anno 2019) ----- [%] N° totale di campi che avrebbero dovuto essere compilati nel Registro Contenzioni (anno 2019)	è attesa una percentuale del 100%
4) Presenza Protocolli per gestione condivisa delle acuzie psichiatriche nell'adolescente	Rileva l'esistenza di Protocolli per la gestione condivisa delle acuzie psichiatriche nell'adolescente nelle ASST/IRCCS in cui vi sia una UONPIA. Il protocollo dovrebbe essere condiviso tra Pronto Soccorso, Pediatria, Psichiatria, NPIA, Direzione delle professioni sanitarie (SITRA) e Direzione Sanitaria	Presenza di un Protocollo di gestione condivisa delle acuzie psichiatriche nell'adolescente in tutte le ASST/IRCCS	è atteso che in tutte le ASST/IRCCS in cui vi sia una UONPIA sia presente un Protocollo

Fase 2 - NPIA: Programmazione dell'attività di controllo 2020

Si chiede alle ATS di esplicitare le attività di controllo programmate nel 2020 nelle strutture che erogano servizi di NPIA, secondo il format tabellare proposto in Allegato 2 "Tabella di programmazione dei controlli" e di riportarlo nei Piani Locali²⁵.

²⁵ La tabella sarà resa disponibile in formato elettronico nell'Area Operatori del sito di ACSS (www.acsslombardia.it).

13 CURE PRIMARIE

13.1 PREMESSA

Essendo le Cure Primarie il canale d'accesso principale al sistema sociosanitario, una gestione efficace delle CP può generare impatti positivi su numerosi aspetti del sistema, tra i quali l'affollamento dei PS e le liste d'attesa. Si tratta di un settore complesso da governare, non solo a causa di aspetti storici/culturali (e.g. MMG equiparato ad un libero professionista, forti logiche sindacali), ma anche per la sostanziale assenza di flussi strutturati, ad eccezione di quanto concerne la rendicontazione economica legata ad incentivi e a servizi/prestazioni aggiuntive. A ciò si aggiunga la difformità di gestione dei rapporti tra le ATS e le ASST per quanto riguarda l'erogazione di alcuni servizi territoriali originariamente in capo ai distretti e le attività di controllo ad essi connesse.

Tenuto conto dei limiti citati, il PCPQ-2020 si focalizza sul controllo di alcuni servizi/prestazioni soggetti a compenso aggiuntivo previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale:

- Assistenza Domiciliare (Programmata, ADP; Integrata, ADI)
- Assistenza Ambul. del bambino con patologia cronica (APA; prevista solo per PLS);
- Prestazioni a Particolare Impegno Professionale (PIIP).

Rispetto ai servizi citati, l'interesse è di analizzare i soli costi legati alla prestazione dei MMG/PLS (non si fa qui riferimento alla spesa di voucher destinati a pattanti, etc.).

Oltre a un'analisi di contesto aggiornata sulle risorse di Cure Primarie del territorio, si richiede alle ATS la rendicontazione dell'attività di controllo svolta nel 2019 e la pianificazione delle attività di controllo 2020 secondo una logica di graduazione dei rischi.

13.2 ANALISI DI CONTESTO

Si riporta nel seguito, a titolo di esempio, una Tabella di sintesi eventualmente modificabile o integrabile.

	N° TOTALE	Titolari	Incaricati/Provvisori
N° MMG			
N° PLS			
N° MCA			
N° Postazioni CA			
...			
...			

13.3 RENDICONTAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2019

Si chiede alle ATS di riportare nei Piani Locali una **tabella sintetica**²⁶ di rendicontazione delle attività di controllo condotte nel 2019 nell'ambito delle Cure Primarie.

Obiettivo del controllo 2019	Attività di controllo prevista per il 2019 (n° e tipo di controlli)	Attività di controllo svolta nel 2019	Esito dei controlli (es. sanzioni, incontri, ecc)	Criticità rilevate
.....				
.....				

Per quanto riguarda in particolare le attività di Assistenza Domiciliare e le Prestazioni Aggiuntive erogate da MMG e PLS, si richiedono alcuni dati di dettaglio, che supporteranno l'impostazione di attività di controllo mirate a partire dal 2020.

Attività autorizzativa/retributiva:

MMG - dato 2019	ADP	ADI	PPIP
N° MMG che rendicontano la prestazione			
N° Autorizzazioni richieste			
N° Autorizzazioni rilasciate			
N° Autorizzazioni con riduzione del numero di accessi			
Principali motivi di rifiuto autorizzazione / di riduzione del numero di accessi			
Eventuali criticità riscontrate in fase di autorizzazione			
N° di prestazioni rendicontate dai MMG			
N° di prestazioni retribuite ai MMG			
Principali motivi di scostamento tra rendicontato/retribuito			

PLS -dato 2019	ADP	ADI	APA	PPIP
N° PLS che rendicontano la prestazione				
N° Autorizzazioni richieste				
N° Autorizzazioni rilasciate				
N° Autorizzazioni con riduzione del numero di accessi				
Principali motivi di rifiuto autorizzazione / di riduzione del numero di accessi				
Eventuali criticità riscontrate in fase di autorizzazione				
N° di prestazioni rendicontate dai PLS				
N° di prestazioni retribuite ai PLS				
Principali motivi di scostamento tra rendicontato/retribuito				

²⁶ Tutti i format riportati in questo capitolo saranno resi disponibili in formato elettronico nell'Area Operatori del sito di ACSS (www.acsslombardia.it).

Attività di verifica:

(MMG – dato 2019)	ADP	ADI	PPIP
N° verifiche effettuate, con dettaglio della tipologia di verifica (es. visita ispettiva in studio MMG, verifica informatica, verifica scheda accessi, telefonate ai pazienti, altro, etc.)			
Segnalazioni/lamentele ricevute dagli utenti (N° e motivo)			
Sanzioni applicate (N°, motivo ed esito della sanzione)			

(PLS – dato 2019)	ADP	ADI	APA	PPIP
N° verifiche effettuate, con dettaglio della tipologia di verifica (es. visita ispettiva in studio PLS, verifica informatica, verifica scheda accessi, telefonate ai pazienti, altro, etc.)				
Segnalazioni/Lamentele ricevute dagli utenti (N° e motivo)				
Sanzioni applicate: (N°, motivo ed esito della sanzione)				

13.4 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2020

Come in altri ambiti di controllo, anche per l'area delle Cure Primarie ACSS propone di impostare l'attività di controllo in ottica di **graduazione del rischio**, come descritto in Introduzione, e **chiede alle ATS di esplicitare metodologia e risultati dell'analisi di rischio (indicatori e valori soglia), nonché i criteri definiti per pianificare i controlli nel 2020.**

Fase 1 - Identificazione dei rischi

La Tabella seguente riporta, **a titolo di esempio, una proposta (non vincolante) di indicatori per la stima del rischio**, che le ATS potranno utilizzare in aggiunta ad eventuali altri indicatori già in uso localmente.

Secondo la logica citata, la Tabella suggerisce che gli MMG/PLS che non sono stati oggetto di visite ispettive nel 2019 o che, sulla base della attività svolta nel 2019, superino / non raggiungano il target previsto per gli indicatori proposti, sono da considerarsi 'a rischio' e pertanto meritevoli di controllo particolare nel 2020.

Indicatori per la Graduazione del rischio per l'area delle Cure Primarie:

DIMENSIONE	DESCRIZIONE	INDICATORI	TARGET	PERIODICITÀ CALCOLO
Dimensione organizzativa	La mancata verifica del rispetto dei requisiti di previsti per gli studi professionali di MMG e PLS neoinseriti e già titolari di convenzione può avere impatto negativo sulle performance e sul servizio offerto all'utente.	N° ispezioni in studi di medici neoinseriti (2019) / N° studi di medici neoinseriti (2019)	25%	Annuale
		N° ispezioni in studi di medici titolari di convenzione da +5 anni non già ispezionati nel 2019 / N° studi di medici titolari di convenzione da +5 anni	25%	Annuale
Dimensione 'equità'	L'offerta di servizi inappropriati ai pazienti in carico al MMG o PLS può compromettere la continuità del servizio e/o l'accesso alle cure per i pazienti in reale condizione di necessità.	prestazioni ADI rendicontate / autorizzate	100%	Annuale
		prestazioni ADP rendicontate / autorizzate		
		prestazioni APA rendicontate / autorizzate		
		N° verifiche effettuate coinvolgendo gli utenti ²⁷ / N° totale degli utenti ADI	10%	Annuale
		N° verifiche effettuate coinvolgendo gli utenti / N° totale degli utenti ADP		
		N° verifiche effettuate coinvolgendo gli utenti / N° totale degli utenti APA		
		N° verifiche effettuate coinvolgendo gli utenti / N° totale degli utenti PPIP	<2	Annuale
		N° totale di PPIP effettuate da ogni MMG / N° totale di utenti PPIP per ogni MMG		
		N° totale di PPIP effettuate da ogni PLS / N° totale di utenti PPIP per ogni PLS		
		N° di PPIP effettuate dal MMG in favore dello stesso paziente		
		N° di PPIP effettuate dal PLS in favore dello stesso paziente		

²⁷ Es. telefonate, lettere di rilevazione, ecc.

Fase 2. Programmazione dell'attività di controllo 2020

Si chiede alle ATS di esplicitare **le attività di controllo programmate nel 2020** secondo il format tabellare proposto in Allegato 2 *“Tabella di programmazione dei controlli”* e di riportarlo nei Piani Locali²⁸.

Si specifica che la pianificazione dovrà riguardare **tutta l'attività di controllo che pertiene all'ambito delle cure primarie**, come previsto dalle regole e dalle normative (es. ACN, AIR, ecc). Pertanto, oltre alla vigilanza dei requisiti di studio e al monitoraggio delle prestazioni aggiuntive, si richiede di riportare nel format anche l'attività di controllo che ATS intende svolgere su altri ambiti rilevanti per le Cure Primarie (ad esempio, sulla presa in carico dei cronici, l'appropriatezza prescrittiva, l'utilizzo della ricetta dematerializzata, ecc.).

²⁸ La tabella sarà resa disponibile in formato elettronico nell'Area Operatori del sito di ACSS (www.acsslombardia.it).

14 TEMPI D'ATTESA E ACCESSIBILITÀ IN AMBITO SANITARIO

14.1 PREMESSA

L'abbattimento dei tempi d'attesa (**TdA**) per l'accesso alle prestazioni è obiettivo prioritario del SSN e componente essenziale per il rispetto dei LEA. La gestione dei TdA in Lombardia è regolata dal PRGLA-Piano Regionale Governo Liste d'Attesa, approvato con DGR XI/1865 del 09/07/2019 in recepimento del PNGLA 2019-2021 (Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa). L'ambito dei TdA è stato oggetto nel 2017 di richieste di approfondimento da parte del 'Comitato Regionale dei Controlli' e del 'Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione' del Consiglio Regionale, che - d'intesa con la Commissione III del Consiglio Regionale - ha promosso una missione valutativa sui TdA e sulle misure regionali per contenerli (Missione valutativa n. 13/2017). Nonostante la centralità del tema per l'amministrazione regionale, si rileva che **il SSR presenta alcune criticità che rendono difficoltoso il rispetto dei TdA**, tra queste:

Sono presenti sul territorio regionale numerosi centri d'eccellenza e **centri attrattivi** anche per utenti fuori regione;

- La difficoltà, nonostante le attuali regole di sistema, di vincolare gli **utenti** e i **prescrittori** a comportamenti virtuosi (es. appropriata assegnazione delle classi di priorità, attesa alla prenotazione);
- La sostanziale impossibilità di aumentare, isorisorse, la capacità produttiva di alcune UUOO;
- La presenza di alcuni **problemi nel flusso informativo** (in particolare il flusso 28/san) che consentono l'invio di record incompleti, inesatti o errati da parte degli erogatori, con conseguenze non indifferenti sulla possibilità di lettura delle dinamiche legate ai TdA.

Si evidenzia la difficoltà riscontrata da ACSS nell'esercizio della sua funzione di controllo, a causa dell'impossibilità di accedere a tutti i flussi necessari. Ad oggi è stato **possibile implementare il processo di analisi solo sui dati che attingono ai flussi ex-post, gli unici a cui ACSS ha accesso** (flusso 28-San e flusso SDO). Ne consegue che tutte le raccomandazioni riferite ai flussi ex-ante (MTA) richiedono il coinvolgimento diretto delle ATS anche nella proposta e nell'elaborazione degli indicatori.

L'ACSS sta effettuando alcuni approfondimenti finalizzati a migliorare la lettura dei fenomeni connessi alla rilevazione dei TdA (per prestazioni ambulatoriali e di Ricovero Programmato), attraverso un Questionario predisposto col supporto di un Gruppo di Lavoro convocato presso l'Agenzia, e successivamente trasmesso alle ATS.

14.2 RENDICONTAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2019

Si chiede alle ATS di riportare nei Piani Locali una Tabella sintetica²⁹ di rendicontazione dell'attività di controllo svolta nel 2019 in materia di TdA.

Oggetto del controllo 2019 (attività ambulatoriale, ALPI, Ricovero Programmato, ecc)	Indicatore considerato o Obiettivo del controllo svolto	Strutture selezionate per il controllo	Tipologia di controlli effettuati	Esito dei controlli
(...)	(...)			
(...)	(...)			

14.3 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2020

La qualità dei controlli nell'ambito dei TdA è strettamente correlata all'affidabilità e completezza dei dati dei flussi informativi trasmessi dagli Erogatori. Il **PCPQ-2020** propone alcuni **indicatori finalizzati a valutare la qualità del dato inviato** dalle strutture, oltre al rispetto della normativa vigente. Infatti, il rischio insito nell'uso di dati non attendibili è quello di fornire una valutazione distorta dei fenomeni oggetto di indagine.

14.3.1 PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Per le ragioni sopra esposte, indipendentemente dalla scelta degli indicatori da utilizzare, è necessario che ogni ATS svolga un'analisi preliminare del tracciato dei flussi da cui si estraggono le informazioni impiegate nell'elaborazione di indicatori di controllo.

In merito **al flusso 28SAN** si segnala la necessità di:

1. verificare la corretta compilazione del campo **"Descrizione tipo prescrizione"**, poiché la distinzione tra accessi "ordinari" e "controlli" è dirimente rispetto all'inclusione di ciascuna prestazione nel campione su cui vengono valutate le performance delle Strutture rispetto ai tempi medi dei "primi accessi", coerentemente con quanto previsto dalla DGR 1775/2011 e ss.mm.ii.

Il campo "Descrizione tipo prescrizione", se compilato con la "Z" (ossia "controllo"), non accetta alcun valore diverso da P nel campo "Classe di Priorità". Questo vincolo potrebbe spingere le Strutture ad assegnare impropriamente alla prestazione la caratterizzazione di "primo accesso" per riuscire ad inserire nel flusso la classe di priorità indicata sulla prescrizione.

2. Il campo "data di prenotazione" / "data di erogazione" accetta il valore **"00/00/0000"** e non verifica che la "data di erogazione" o la "prima data prospettata" sia posteriore alla "data di prenotazione". Questo genera:

²⁹ Tutti i format riportati in questo capitolo saranno resi disponibili in formato elettronico nell'Area Operatori del sito di ACSS (www.acsslombardia.it).

- a. un tempo di attesa NON CALCOLABILE, qualora la data di prenotazione non sia esplicitata;
- b. un tempo di attesa NEGATIVO, qualora la data erogazione sia precedente alla data di prenotazione;

In entrambi i casi i record non possono essere utilizzati ai fini del controllo. Tale *bias* potrebbe essere evitato inserendo un controllo bloccante all'inserimento del flusso.

In merito al **flusso MTA** si segnala la necessità di rendere bloccante nel **tracciato D2** il campo "Codice prescrizione". L'omessa o parziale indicazione del numero dell'impegnativa, nei casi in cui la prenotazione non sia virtuale, rappresenta un punto di criticità in quanto ostacola la possibilità di verifiche incrociate con il flusso ex-post.

Anche per l'ambito dei TdA, ACSS propone di impostare l'attività di controllo in ottica di **graduazione del rischio**, come descritto in Introduzione, e **chiede alle ATS di esplicitare metodologia e risultati dell'analisi di rischio (indicatori e valori soglia), nonché i criteri definiti per pianificare i controlli nel 2020**.

Fase 1: Identificazione delle strutture a rischio

Alla luce delle considerazioni fatte, per supportare la pianificazione dei controlli sui TdA l'ACSS propone, **a titolo di esempio**, alcuni indicatori che le ATS potranno utilizzare per pianificare l'attività di controllo, in aggiunta ad eventuali altri indicatori già in uso localmente (v. Allegato 6 'Indicatori Tempi d'Attesa').

Gli indicatori proposti sono relativi a:

1. **qualità dei flussi** inviati come debito informativo dalle Strutture Erogatrici;
2. **controllo del rispetto della normativa** vigente in ambito di TdA, ivi compresi i controlli sui volumi di attività in Libera Professione.

Per ciascun indicatore è stata predisposta una **scheda di calcolo** (riportante la fonte dati e i criteri di inclusione della casistica) e una breve spiegazione del razionale.

Gli indicatori proposti sono coerenti con quanto previsto dalla DGR X/7766/2018 ai paragrafi 7.3) Area a pagamento; 7.4) Libera professione intramuraria; 8) Azioni di monitoraggio, e in particolare con la necessità di verificare la congruenza tra flussi ex-ante ed ex-post.

L'ACSS ha predisposto un Report con il valore di tali indicatori per ciascuna ATS e il dato regionale. Tale report sarà oggetto di trasmissione separata alle ATS.

Fase 2: Programmazione dell'attività di controllo 2020

Una volta terminata l'identificazione e il calcolo degli indicatori previsto dalla Fase 1, si richiede alle ATS di esplicitare **le attività di controllo programmate nel 2020** per ciascun ambito di valutazione (attività ambulatoriale, ALPI, Ricovero Programmato, etc.), secondo il format tabellare³⁰ proposto in Allegato 2 "Tabella di programmazione dei controlli".

³⁰ La tabella sarà resa disponibile in formato elettronico nell'Area Operatori del sito di ACSS (www.acsslombardia.it).

15 QUALITÀ PERCEPITA

15.1 PREMESSA

La valutazione della Customer Satisfaction (CS) è elemento di garanzia per gli utenti e strumento di miglioramento della qualità, almeno laddove sia in grado di innescare processi efficaci di cambiamento organizzativo. Sta assumendo inoltre, negli ultimi anni, un ruolo sostanziale come strumento di *patient engagement* per il coinvolgimento attivo del paziente nei processi di cura. L'innovazione in corso nel sistema sociosanitario vede, infatti, nel paziente un attore sempre più determinante per la prevenzione e il controllo della malattia, in particolare quando si tratta di patologie croniche.

La qualità percepita è attualmente valutata con due modalità:

1. **Questionari di CS:** n° predefinito, somministrati in Degenza (Ricoveri Ordinari e DH) e dopo Prestazioni Ambulatoriali (DGR VII/8504/2002, e successivi DDG 14890/2006, DDG 282/2009);
2. **Segnalazioni:** Reclami, Osservazioni o Encomi che pervengono agli erogatori e alle ATS da parte di cittadini, pazienti, familiari o *caregiver*.

La DGW, con Nota 18/05/2018 (Prot. G1.2018.0016248), ha avviato un flusso strutturato trimestrale per i dati di CS, trasmessi tramite SMAF (Sistema Modulare Acquisizione Flussi). Per le Segnalazioni, invece, non esiste a oggi un Flusso Informativo strutturato, ma solo un debito Informativo dagli erogatori verso le ATS e dalle ATS verso la DGW.

15.2 RISULTATI SINTETICI DEI DATI DI CUSTOMER SATISFACTION E DELLE SEGNALAZIONI

I risultati delle analisi effettuate da ACSS sui dati di CS (relativi all'annualità 2018) e sulle Segnalazioni pervenute nello stesso anno (dati regionali e per ciascuna ATS) sono oggetto di un Report predisposto dall'Agenzia, che sarà separatamente trasmesso alle ATS. In linea generale, dall'analisi di un totale di **423.056 Questionari validi** (125.448 in Degenza, e 297.608 in ambito Ambulatoriale) si rilevano livelli elevati di soddisfazione, sia per l'area ambulatoriale che per la degenza.

Le analisi sulle **segnalazioni** si riferiscono a un totale di **36.162 record (29.258 reclami e 6.904 encomi)** e indicano che la maggior parte dei reclami riguardano i Tempi d'Attesa, mancate prestazioni, inadeguatezze organizzative e la qualità tecnico-professionale.

Consapevoli della transizione in atto a seguito dell'adozione del **nuovo flusso informativo** per i dati di CS e del fatto che non esista ancora un flusso strutturato per le Segnalazioni, si evidenziano le principali criticità rilevate nelle modalità di monitoraggio della Qualità Percepita e si avanzano alcuni suggerimenti per un possibile aggiornamento del modello

di rilevazione, che saranno oggetto di approfondimento nell'ambito di un Gruppo di lavoro e condivisi anche con DGW.

Criticità e Suggerimenti

- **Sistema di campionamento e selezione dei rispondenti.** Il metodo 'quota sampling' forza le strutture a raggiungere un numero predefinito di questionari, basato sui volumi di attività dell'anno precedente, senza tener traccia della rappresentatività del campione e del numero di 'non rispondenti'. Sarebbe opportuno elaborare nuove modalità di campionamento 'predefinito';
- **Momento della rilevazione** è previsto alla fine della prestazione ambulatoriale o alla dimissione dal ricovero, quando il paziente si trova in una situazione di fragilità che potrebbe influenzare le risposte. La somministrazione del Questionario in un momento successivo potrebbe incrementare la validità delle risposte;
- **Modalità di somministrazione** (questionario cartaceo): il Questionario cartaceo comporta la necessità di un data-entry manuale, con conseguente incremento della probabilità di errore. L'utilizzo di strumenti informatici a inserimento diretto da parte dell'utente potrebbe limitare la percentuale di errori;
- **Contenuti del Questionario:** si tratta di contenuti non più aggiornati dall'anno 2002 (DGR VII/8504/2002) nonostante siano intervenuti cambiamenti sia rispetto alle strutture erogatrici sia rispetto ai bisogni/esigenze degli utenti. Oltre a una revisione dei quesiti, sarebbe utile sperimentare strumenti innovativi di rilevazione della *patient experience* (si veda Capitolo sui Controlli della Presa in Carico, al Paragrafo 11.4);
- **Mancanza di terzietà nella rilevazione:** ciò può indurre opportunismi (auto-valutazione da parte delle strutture erogatrici). La partecipazione di valutatori indipendenti alla rilevazione dati potrebbe limitare tali comportamenti;
- **Duplicazione delle segnalazioni:** a volte, gli utenti inviano tramite diversi canali le segnalazioni indirizzate alle strutture (e-mail, social, blog) e/o le trasmettono contemporaneamente a più Enti del SSL (Presidenza della Regione, DGW, ATS), tra i quali anche l'Agenzia di Controllo. Ciò può generare, oltre a risposte multiple/sovrapposte, anche una sovrastima delle segnalazioni pervenute. Sarebbe opportuno identificare un interlocutore univoco al quale tutti gli Enti destinatari debbano inviare segnalazioni impropriamente loro pervenute.

15.3 RENDICONTAZIONE SINTETICA ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2019 SULLA QUALITÀ PERCEPITA

Si chiede alle ATS di inserire nei Piani Locali una **rendicontazione sintetica delle attività di controllo effettuate nel 2019** a seguito delle Segnalazioni pervenute e delle rilevazioni di CS, utilizzando il seguente **format**:

OGGETTO DI CONTROLLO	STRUTTURE SELEZIONATE PER IL CONTROLLO	TIPOLOGIA DI CONTROLLI EFFETTUATI	ESITO DEI CONTROLLI
...	...	...	...
...	...	...	...
...	...	...	...

15.4 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2020 SULLA QUALITÀ PERCEPITA

Oltre alla valutazione del livello di soddisfazione rilevato, l'Agenzia propone che le ATS si focalizzino anche su ulteriori aspetti, in particolare:

- **Modalità di campionamento**

Un controllo strutturato sul campionamento permetterebbe alle ATS di comprendere l'effettiva rappresentatività del campione selezionato rispetto all'utenza della struttura.

- **Veridicità dei dati**

Controlli sulla veridicità del dato, per esempio attraverso l'analisi di congruenza tra il cartaceo e il contenuto dei flussi, consentirebbero alle ATS di valutare la corrispondenza tra quanto compilato dai pazienti e quanto riportato nel flusso.

- **Qualità dei dati**

La Nota DGSan Prot. H1 2007.0053415 del 21.12.2007 introduce una classificazione delle segnalazioni in 13 macro-categorie. Con successiva indicazione (25/07/2008) la DGSan specificava che, in caso di segnalazioni riguardanti categorie diverse, qualora non sia possibile attribuirle a un'unica macro-categoria, queste devono essere ripetute, ossia registrate come segnalazione in ciascuna delle macro-categorie cui si riferiscono.

Si rileva che i criteri di classificazione definiti dalla DG Sanità non sono sempre rispettati dalle strutture.

Come per altri ambiti del PCPQ-2020, anche per la rilevazione della Qualità Percepita l'ACSS propone di impostare l'attività di controllo in ottica di graduazione del rischio, come descritto in Introduzione, e chiede alle ATS di esplicitare metodologia e risultati dell'analisi di rischio (indicatori e valori soglia), nonché i criteri definiti per pianificare i controlli nel 2020.

Fase 1: Identificazione di comportamenti/situazioni a rischio

Si chiede alle ATS di esplicitare la metodologia e i risultati dell'analisi di rischio (indicatori e valori soglia). La Tabella seguente riporta, **a titolo di esempio, una proposta (non vincolante) di indicatori per la stima del rischio**, che le ATS potranno utilizzare in aggiunta ad eventuali altri indicatori già in uso localmente.

Oggetto del controllo	Indicatori	Soglia
Soddisfazione degli utenti	<i>N° questionari con risposte sulla 'soddisfazione complessiva' ≤ 5(*)</i>	>10%
	<i>N° totale di questionari</i>	
Qualità della rilevazione	<i><u>N° record completi</u></i>	> 70%
	<i>N° totale di record inviati</i>	
	<i><u>N° Reparti dai quali provengono i Questionari</u></i>	< 50%
	<i>N° totale Reparti presenti nella struttura</i>	

(*) 'soddisfazione complessiva' = item D12 in Degenza e D11 in Ambulatoriale.

FASE 2: Programmazione dell'attività di controllo 2020

Si chiede alle ATS di esplicitare nei Piani Locali **le attività di controllo programmate nel 2020** per sulla base delle situazioni a rischio individuate, secondo il format tabellare proposto in Allegato 2 "Tabella di programmazione dei controlli"³¹.

³¹ La tabella sarà resa disponibile in formato elettronico nell'Area Operatori del sito di ACSS (www.acsslombardia.it).

16 SPERIMENTAZIONE DI NUOVI AMBITI DI CONTROLLO

16.1 CONTROLLI SUI SERVIZI DI DIALISI

16.1.1 PREMessa

Le competenze in capo agli attori che partecipano al processo erogativo delle prestazioni dialitiche hanno subito negli anni delle variazioni a seguito dell'evoluzione normativa nazionale ed in particolare regionale.

La LR 33/2009 e s.m.i. ha infatti modificato l'assetto organizzativo che sottende le attività connesse all'erogazione delle prestazioni dialitiche, introducendo AREU fra gli attori nel processo e ridefinendo gli ambiti di competenza tra ATS e ASST.

A seguito dell'approvazione della LR 23/2015, il compito di garantire i trasporti sanitari è stato attribuito alle ASST, che hanno assorbito le funzioni dei distretti sociosanitari territoriali delle ex ASL. Alle **ATS**, ad oggi, rimangono le funzioni di **autorizzazione e vigilanza sui vettori e la vigilanza sulla coerenza tra diagnosi e tipologia di trasporto assegnato**.³²

Inoltre, dando attuazione a quanto già previsto nella LR 33/2009 e s.m.i., Regione Lombardia ha emesso una serie di disposizioni che conferiscono ad AREU "il coordinamento dei trasporti sanitari e sanitari semplici disciplinati dalla Regione"³³.

Tali cambiamenti hanno fatto sorgere la necessità di individuare, al fine di monitorare l'efficacia e l'efficienza del processo erogativo, **nuove modalità di controllo coerenti con il nuovo assetto**, regolate dalla DGR 4702/2015.

16.1.2 INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO

Coerentemente con le competenze loro attribuite dalle disposizioni vigenti, le ATS dovranno rappresentare nei piani la programmazione inerente ai controlli relativi a Centri Dialisi e trasporti. Poiché ad oggi non risulta strutturato un flusso centralizzato di informazioni, al fine di programmare le attività di controllo individuate dalla DGR 4702/2015, si renderà necessario che le ATS svolgano, inoltre, il ruolo di collettore dei dati dalle ASST del territorio di propria competenza.

I paragrafi seguenti, relativi alla rendicontazione e alla programmazione dei controlli, sono strutturati in due sezioni: la prima contiene indicatori per i controlli la cui titolarità è attribuita dalla norma alle ATS e la seconda contiene nuove proposte di ACSS per controlli da programmare in collaborazione con le ASST.

³² DGR 4702/2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016", Sub allegato 15, paragrafo 6 "procedura controlli" - Fase controlli ex ante; 2) aspetto sanitario.

³³ Cfr. DGR 5165/2016

Si intendono come indicatori, oltre a quelli che esprimono un rapporto, anche quelli che richiedono la rendicontazione quantitativa ad esempio di un'attività di monitoraggio.

L'elenco degli indicatori presente nelle tabelle può essere integrato, a discrezione di ciascuna ATS, in funzione delle risultanze dell'analisi sulla graduazione del rischio.

Per quanto non esplicitamente citato nel presente documento si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale vigente in materia e si richiamano i contenuti delle Regole 2019 e delle annualità precedenti.

16.1.3 ANALISI DI CONTESTO

Al fine di rappresentare le caratteristiche delle tematiche oggetto di controllo, si invitano le ATS a sviluppare l'analisi di contesto esterno riportando le informazioni richieste nel seguente schema.

CONTESTO ESTERNO al 31/12/2019	
Numero di pazienti dialitici residenti	
Numero di pazienti che effettuano dialisi fuori dal territorio dell'ASST di residenza	
Numero di centri dialisi (CDO)³⁴	
Numero di centri dialisi ad assistenza limitata (CAL)	
Numero di centri dialisi ad assistenza decentrata (CAD)	
Numero posti tecnici accreditati nei CDO*	
Numero posti tecnici accreditati nei CAL*	
Numero posti tecnici accreditati nei CAD*	
Peculiarità del territorio di riferimento	

Per le informazioni non direttamente disponibili alle ATS, che devono quindi essere raccolte in collaborazione con le ASST, si invitano le ATS ad attivarsi al fine di poter trasmettere ad ACSS e a DG Welfare, entro due mesi dall'approvazione del presente Piano, i dati relativi al numero di posti tecnici mediamente attivi, suddivisi tra CDO, CAL e CAD, nell'anno 2019, contrassegnati nella tabella di cui sopra con (*).

³⁴ Qualora un medesimo Centro operi con differenti livelli di assistenza, ad esempio come CDO e come CAL, si chiede di rendicontarlo una sola volta nella riga corrispondente al livello di assistenza prevalente in termine di volumi di attività, sia con riferimento all'indicatore relativo al numero di centri sia al numero di posti tecnici accreditati.

16.1.4 AREE DI CONTROLLO

Si invitano le ATS ad esplicitare, laddove possibile, i valori ottenuti dalle attività di controllo svolte nel corso del 2019 e, con riferimento a queste, a programmare gli obiettivi del 2020.

Si sottolinea che la definizione del valore degli obiettivi di programmazione, laddove non prevista dalla normativa di riferimento, è a discrezione di ciascuna ATS.

16.1.4.1 CENTRI DIALISI

La DGR 4702/2015, al sub allegato 15, esplicita i criteri clinici per l'individuazione del mezzo idoneo di trasporto da assegnare al paziente dialitico. Si richiede alle ATS di rendicontare e programmare l'attività di verifica in merito alla correlazione tra certificazioni rilasciate dai Centri Dialisi e tipo di trasporto assegnato ai pazienti.

INDICATORE	RENDICONTAZIONE 2019		PROGRAMMAZIONE 2020	
	v.a.	%	v.a.	%
N. di certificazioni controllate / N. totale di certificazioni (requisiti clinici per accedere al servizio di trasporto)				
N. di certificazioni inappropriate / N. totale di certificazioni controllate (requisiti clinici per accedere al servizio di trasporto)				
Eventuali altri indicatori				

Si ritiene opportuno sottolineare che la DGR 4702/2015 prevede che "i controlli devono essere eseguiti su un campione non inferiore al 30% dei pazienti per ogni Centro Dialisi". Le ATS, tuttavia, non dispongono delle informazioni necessarie per rendicontare e programmare tale attività di controllo, poiché il rilascio delle certificazioni è in capo alle ASST; si rende, pertanto, necessario il coinvolgimento di queste ultime.

Si propone alle ATS di programmare i seguenti controlli, da effettuare a campione, includendoli nel Piano per l'anno 2020 e di trasmettere ad ACSS gli esiti quando disponibili:

- coerenza tra le condizioni cliniche dei pazienti dializzati e il livello di assistenza del centro presso il quale vengono svolte le sedute dialitiche;
- coerenza tra il codice delle prestazioni e il livello del centro dialisi presso il quale tali prestazioni vengono erogate.

16.1.4.2 TRASPORTI

La DGR 4702/2015 attribuisce alle ATS le attività di autorizzazione al trasporto dei pazienti dializzati e di vigilanza sul mantenimento dei requisiti da parte dei vettori. I pazienti, in

ragione delle loro condizioni cliniche, possono aver diritto al trasporto sanitario semplice o al rimborso del costo del trasporto dal domicilio al Centro Dialisi più vicino secondo quanto previsto dal DPCM del 2017 in materia di LEA e dalla LR 33/2009 e s.m.i.

INDICATORE	RENDICONTAZIONE 2018		PROGRAMMAZIONE 2019	
	v.a.	%	v.a.	%
N. di autorizzazioni al trasporto rilasciate ai vettori				
N. di vettori controllati/ totale dei vettori				
N. sanzioni irrogate				
Eventuali altri indicatori				

Si propone, inoltre, alle ATS di programmare un controllo a campione, da effettuare con la collaborazione delle ASST, includendolo nel Piano per l'anno 2020, e di trasmettere gli esiti quando disponibili, relativamente a:

- coerenza tra la residenza riportata nelle certificazioni rilasciate dal Centro Dialisi e il domicilio presente in NAR. Il controllo è mirato ad una potenziale ottimizzazione delle spese di trasporto;
- rimborso chilometrico per i pazienti che non si recano presso il Centro Dialisi, più vicino al domicilio, con livello di assistenza appropriato.

16.2 MONITORAGGIO APPROPRIATEZZA DEI CODICI BIANCHI IN PS

A seguito di un approfondimento condotto da ACSS è stato riscontrato che nel 2017 circa il 5% degli accessi in Pronto Soccorso in Regione Lombardia è rappresentato da pazienti ai quali è stato attribuito codice di triage infermieristico "bianco"³⁵ ed ai quali al termine dell'episodio il medico ha assegnato un livello di appropriatezza "bianco", oppure abbiano abbandonato la struttura durante la visita. Per tali accessi, circa 180.000, Regione Lombardia ha finanziato il rimborso delle prestazioni alle strutture per oltre 7 mln/Euro.

Dall'analisi condotta è emerso che solo il 50% di tali accessi ha fruito della visita di pronto soccorso, mentre per circa 90.000 accessi sono state erogate prestazioni aggiuntive rispetto alla prima visita, assorbendo circa 3 dei 7 milioni sopra citati.

ACSS ritiene che le prestazioni aggiuntive possano essere meritevoli di approfondimento; a tal fine propone alle ATS di avviare una specifica e sperimentale attività di controllo volta a verificare la coerenza tra il codice di dimissione e le altre prestazioni erogate. Al fine di rendere significativa la sperimentazione proposta, si invitano le ATS ad effettuare le opportune verifiche mediante la selezione di un campione, non inferiore al 50% degli accessi in oggetto. Dal momento che si tratta di un controllo sperimentale, il campionamento dovrà avvenire in maniera casuale.

Coerentemente con quanto stabilito dalla DGR 3379/2012, ACSS propone, inoltre, di focalizzare i controlli sugli accessi che siano stati classificati con codice di triage "Bianco" e che siano esitati con codice di dimissione "Bianco", che non rientrino in una delle seguenti fattispecie:

1. "esitati con proposta di ricovero in ospedale;
2. che abbiano richiesto un periodo di osservazione di durata superiore a 6 ore, intesa come reale attività di assistenza sanitaria;
3. conseguenti a traumatismi acuti che hanno comportato:
 - una frattura o una lussazione;
 - distorsione con necessità di applicazione di apparecchio gessato;
 - ferite che abbiano richiesto sutura o applicazione di colla biologica;
4. conseguenti a ustioni di I grado di estensione superiore al 18% della superficie corporea o ad ustioni di maggiore gravità;
5. conseguenti a ingestione/inalazione/ritenzione di corpo estraneo che richieda estrazione strumentale;

³⁵Linee Guida del Ministero della Salute del 2001 "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria" definiscono con codice "bianco" in triage i casi non critici di pazienti non urgenti.

6. conseguenti a intossicazione acuta, limitatamente ai casi rientranti nelle ipotesi 1 o 2 del presente elenco;
7. che abbiano rilevato condizioni di rischio legate allo stato di gravidanza;
8. derivanti dall'invio in Pronto Soccorso da parte del Medico di Medicina Generale o di Continuità Assistenziale con una esplicita richiesta di ricovero ospedaliero e come tali sostitutive di un ricovero evitabile. "³⁶

Al fine di poter confrontare tra loro i risultati e sintetizzarli a livello regionale, si richiede, al termine dei controlli, di predisporre e di inviare ad ACSS entro il 31/10/2020 una breve relazione e contestualmente una rendicontazione quantitativa secondo il format in Allegato 2 che verrà messo a disposizione delle ATS sul sito di ACSS nell'apposita sezione³⁷.

Verranno trasmesse successivamente alle ATS, con apposita nota, le specifiche delle modalità di rendicontazione.

Gli esiti della sperimentazione saranno condivisi durante appositi incontri, cui parteciperanno i referenti ATS e DG Welfare, al fine di individuare eventuali aree di miglioramento.

³⁶ DGR 3379/2012

³⁷La tabella sarà resa disponibile in formato elettronico nell'Area Operatori del sito di ACSS (www.acsslombardia.it).

16.3 CONTROLLI IN MERITO ALL'EROGAZIONE DELLE FUNZIONI NON TARIFFATE

Nel sistema di finanziamento delle attività del SSR lombardo è prevista una significativa componente erogata attraverso l'istituto delle Funzioni non tariffate così come definite dall'art. 8-sexies del D.lgs 502/1992.

Per alcune funzioni, tra quelle individuate annualmente da DG Welfare con apposito atto regionale, DG Welfare stessa prevede che la distribuzione delle risorse sia subordinata al possesso di alcuni requisiti (organizzativi, strutturali, etc.) che le strutture devono possedere.

A titolo sperimentale ACSS, in accordo con DG Welfare, intende avviare un'attività di coinvolgimento delle ATS per la verifica dei requisiti indispensabili all'attribuzione del finanziamento tramite alcune delle funzioni non tariffate.

Pertanto, successivamente all'atto regionale che annualmente identifica l'impianto delle funzioni non tariffate e dei requisiti richiesti, le ATS saranno chiamate ad attivarsi per l'effettuazione dei controlli.

Le indicazioni rispetto alle modalità di verifica, alle tempistiche di attuazione dei controlli e alla rendicontazione degli esiti verranno comunicate con apposite note di ACSS alle Direzioni delle ATS.

16.4 RIABILITAZIONE INTENSIVA AD ALTA COMPLESSITÀ – IAC

Con DDGS 3065/2015 DG Welfare ha individuato le strutture beneficiarie della maggiorazione tariffaria per la riabilitazione intensiva ad alta complessità (IAC). In assenza di ulteriori atti regionali, le medesime strutture hanno continuato a percepire tale maggiorazione ai DRG anche per le annualità successive. Dal momento che la DGR 1520/2014 definiva, tra gli altri, quale prerequisito per l'accesso alla maggiorazione il minutaggio del personale *"uguale o superiore a quello mediano del 2012, che è stato pari a 262 minuti die di assistenza"* e che, ad oggi, non risultano presenti procedure di controllo finalizzate alla verifica del mantenimento del requisito, ACSS, in via sperimentale, richiede alle ATS di programmare ed esplicitare nei propri Piani di Controlli i controlli, su tutte le strutture coinvolte, per le annualità dal 2015 ad oggi. Nell'ottica di istituzionalizzare tali verifiche per le annualità future, le ATS dovranno inserire all'interno dei propri Piani di Controllo anche la programmazione dei controlli che effettueranno per l'annualità 2020.

Nei primi mesi del 2020, ACSS organizzerà un incontro con le ATS per illustrare le motivazioni e concordare le modalità di controllo.

Si richiede alle ATS di dare evidenza ad ACSS entro il 31/10/2020 dei minutaggi rilevati in seguito ai controlli per ciascuna struttura e per ciascuna annualità, dal 2015 ad oggi, secondo i format che verranno definiti a seguito degli incontri con le ATS.

16.5 CONTROLLI IN AMBITO VETERINARIO

ACSS, nel corso del 2020, avvierà, in collaborazione con DGW UO Veterinaria un'attività di monitoraggio dell'attuazione di quanto disposto con la DGR 1389 del 18/03/2019 con l'obiettivo di monitorare, le attività già in essere e valutarne l'efficacia. Il progetto prevede altresì di individuare in via sperimentale con la collaborazione di ATS Insubria alcuni indicatori, sulla base della misurazione dei quali, proporre azioni per il miglioramento dell'attività di controllo. L'obiettivo a medio-lungo termine dell'attività prevede che le progettualità innovative sviluppate, a conclusione della sperimentazione, possano essere estese all'intero territorio regionale.

In collaborazione con UO Veterinaria, ACSS provvederà, inoltre, a fornire ulteriori indicazioni, in merito ai controlli sul farmaco veterinario, sulla base dei quali le ATS dovranno predisporre il proprio Piano dei Controlli per l'annualità 2020.



ALLEGATI AL PIANO DEI CONTROLLI E DEI PROTOCOLLI QUADRO 2020

Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo

Sede Legale: Via Pola, 12 20124 Milano Tel. 02/8282.9800 - Fax 02/8282.9805

acss@pec.regione.lombardia.it

C.F. 97743230159

Sommario

1	ALLEGATO 1: Proposta di un modello di graduazione del rischio nelle attività di controllo - metodologia e applicazioni.....	2
2	ALLEGATO 2: Tabella di programmazione dei controlli.....	16
3	ALLEGATO 3: Analisi della variabilità del controllo	18
4	ALLEGATO 4: Controlli Area Materno Infantile	32
5	ALLEGATO 5: Controlli Specialistica Ambulatoriale	37
5.1	Allegato 5.1: Prestazioni Non Associabili	37
5.2	Allegato 5.2: Prestazioni BIC	39
6	ALLEGATO 6: Indicatori Tempi d'Attesa.....	43

1 ALLEGATO 1: Proposta di un modello di graduazione del rischio nelle attività di controllo - metodologia e applicazioni

LA GRADUAZIONE DEL RISCHIO: OBIETTIVO E DEFINIZIONI

L'Agenzia di Controllo promuove lo sviluppo di un sistema di valutazione e graduazione del rischio finalizzato a indirizzare le ATS nella pianificazione delle attività di controllo. Per **'graduazione del rischio'** si intende che tutto quanto è oggetto di controllo deve essere graduato in relazione all'impatto potenzialmente generato sul sistema sociosanitario e sugli utenti, a seguito di un 'non corretto' svolgimento delle attività, ovvero del verificarsi di inadempienze rispetto a quanto previsto da normative, regole regionali o nazionali, contratti.

Parallelamente all'evoluzione normativa nel sistema sanitario che ha caratterizzato gli ultimi decenni e all'intensificarsi del sistema di regole che le strutture sanitarie sono chiamate a rispettare, anche il **sistema dei controlli è stato fortemente regolamentato a livello nazionale e regionale**. Ciò ha contribuito a sviluppare una prassi di controllo ad elevata probabilità di 'burocratizzazione', ancorata a schemi rigidi e indirizzata al rispetto di procedure e adempimenti normativi anziché all'analisi dei rischi a valle di un approfondito lavoro di 'intelligence'. Un tale approccio implicherebbe un'accurata analisi dei dati disponibili, anche con orientamento multidimensionale, l'elaborazione di ambiti e profili di rischio e lo sviluppo di modelli predittivi sulla base di informazioni e dati storici.

La **cultura della 'graduazione del rischio'** si è storicamente consolidata in molteplici ambiti della sanità pubblica, allo scopo di definire priorità d'intervento e indirizzare le attività di controllo verso gli ambiti individuati 'a maggior rischio'. Ne sono esempi la valutazione del rischio in ambito lavorativo, l'ambito della prevenzione dei rischi ambientali, o della valutazione e gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti. Un ulteriore esempio riguarda i controlli in ambito amministrativo, per i quali l'orientamento di Regione Lombardia stabilisce che la regione promuove *'... la razionalizzazione dell'utilizzo di risorse finanziarie, umane e strumentali nello svolgimento delle funzioni di controllo, ottimizzando le procedure di verifica e accesso anche in considerazione dei fattori di rischio delle attività soggette a vigilanza e degli esiti di accertamenti già effettuati, con modalità dirette ad assicurare la tutela dell'interesse pubblico evitando duplicazioni e garantendo la proporzionalità dei controlli e dei connessi adempimenti amministrativi'* [L.R. n. 1/2012, art. 25, comma 2 b)].

Nel mondo della sanità, la fase del campionamento delle strutture da controllare è una fase fondamentale del processo di controllo, poiché ne indirizza l'attività e ne influenza gli esiti. Vengono già effettuati nelle ATS controlli mirati sulle strutture, ma è possibile potenziare e far crescere una cultura del controllo maggiormente orientata alla profilazione del rischio, sia in ambito sanitario che sociosanitario, mutuando esperienze consolidate in altri ambiti della sanità pubblica e individuando una metodologia appropriata e specifica.

Obiettivo strategico della graduazione del rischio è duplice:

1. Da un lato, essa consente di identificare fattori che mettano in luce possibili inadempienze o che evidenzino ambiti di attenzione al fine di **indirizzare** le attività di controllo delle ATS rispetto ad unità d'offerta, servizi e/o modalità di erogazione.
2. In secondo luogo, graduare il rischio di inadempienza di strutture e servizi consente di introdurre elementi di **flessibilità** nelle attività di verifica delle ATS, e quindi di razionalizzare la pianificazione dei controlli indirizzando la numerosità e frequenza delle verifiche. L'Agenzia di Controllo promuove l'introduzione di elementi di flessibilità nelle attività di controllo che possano portare, ad esempio, a intensificare vigilanza e frequenza dei controlli nelle strutture a rischio più elevato, rispetto a strutture più virtuose.

In un sistema di controllo ampiamente regolamentato a livello nazionale e regionale, esistono numerosi **margini di variabilità** sui quali è possibile intervenire a complemento della 'norma'. Ad esempio, pur se i volumi di controllo sui ricoveri ospedalieri sono rigidamente stabiliti da regole nazionali e regionali, esiste uno spazio di discrezionalità nella scelta del campione che è possibile indirizzare sulla base del rischio. Ciò potrebbe essere anche a supporto delle scelte fatte dagli erogatori nell'ambito dell'autocontrollo di congruenza.

Un approccio basato su un metodo comune di profilazione del rischio limiterebbe, tra l'altro, la soggettività nella selezione delle strutture da sottoporre a controllo, riducendo la **disomogeneità** tra equipe territoriali diverse nell'azione di controllo, disomogeneità che rappresenta un elemento di critica da parte degli erogatori.

Un simile approccio, infine, consentirebbe di massimizzare il rapporto benefici/costi delle attività di controllo svolte dalle ATS, concentrando le **risorse** addette ai controlli su situazioni di effettivo rischio e liberando risorse umane da dedicare ad altre attività o approfondimenti.

Ambito di applicazione della graduazione del rischio:

Il rischio può essere misurato a vari livelli e da prospettive diverse a seconda del contesto e degli obiettivi di controllo, ad esempio in relazione alle unità d'offerta o ad altri ambiti di applicazione:

- Azienda/Struttura sanitaria o sociosanitaria (es. ASST, RSA, ...)
- Unità d'offerta (es. Presidio Ospedaliero dell'Azienda, Ambulatorio, etc.)
- Unità Organizzativa specifica (es. UO Chirurgia, UO Medicina, ...)
- Livello di assistenza (es. Prevenzione, Cure Primarie, Assistenza Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Cure Domiciliari, etc.)
- Percorso di cura (cronicità, materno-infantile, rete oncologica, etc.)
- Area di cura (es. Area delle Dipendenze, Area della Salute Mentale, etc.).

La scelta dell'ambito di applicazione dell'analisi di rischio può essere effettuata anche in relazione all'occorrenza di circostanze o segnalazioni di particolare interesse o gravità, o a criticità emerse dagli esiti di attività di controllo svolte in passato, precedenti sanzioni, ecc. È opportuno ad esempio valorizzare i trend degli esiti dei controlli negli anni precedenti e l'andamento storico delle sanzioni.

Il presente documento intende definire una **metodologia comune di graduazione del rischio**, basata su un approccio omogeneo applicabile a qualunque tipologia di struttura o ambito di applicazione, e mostrarne la sua implementazione su alcuni ambiti di controllo individuati quali **settori pilota di applicazione** (i.e. tempi d'attesa, RSA, ecc.). In breve, la metodologia identifica le dimensioni sulle quali il rischio può avere impatto e propone, per ciascuna di esse, la definizione di indicatori che consentano di individuare strutture o servizi a maggiore rischio di inadempienza.

METODOLOGIA DI GRADUAZIONE DEL RISCHIO

La metodologia proposta per la graduazione del rischio è sintetizzata in **Figura 1**. Di seguito sono riportati alcuni dettagli per ogni fase prevista.

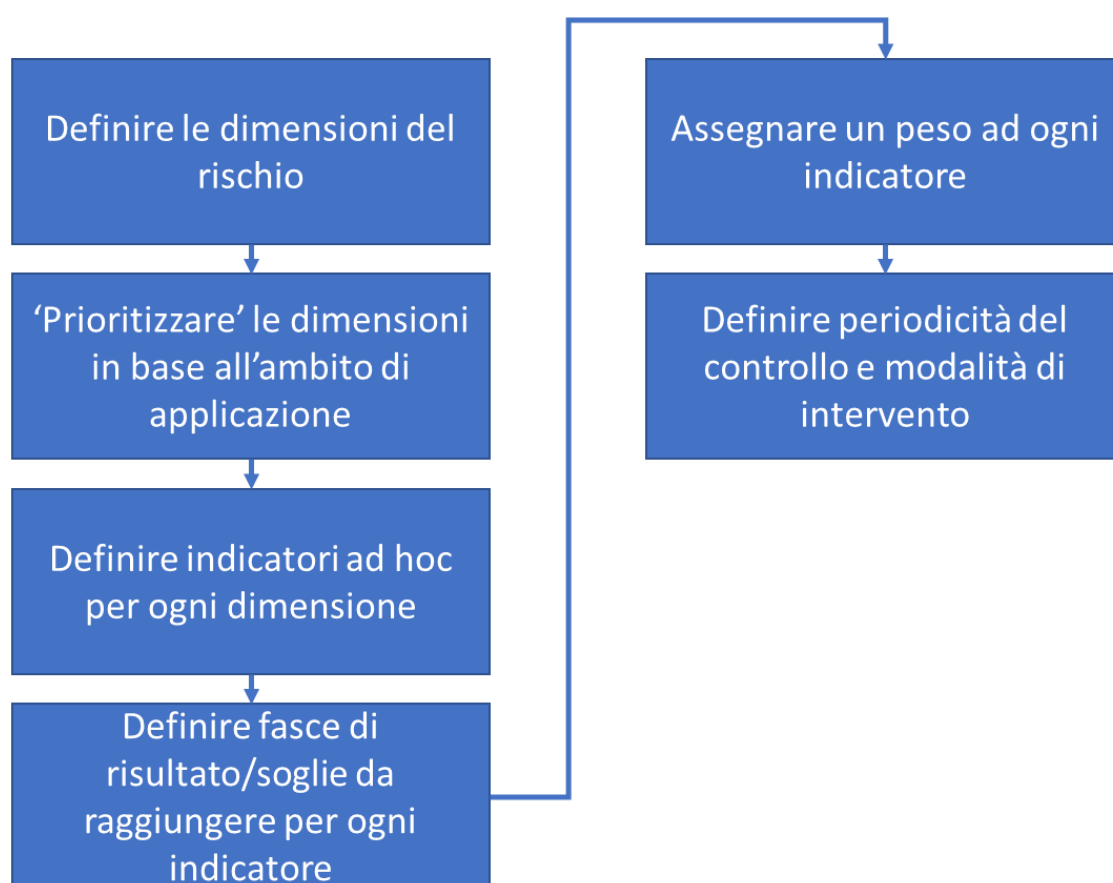


Figura 1 - Metodologia di graduazione del rischio

DEFINIRE LE DIMENSIONI DI IMPATTO DEL RISCHIO

Il primo step della metodologia consiste nella identificazione di **6 dimensioni di impatto del rischio** che possano essere comuni a tutti gli ambiti di applicazione, seppur con diversa rilevanza o priorità. Le dimensioni proposte sono sufficientemente 'generalì' da poter trovare ampia applicazione, sebbene vi siano ambiti nei quali alcune delle dimensioni citate

potrebbero essere irrilevanti in relazione al rischio di inadempienza. In altre parole, **non sempre il rischio avrà impatto su tutte le dimensioni** proposte, elencate e descritte in **Tabella 1**.

DIMENSIONE	DESCRIZIONE
Dimensione economica e finanziaria	Potenziale impatto dell'inadempienza in termini di spesa per il SSL Impatto sull'utente del servizio/unità d'offerta in termini di spesa out-of-pocket
Dimensione organizzativa	Potenziale impatto sul contesto ospedaliero o territoriale, sulla integrazione/continuità delle cure e/o sulla gestione organizzativa dei percorsi (es. reti)
Dimensione 'equità'	Potenziale impatto dell'inadempienza sull'utente in termini di equità nell'accesso alle cure, qualità delle cure, garanzia dei LEA
Dimensione sicurezza del paziente	Potenziale impatto sulla sicurezza del paziente (es. volumi minimi prestazioni, etc.)
Dimensione efficacia delle cure	Potenziale impatto sull'efficacia delle cure e su outcome di salute
Dimensione sociale ed etica	Potenziale impatto su adempimenti in merito a privacy, trasparenza Potenziale impatto sulla soddisfazione del paziente

Tabella 1 - Dimensioni del rischio

PRIORITIZZARE LE DIMENSIONI IN BASE ALL'AMBITO DI APPLICAZIONE

Per ciascun ambito di applicazione, è opportuno effettuare un ranking delle dimensioni in base **all'entità dell'impatto atteso** a seguito di un'inadempienza o di un non corretto svolgimento dell'attività (es. posizionamento alto, medio, basso). In questo modo sarà possibile dare maggior peso alle dimensioni che identificano l'impatto più critico per lo specifico ambito di controllo.

DEFINIRE INDICATORI AD HOC PER OGNI DIMENSIONE

L'impatto del rischio di inadempienza sulle diverse dimensioni deve essere misurato mediante l'utilizzo di indicatori. Nelle applicazioni della metodologia riportate in questo documento si propongono, a titolo di esempio, alcuni indicatori che potranno essere modificati o incrementati dalle ATS. Si suggerisce tuttavia di **privilegiare indicatori conosciuti** - per esempio quelli già previsti nel PNE (Programma Nazionale Esiti) o nelle attività di benchmarking promosse dal Network delle Regioni, dalla Griglia LEA, oppure da altri programmi Regionali di miglioramento quali il PIMO, etc. - e che tengano conto della

dimensione storica (i.e. del raffronto con l'esito di controlli eseguiti in passato). In casi specifici potrebbero essere utilizzati anche indicatori oggetto di **contratto** con l'ATS.

DEFINIRE FASCE DI RISULTATO O SOGLIE DA RAGGIUNGERE (TARGET) PER CIASCUN INDICATORE

Ad ogni indicatore deve essere assegnato un **valore soglia** o una fascia di risultato atteso, oltre il quale la struttura o il servizio analizzato viene giudicato "a rischio" di inadempienza.

ASSEGNARE PESI A CIASCUN INDICATORE

Ad ogni indicatore deve essere assegnato un peso variabile sulla base di **criteri** da identificare, per esempio: la presenza di norme, regole o vincoli stringenti, l'affidabilità delle fonti e dei flussi utilizzati, il potere informativo intrinseco dell'indicatore (es. indicatori descrittivi o di performance, etc.)

DEFINIRE LA PERIODICITÀ DEI CONTROLLI E LA TIPOLOGIA DI INTERVENTO

Per ciascun indicatore o dimensione vanno definite la periodicità di calcolo e le tipologie di intervento previste a seconda del risultato conseguito.

Seguono alcuni esempi di applicazione della metodologia descritta nel paragrafo precedente, in particolare all'ambito di controllo sui **tempi d'attesa (Fig. 2)** e al controllo sulle **RSA (Fig. 3)**.

APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA DI GRADUAZIONE DEL RISCHIO AI TEMPI D'ATTESA

Il problema dei tempi d'attesa rappresenta uno degli ambiti più critici nel mondo sanitario, in relazione al continuo aumento della domanda di prestazioni e all'incremento dell'offerta di servizi e di tecnologia. Il volume delle sole prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in Lombardia nel 2017 è pari a circa 160 milioni, con un incremento di circa 1 milione e 400.000 prestazioni rispetto al 2016, incremento che riguarda in particolare la 'classe di priorità' 'B' (+124%) e la classe 'D' (+43%).

Le classi di priorità specificate dal prescrittore hanno tempi da garantire variabili: 'U' entro 72 ore, 'B' entro 10 giorni, 'D' entro 30 gg. per le visite/60 gg per le prestazioni strumentali, 'P' entro 180 giorni. Il mancato rispetto delle soglie previste sui tempi d'attesa può avere impatto non solo in termini di soddisfazione del paziente, equità, efficacia delle cure, ma anche sulle altre dimensioni.

Gli indicatori proposti a titolo di esempio nella Figura 2 consentono di identificare strutture e/o aree a rischio sui tempi d'attesa che, una volta identificate, potranno essere oggetto di azioni di miglioramento ad es. sull'appropriatezza prescrittiva, sul comportamento dell'utenza, sulle risorse umane o finanziarie del sistema, ecc. Alcuni degli indicatori riportati nell'esempio sono stati proposti dal Piano Nazionale Esiti, altri dal Network delle Regioni. **Ogni ATS** può decidere di inserire nel proprio modello di graduazione del rischio sui tempi d'attesa tutti gli indicatori proposti, solo alcuni, oppure definire nuove indicatori. Sarà inoltre l'ATS

stessa a verificare il ranking delle dimensioni, a decidere come assegnare i pesi agli indicatori, la periodicità di calcolo e le azioni da intraprendere in caso di identificazione di strutture o servizi ad alto rischio di inadempienza.

Figura 2- Graduatoria dei rischi applicata all'ambito di controllo sui Tempi d'Attesa (TdA)

DIMENSIONE	DESCRIZIONE	INDICATORI (ESEMPI)	TARGET	PESO	PERIODICITÀ CALCOLO
Dimensione economica e finanziaria	Il mancato rispetto delle soglie sui TdA genera: • <u>Impatto SSL</u>: possibile spostamento della domanda vs. libera professione con conseguente risparmio per il sistema, oppure spostamento vs. altre regioni • <u>Impatto utente</u>: possibile pressione per i pazienti ad effettuare la prestazione privatamente (spesa out-of-pocket) o fuori regione.	• Spesa annua per prestazioni con TdA oltre soglia/anno precedente. • Tasso di fughe extra-regione per prestazioni con TdA oltre soglia (% residenti ricoverati fuori regione/Totale ricoveri RL intra ed extra). • % volumi erogati in LP per prestazioni con TdA oltre soglia.			
Dimensione organizzativa	Il mancato rispetto delle soglie sui TdA potrebbe: • Determinare l'impossibilità di rispettare le tempistiche previste dai piani terapeutici o le tempistiche diagnosi – intervento / intervento – inizio riabilitazione; • Generare accessi potenzialmente impropri in PS per "tagliare le code" (codici verdi), con conseguenti problematiche organizzative per le strutture.	• TdA per chirurgia oncologica. • Adeguatezza del n° visite cardiologiche (o altra tipologia di visita "indice"). • % di accessi al PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore (Network Regioni). • Tempo intercorrente tra mammografia con esito positivo e primo approfondimento. • % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B (Network Regioni); • Idem per classe D. • % accessi in PS con diagnosi legate a prestazioni con TdA fuori soglia.			
Dimensione 'equità'	Il mancato rispetto delle soglie sui TdA potrebbe determinare l'impossibilità per gli utenti di accedere ai trattamenti necessari in tempi adeguati.	• % donne con follow-up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella (se TdA per visite di controllo è fuori soglia). (Network Regioni)			

DIMENSIONE	DESCRIZIONE	INDICATORI (ESEMPI)	TARGET	PESO	PERIODICITÀ CALCOLO
	Inoltre, potrebbero esservi criticità relative alla equità di accesso nel trattamento dei pazienti extra-regione rispetto agli intra-regione.	• % donne che effettuano prima visita per gravidanza tardiva (>12ma settimana gestazione) (se TdA per prime visite è fuori soglia). (Adattato da Network Regioni) • % donne che effettuano un n° di visite in gravidanza ≤ 4 (se TdA per visite ginecologiche è fuori soglia). (Adattato da Network Regioni) • % prestazioni rese a pazienti extra-regione per prestazioni con TdA oltre soglia.			
Dimensione sicurezza del paziente	Alcune strutture potrebbero presentare TdA per alcune prestazioni sensibilmente più bassi della media regionale a seguito di una domanda inferiore da parte degli utenti; per alcune tipologie di prestazioni, volumi bassi di erogazione possono pregiudicare la sicurezza del paziente che vi si sottopone.	• Volumi oncologia se TdA per chirurgia oncologica è ENTRO SOGLIA. • Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella se TdA per chirurgia oncologica è ENTRO SOGLIA. • Volumi interventi per tumore maligno alla prostata se TdA per chirurgia oncologica è ENTRO SOGLIA.			
Dimensione efficacia delle cure	Il mancato rispetto delle soglie sui TdA può comportare un peggioramento negli esiti di salute (es. troppo tempo intercorre tra diagnosi e intervento, tra intervento e riabilitazione, ecc).	• Riammissioni e/o mortalità a 30 giorni per IMA se TdA per visita cardiologica o esami strumentali connessi FUORI SOGLIA. • (altri indicatori di riammissioni / mortalità a 30 giorni per procedure legate a prestazioni con TdA fuori soglia).			

DIMENSIONE	DESCRIZIONE	INDICATORI (ESEMPI)	TARGET	PESO	PERIODICITÀ CALCOLO
Dimensione sociale ed etica	Il tempo di attesa ha impatto sulla percezione che l'utente ha di qualità delle cure e dell'organizzazione del sistema.	- n° prestazioni fuori soglia per TdA nella struttura o ATS / n° di reclami nella struttura o ATS. - n° prestazioni fuori soglia per TdA nella struttura o ATS / n° di encomi nella struttura o ATS.			

APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA DI GRADUAZIONE DEL RISCHIO ALLE ATTIVITÀ DELLE RSA

Con riguardo all'ambito sociosanitario, si è ritenuto di avviare la sperimentazione sulla graduazione del rischio nelle RSA. Le residenze sanitarie assistenziali (RSA), costituiscono l'unità d'offerta che assorbe oltre il 50% del Fondo Sanitario Regionale dedicato all'area sociosanitaria (poco meno di 870 milioni di euro nel 2017). Gli ospiti delle RSA rappresentano altresì una quota significativa di tutta l'utenza trattata in regime di lungo-assistenza in ambito sociosanitario (circa 85.000 persone nel 2017).

Si ritiene che lo sviluppo di modelli di graduazione del rischio in RSA possa produrre dei benefici per l'intero sistema di controllo dell'area sociosanitaria. Tenuto conto delle informazioni acquisite, dell'elaborazione dei flussi disponibili, considerando altresì gli esiti dell'attività di vigilanza e controllo degli ultimi anni, si è valutato di proporre l'applicazione di un modello di graduazione del rischio facendo riferimento allo standard assistenziale erogato dalle singole RSA. Lo **standard assistenziale delle RSA è stato definito con DGR 12618/2003**. Per l'utenza tipica collocata su posti letto solo abilitati è previsto uno standard minimo di personale su base settimanale di 750 minuti ospite. Per i posti letto accreditati lo standard minimo settimanale di assistenza è fissato invece in 901 minuti ospite. Per gli utenti collocati su posti letto in Nucleo Alzheimer è stato definito uno standard minimo settimanale di 1.220 minuti ospite.

Per il raggiungimento dello standard, sono indicate le **figure professionali obbligatorie**, senza però definire il livello minimo di presenza per ciascuna di esse, diversamente da quanto disciplinato per altre tipologie di unità d'offerta. Le figure professionali da garantire per l'assistenza in RSA sono: medico, infermiere, fisioterapista, animatore o operatore socio-educativo, educatore professionale, ASA, OTA ed OSS.

Nel corso degli anni sono stati adottati diversi provvedimenti che favorivano la collocazione di **utenza** non tipica all'interno delle RSA. In prima istanza è stata consentita la presenza di RSA di ex malati psichiatrici (Ex OP di fascia B), malati di AIDS e poi di disabili storici (ex DGR 5000/2007). Proprio a partire dall'anno 2007 sono state avviate procedure di maggiore 'sanitarizzazione' delle RSA, grazie alla possibilità di accogliere persone in Stato Vegetativo prima e malati di SLA poi, anche attraverso la definizione di aree/nuclei dedicati.

Va altresì evidenziato che soprattutto nel corso degli ultimi anni è cresciuta in maniera significativa l'**età di ingresso in RSA** (l'età media degli ospiti è > 85 anni) ed è diminuito in maniera significativa il tempo medio di permanenza. Si entra molto più tardi che in passato, si ritarda il più possibile il ricovero. Tenzialmente si ricorre alla RSA quando si registra una significativa compromissione dello stato di salute della persona, principalmente per quel che riguarda la mobilità e per ciò che riguarda le capacità cognitive.

Per tutte le motivazioni appena evidenziate, si ritiene importante un monitoraggio continuo del livello di assistenza erogata sia in termini quantitativi sia con riguardo al bisogno di specifiche figure professionali, coerentemente con i bisogni espressi dai diversi ospiti e tenuto conto di quanto previsto dai Piani di Assistenza Individualizzati. Riteniamo che **introdurre e sperimentare metodologie di graduazione del rischio, facendo riferimento alla standard**

assistenziale erogato in termini quantitativi e qualitativi, possa produrre significativi benefici per quel che riguarda l'appropriatezza delle prestazioni rese.

Tra gli **ulteriori obiettivi** della sperimentazione rientrano:

- Verificare che un'eventuale inadeguatezza non si traduca in un maggiore utilizzo dei servizi a maggiore intensità di cura (PS, ricoveri, Hospice, Riabilitazione, Cure Intermedie, ..);
- Verificare che le strutture abbiano un'adeguata dotazione organica, che non siano caratterizzate da un alto turnover del personale, da un eccessivo ricorso a ricorse professionali esterne;
- Verificare che a parità di costo per i cittadini e per il sistema non si abbiano significative differenze nella qualità dei servizi erogati;
- Verificare costantemente che l'assistenza non metta mai a rischio la salute degli utenti e che la cura avvenga sulla base dei bisogni dei singoli ospiti.

Al fine della sperimentazione del modello, si ritiene opportuno rendere fruibile un **sistema informativo** finalizzato a:

- Restituire tempestivamente gli esiti dei dati di "Scheda Struttura";
- Mettere a punto sistemi di acquisizione dati automatici (ad esempio recupero tempestivo del sistema di timbrature) finalizzato alla verifica dello standard assistenziale;
- Ottimizzare sistemi di misurazione dello standard nell'ambito dell'attività di vigilanza e costruire un sistema integrato con i controlli di appropriatezza;
- Verificare la relazione tra standard assistenziale e altre informazioni presenti nei flussi (Piaghe da decubito, Contenzioni, Nutrizione, Allettamento, ..);
- Incrociare i dati dei flussi RSA con quanto presente in altre banche dati (Accessi PS, Ricoveri Ospedalieri, Anagrafe Assistiti).

Figura 3- Quantificare il livello di rischio per le RSA dovuto all'erogazione di uno standard assistenziale inadeguato

DIMENSIONE	DESCRIZIONE	INDICATORI (ESEMPI)	TARGET	PESO	PERIODICITA' CALCOLO
Dimensione economica e finanziaria	L'erogazione di uno standard assistenziale inadeguato può determinare le seguenti ripercussioni: • <u>Impatto SSL</u>: incremento accessi PS / ospedalizzazioni frequenti; maggiore utilizzo servizi sociosanitari a più alta intensità di cura (INT /HOS/...); • <u>Impatto Utente</u>: richiesta trasferimento c/o altre UdO, con rette più alte o più distanti dai luoghi di residenza dei familiari;	• Frequenza accessi PS per Struttura in relazione allo standard assistenziale RSA; • Frequenza e durata ricoveri ospedalieri in relazione allo standard assistenziale RSA; • Duplicazione dei costi di rimborso per contemporanea erogazione di servizi diversi.			
Dimensione organizzativa	L'erogazione di uno standard assistenziale adeguato può essere compromessa da: • Carenza di personale nella dotazione organica della UdO; • Carenza di specifiche figure professionali; • Cattiva organizzazione delle turnistiche e dei piani di sostituzione del personale; • Alto livello di esternalizzazione dei servizi; • Alto turnover del personale	• Rapporto operatori, anche per singola figura professionale, e posti letto; • Turnover del personale; • Livello di esternalizzazione dei servizi assistenziali; • Composizione standard assistenziale tra le diverse figure professionali; • Analisi comparativa dati Scheda Struttura.			
Dimensione 'equità'	Erogazione di servizi di qualità differente a parità di livello di compartecipazione ai costi da parte degli utenti/famiglie, tenuto conto del livello di classificazione e tariffazione; Difficoltà ad accedere a quelle strutture con standard qualitativi migliori, con conseguente	• Relazione tra standard assistenziale e rette; • Qualità dell'assistenza (es. minutaggio, presenza diverse figure professionali, ...) in relazione a rette e tariffe; • Comparazione liste d'attesa tra diverse strutture.			

DIMENSIONE	DESCRIZIONE	INDICATORI (ESEMPI)	TARGET	PESO	PERIODICITA' CALCOLO
	limitazione della libertà di scelte dei cittadini, anche a causa di liste d'attesa lunghe				
Dimensione sicurezza del paziente	L'erogazione di uno standard assistenziale inadeguato può compromettere / aggravare le condizioni cliniche del paziente e lo stato di salute generale del paziente	• Presenza del consenso informato per l'utilizzo della contenzione; • Numero cadute in relazione al dato medio regionale; • Indice di mortalità per Struttura.			
Dimensione efficacia delle cure	L'erogazione di uno standard assistenziale inadeguato può rendere inefficacie l'assistenza	• Presenza di soggetti con piaghe da decubito per struttura; • Tempi medi di permanenza in classe SOSIA; • Numero contenzioni in relazione al dato medio regionale; • Presenza di persone allettate in relazione alla classe SOSIA; • Indice di mortalità per Struttura; • Permanenza media per utente; • Esiti verifiche appropriatezza ATS;			

DIMENSIONE	DESCRIZIONE	INDICATORI (ESEMPI)	TARGET	PESO	PERIODICITA' CALCOLO
Dimensione sociale ed etica	L'erogazione di uno standard assistenziale inadeguato compromette la fidelizzazione dell'utente e la fiducia della famiglia nell'offerta sociosanitaria	• Numero segnalazioni / lamentele / diffide superiore al dato medio regionale; • Numero richieste di trasferimento presso altre RSA; • Numero basso di domande d'accesso (Lista d'attesa bassa).			

2 ALLEGATO 2: Tabella di programmazione dei controlli

Da compilarsi per ciascuna sezione del Piano dei Controlli ATS.

La Tabella riporta una rappresentazione sintetica della programmazione 2019 delle attività di controllo, secondo un formato uniforme tra ATS. L'Agenzia fornirà una valutazione puntuale e motivata delle varie attività programmate, in relazione alla presenza di criteri espliciti di graduazione del rischio delle unità d'offerta da sottoporre a controllo e alla coerenza delle azioni previste dalle Regole e altre normative vigenti.

AZIONI PREVISTE						
DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO (CUT-OFF DI RISCHIO O TARGET)	TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/!?)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

LEGENDA:

Destinatario del controllo: tipologia di erogatore da sottoporre a controllo (ad esempio: ASST, Erogatore privato accreditato, RSA, UdO sociosanitaria, MMG singolo o in associazione, Farmacie, etc.)

Finalità del Controllo: dimensioni controllate (ad es. controllo economico, rispetto della normativa nazionale/regionale, appropriatezza organizzativa, appropriatezza del setting assistenziale, appropriatezza prescrittiva, appropriatezza clinica, sicurezza del paziente, equità, accessibilità, ecc.)

Obiettivo specifico di controllo: obiettivo specifico dell'attività di controllo programmata, ad esempio: rispetto dei requisiti per l'erogazione del servizio, verifica sulla gestione delle apparecchiature, verifica adeguatezza dei blocchi operatori, controllo di qualità e completezza nella compilazione dei flussi, presenza di segnalazioni/lamentele, etc.

(segue)

(continua)

Criteri di inclusione dei destinatari del controllo: criteri utilizzati per selezionare i destinatari del controllo (strutture/soggetti/cartelle/record da controllare), specificando il cut-off definito sulla base del ranking emerso dalla graduazione del rischio, ed eventualmente anche il target/traguardo di controllo stabilito dall'ATS in base alle risorse a disposizione. Ad esempio: prime 20 strutture del ranking di rischio, strutture che superano una soglia di riferimento (normativa nazionale, regionale, per indicazione di ACSS, media regionale, etc.), strutture con elevato numero di segnalazioni, continuità con la programmazione precedente, target definito da ATS, altri elementi di contesto, etc.

Tipologia di Controllo: strumento di verifica utilizzato, ad esempio incontro con erogatore, visita ispettiva programmata o straordinaria, sopralluogo con check-list, controllo statistico formale sui flussi, etc.

Indicatore di misurazione: quantifica il valore atteso dei controlli previsti nell'anno a seguito dell'applicazione dei criteri di graduazione del rischio prima esplicitati, tenendo conto delle risorse disponibili per i controlli in ATS (ad esempio: numero dei controlli previsti e/o % sul totale, % tipi campione, N. Strutture, N. Cartelle, N. FASAS, N. Record File-F, N. prescrizioni ambulatoriali, N. studi MMG, etc.)

Informazioni aggiuntive: ogni altro dettaglio rilevante, ad esempio rischi specifici meritevoli di particolare attenzione, etc.

3 ALLEGATO 3: Analisi della variabilità del controllo

ANALISI DELLA VARIABILITÀ DEL CONTROLLO

ACSS ha analizzato il controllo sulla produzione del quinquennio 2013-2017 esercitato dai Nuclei Operativi di Controllo (NOC) delle ATS¹.

Il numero di SDO controllate fa riferimento alla data di dimissione e non alla data di esecuzione del controllo; tale modalità mira a rappresentare i riflessi dei controlli sulla produzione negli anni, piuttosto che l'attività dei NOC. Si precisa che si è scelto di aggregare i dati, anche se riferiti a periodi pre-riforma con le ASL ancora in vigore, sulla base dell'articolazione delle ATS².

		2013	2014	2015	2016	2017
SDO prodotte	N	1.568.556	1.553.243	1.547.192	1.535.487	1.524.772
	Importo finanziato (€)	5.416.528.054	5.428.985.295	5.451.595.027	5.475.597.160	5.479.960.916
SDO controllate	N	217.060	224.119	212.777	208.738	201.110
	Valorizzazione originale (€)	857.034.356	899.676.109	860.248.652	861.832.404	839.047.693
	Valorizzazione abbattimento (€)	21.732.873	26.756.663	23.869.908	22.866.578	27.652.622
% SDO controllate / prodotte		13,8%	14,4%	13,8%	13,6%	13,2%
% Valorizzazione abbattimento / originale		2,5%	3,0%	2,8%	2,7%	3,3%

Tabella 2 – Sintesi della produzione e del controllo SDO: Anni 2013-2017

¹ Dati presenti nel datawarehouse di Regione Lombardia

² Si segnala l'eccezione dei presidi dell'Alto Lario confluiti dalla ex ASL Como (ora ATS Insubria) alla ATS della Montagna; nel presente lavoro la produzione è compresa nell'ATS Montagna e i controlli in ATS Insubria. Tale elemento è ritenuto ininfluenza rispetto ai risultati complessivi dell'analisi.

Si osserva la lieve flessione del numero di SDO prodotte e il sostanziale mantenimento del rapporto fra SDO controllate e prodotte che risulta superiore al 12,5 % richiesto a livello ministeriale.

L'analisi successiva è articolata secondo le seguenti dimensioni:

- Campionamento
- Risultati/Esiti
 - o Per tipologia di controllo
 - o Per DRG
 - o Per concordanza NIC-NOC
 - o Per strutture erogatrici.

CAMPIONAMENTO

Il campionamento delle SDO rappresenta la fase fondamentale del processo di controllo, poiché ne indirizza l'attività e ne influenza gli esiti. È anche l'elemento principale che determina la notevole variabilità tra territori della azione di controllo.

Le opzioni dei "**tipi campione**", attualmente selezionabili dalle ATS nel flusso NOC, consentono di individuare, per il controllo di congruenza, due raggruppamenti prevalenti. Il primo fa riferimento a "**Criteri regionali**", ovvero criteri di campionamento definiti da indicazioni regionali (Allegato 1 DGR 12692/2003 e c.d. "indicatori regionali" disponibili sul portale regionale); il secondo, denominato "**Controlli di interesse locale**", è utilizzato dalle ATS per indicare tutti i tipi di campionamento che le stesse effettuano per specifiche peculiarità locali. "**Estensioni**" e "**Controlli casuali**" completano, con proporzioni minoritarie le fattispecie di tipi campione rilevabili attraverso il flusso degli esiti NOC.

Nei c.d. "Criteri regionali" sono compresi i seguenti tipi campione:

1	Ricoveri ripetuti per acuti
2	Ricoveri con assegnazione di DRG complicato
3	Ricoveri con attribuzione di DRG anomalo (468, 476, 477)
4	Ricoveri ordinari per acuti, di durata inferiore a 4 giorni, con presenza in diagnosi principale di patologia neoplastica e assegnazione di DRG non chirurgico
5	Ricoveri in DH per motivi diagnostici, con esecuzione di nessuna o una sola procedura
6	Ricoveri ordinari in riabilitazione: presenza del soggetto durante tutto l'arco del ricovero
7	Ricoveri di riabilitazione: presenza del programma riabilitativo individuale
D	Controlli Dermatologia
Z	Percentuale di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni
Y	Percentuale di casi complicati
X	Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa
W	Percentuale di ricoveri ripetuti per la stessa MDC e nello stesso ospedale
V	Percentuale di ricoveri ripetuti all'interno dello stesso ospedale
U	Numero di accessi per record di Day Hospital
T	Percentuale di procedure effettuate in ambulatorio
S	Importo medio per reparto
R	Percentuale di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni

La seguente tabella mostra i dati del controllo di congruenza per "tipo campione", classificato secondo la modalità sopra indicata, nel periodo 2013-2017. Si evidenzia che il tipo campione "Controlli di interesse locale" è ampiamente utilizzato. A differenza dei tipi campione attribuiti ai "Criteri Regionali", il tipo campione "Controlli di interesse locale" è un raggruppamento generico che non consente analisi di dettaglio della selezione di SDO effettuata dalle ATS.

Tipo campione	2013		2014		2015		2016		2017	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Criteri Regionali	31.688	29,2%	40.230	34,8%	37.675	35,4%	38.853	37,7%	36.302	37,5%
Controlli di Interesse Locale	75.797	69,7%	74.368	64,2%	67.238	63,2%	62.477	60,6%	59.421	61,3%
Estensioni	521	0,5%	704	0,6%	360	0,3%	467	0,5%	955	1,0%
Controlli casuali	716	0,7%	466	0,4%	1.084	1,0%	1.247	1,2%	183	0,2%
Totale	108.772	100%	115.768	100%	106.357	100%	103.044	100%	96.861	100%

Tabella 3 – Controllo di congruenza per tipo campione: Anni 2013-2017

Nel grafico seguente è illustrata, per ogni ATS, la composizione percentuale dei campioni dei controlli di congruenza, relativamente alle SDO erogate nel 2017, che conferma l'ampio utilizzo del tipo campione "Controlli di interesse locale"

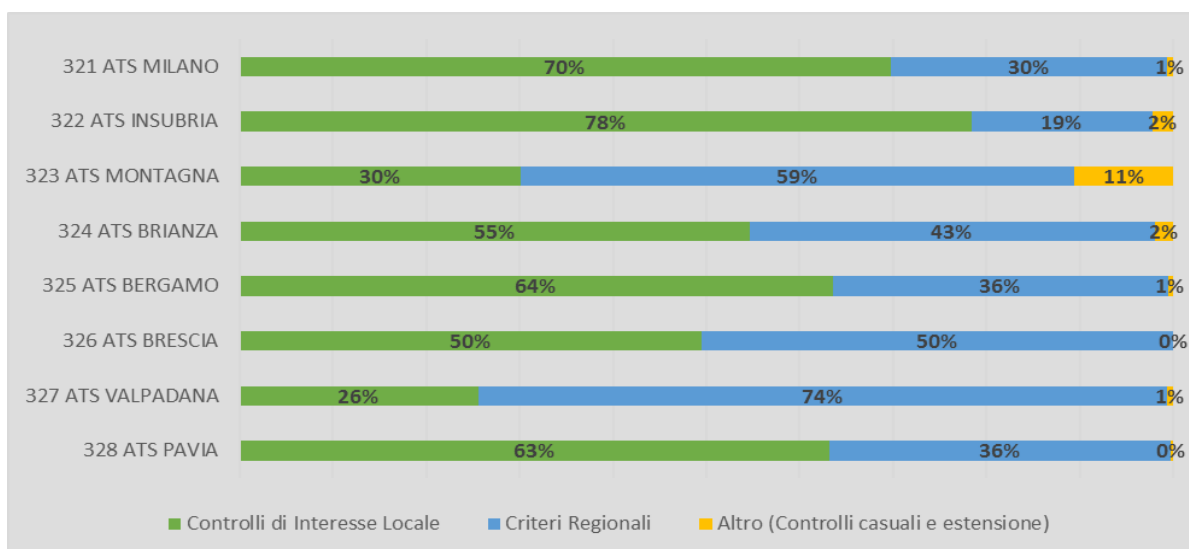


Grafico 1 – Controllo di congruenza: percentuale dei tipi campione, per ATS – Anno 2017

RISULTATI/ESITI

Per tipologia di controllo

Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi alle modifiche apportate alle SDO controllate e ai corrispondenti abbattimenti, suddivisi per tipologia di controllo, nell'ambito della produzione del quadriennio 2013-2017.

<i>Autocontrollo Qualità Documentale</i>	2013	2014	2015	2016	2017
SDO Controllate	44.913	46.235	45.350	44.884	44.208
SDO Modificate	1.239	1.627	1.400	1.067	1.406
% SDO Modificate/Controllate	2,8%	3,5%	3,1%	2,4%	3,2%
Valorizzazione originale (€)	142.409.459	149.254.907	146.743.388	141.056.692	136.605.768
Valorizzazione abbattimento (€)	2.287.038	2.317.267	2.190.054	1.979.211	2.632.743
% Valorizzazione abbattimento / originale	1,6%	1,6%	1,5%	1,4%	1,9%

Tabella 4 – Autocontrollo della qualità documentale, sintesi del controllo: Anni 2013-2017

<i>Autocontrollo Congruenza</i>	2013	2014	2015	2016	2017
SDO Controllate	63.425	62.116	61.070	60.809	60.041
SDO Modificate	5.940	7.671	6.715	7.560	8.558
% SDO Modificate/Controllate	9,4%	12,4%	11,0%	12,4%	14,3%
Valorizzazione originale (€)	248.742.494	238.159.609	229.500.581	229.027.808	239.931.678
Valorizzazione abbattimento (€)	3.868.700	4.706.025	4.524.630	4.010.993	4.463.944
% Valorizzazione abbattimento / originale	1,6%	2,0%	2,0%	1,8%	1,9%

Tabella 5 – Autocontrollo di congruenza, sintesi del controllo: Anni 2013-2017

<i>Controllo Congruenza</i>	2013	2014	2015	2016	2017
SDO Controllate	108.722	115.768	106.357	103.044	96.861
SDO Modificate	12.766	16.551	15.071	14.300	14.778
% SDO Modificate/Controllate	11,7%	14,3%	14,2%	13,9%	15,3%
Valorizzazione originale (€)	465.882.403	512.261.593	484.004.683	491.747.903	462.510.247
Valorizzazione abbattimento (€)	15.577.135	19.733.371	17.155.224	16.876.708	20.555.936
% Valorizzazione abbattimento / originale	3,3%	3,9%	3,5%	3,4%	4,4%

Tabella 6 – Controllo di congruenza, sintesi del controllo: Anni 2013-2017

Le percentuali di modifica delle SDO risultano più elevate nel controllo di congruenza e nell'autocontrollo di congruenza. Le percentuali di abbattimento delle SDO controllate sono sostanzialmente stabili negli anni in tutte le tipologie di controllo e sono più elevate nel controllo di congruenza.

Nelle tabelle seguenti, per l'anno 2017, i dati relativi alle modifiche e agli abbattimenti, suddivisi per tipologia di controllo, sono disaggregati per ATS.

<i>Autocontrollo Qualità Documentale</i>	MILANO	INSUBRIA	MONTAGNA	BRIANZA	BERGAMO	BRESCIA	VALPADANA	PAVIA
A - SDO Modificate	774	378	42	78	17	61	16	40
B - SDO Controllate	16533	5314	1432	4421	4593	5760	3213	2942
% A / B	4,7%	7,1%	2,9%	1,8%	0,4%	1,1%	0,5%	1,4%
C - Valorizzazione abbattimento (€)	1.281.248	631.227	87.959	206.287	26.996	203.365	60.931	134.729
D - Valorizzazione originale (€)	48.623.140	13.869.727	5.363.323	13.594.555	11.418.441	20.476.886	11.028.805	12.230.891
% C / D	2,6%	4,6%	1,6%	1,5%	0,2%	1,0%	0,6%	1,1%

Tabella 7 – Autocontrollo della qualità documentale, sintesi del controllo per ATS: Anno 2017

<i>Autocontrollo Congruenza</i>	MILANO	INSUBRIA	MONTAGNA	BRIANZA	BERGAMO	BRESCIA	VALPADANA	PAVIA
A - SDO Modificate	4.308	2.245	217	271	164	393	76	884
B - SDO Controllate	22.067	7.526	1896	5888	6391	7986	4278	4009
% A / B	19,5%	29,8%	11,4%	4,6%	2,6%	4,9%	1,8%	22,1%
C - Valorizzazione abbattimento (€)	2.153.704	783.853	58.755	171.895	96.905	362.990	37.936	797.905
D - Valorizzazione originale (€)	83.251.718	31.070.129	8.748.188	22.422.617	24.190.343	27.827.406	17.254.242	25.167.035
% C / D	2,6%	2,5%	0,7%	0,8%	0,4%	1,3%	0,2%	3,2%

Tabella 8 – Autocontrollo di congruenza, sintesi del controllo per ATS: Anno 2017

<i>Controllo Congruenza</i>	MILANO	INSUBRIA	MONTAGNA	BRIANZA	BERGAMO	BRESCIA	VALPADANA	PAVIA
A - SDO Modificate	7.912	2.649	460	652	939	1.301	219	646
B - SDO Controllate	38.655	10.900	3.584	8.373	9.682	13.992	5.788	5.887

Controllo Congruenza	MILANO	INSUBRIA	MONTAGNA	BRIANZA	BERGAMO	BRESCIA	VALPADANA	PAVIA
% A / B	20,5%	24,3%	12,8%	7,8%	9,7%	9,3%	3,8%	11,0%
C - Valorizzazione abbattimento (€)	9.984.941	3.794.242	282.080	755.945	907.744	3.251.776	463.422	1.115.786
D - Valorizzazione originale (€)	181.077.200	52.679.893	15.811.023	39.566.454	48.563.264	67.662.883	32.265.931	24.883.599
% C / D	5,5%	7,2%	1,8%	1,9%	1,9%	4,8%	1,4%	4,5%

Tabella 9 – Controllo di congruenza, sintesi del controllo per ATS: Anno 2017

Si rileva una marcata variabilità tra ATS nelle modifiche alle SDO e negli abbattimenti. La percentuale di SDO non confermate per l'autocontrollo qualità documentale è compresa tra 0,4% e 7,1%, mentre per l'autocontrollo di congruenza e il controllo di congruenza le tabelle mostrano, rispettivamente, valori compresi tra 1,8% e 29,8% e tra 3,8% e 24,3%.

Per DRG

Le due tabelle seguenti rappresentano la variabilità per DRG, sia dal punto di vista del campionamento sia dal punto di vista degli esiti del controllo, nel controllo di congruenza dei ricoveri dell'anno 2017.

DRG	REGIONE LOMBARDIA	MILANO	INSUBRIA	MONTAGNA	BRIANZA	BERGAMO	BRESCIA	VALPADANA	PAVIA
391	0,6%	0,2%	0,8%	1,4%	1,5%	0,6%	0,6%	0,1%	0,1%
373	1,6%	1,2%	3,2%	2,0%	0,9%	1,2%	0,5%	4,4%	2,4%
359	5,7%	5,0%	3,6%	1,1%	11,6%	3,2%	5,3%	10,5%	6,5%
544	1,8%	0,0%	1,6%	4,4%	2,3%	3,0%	2,7%	5,7%	2,2%
127	3,8%	1,5%	4,3%	5,0%	4,0%	6,2%	7,0%	4,6%	2,1%
256	6,0%	6,7%	6,4%	22,5%	4,3%	3,0%	2,3%	4,1%	8,9%
162	3,8%	6,9%	1,0%	4,9%	0,9%	2,1%	1,4%	6,0%	0,6%
467	8,3%	12,7%	7,2%	6,5%	9,6%	3,6%	3,1%	3,3%	6,1%
12	6,6%	5,3%	5,6%	17,8%	5,5%	3,7%	15,3%	3,6%	4,6%
381	1,2%	1,1%	0,5%	8,1%	1,1%	1,4%	1,4%	0,7%	0,9%

Tabella 10 – Controllo di congruenza: percentuale di campionamento per DRG (primi 10 DRG per volume di produzione in Regione Lombardia), per ATS – Anno 2017

La prima tabella rappresenta la percentuale di cartelle cliniche campionate rispetto alle prodotte, per DRG. L'elaborazione prende in considerazione i primi 10 DRG per volume

di SDO prodotte in Regione Lombardia nell'anno 2017. I dati evidenziano un'elevata variabilità tra DRG e tra ATS in relazione ai medesimi DRG.

DRG	REGIONE LOMBARDIA	MILANO	INSUBRIA	MONTAGNA	BRIANZA	BERGAMO	BRESCIA	VALPADANA	PAVIA
371	5,7%	5,3%	18,2%	0,0%	15,4%	4,9%	10,0%	0,0%	0,0%
576	15,1%	21,1%	16,6%	11,1%	2,7%	9,6%	0,3%	3,1%	11,9%
359	15,9%	32,6%	17,2%	0,0%	3,0%	2,5%	8,3%	3,3%	2,7%
266	16,3%	19,3%	16,6%	12,7%	9,6%	6,8%	22,7%	7,4%	16,1%
467	24,1%	27,8%	24,3%	7,5%	15,9%	17,5%	26,4%	12,0%	9,7%
256	3,5%	3,8%	6,9%	0,4%	1,7%	3,9%	1,2%	0,0%	6,9%
089	7,6%	8,6%	13,2%	15,7%	4,1%	5,9%	2,4%	4,3%	1,0%
012	5,2%	6,5%	13,1%	1,6%	2,6%	4,6%	2,8%	3,6%	10,0%
408	11,3%	8,4%	17,8%	0,0%	18,2%	11,3%	22,1%	4,7%	15,1%
260	5,9%	5,6%	12,5%	50,0%	3,2%	11,6%	20,4%	0,0%	3,6%

Tabella 11 – Controllo di congruenza: percentuale di modifica per DRG (primi 10 DRG per volume di controllo in Regione Lombardia), per ATS – Anno 2017

La seconda tabella rappresenta la percentuale di cartelle cliniche modificate rispetto alle controllate, per DRG. L'elaborazione prende in considerazione i primi 10 DRG per volume di SDO controllate in Regione Lombardia nell'anno 2017. Anche in questo caso i dati evidenziano un'elevata variabilità tra DRG e tra ATS in relazione ai medesimi DRG.

Nel grafico seguente la variabilità tra ATS, sia sul campionamento sia sugli esiti del controllo, è illustrata per uno specifico DRG, il 359 "Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC", scelto a titolo esemplificativo poiché presente sia tra i DRG più numerosi per produzione sia tra i DRG più numerosi per controllo.

Le differenze nelle percentuali di modifica per questo DRG risultano particolarmente elevate; poiché a tale DRG afferiscono prestazioni che possono essere in molti casi erogate con maggior appropriatezza in regime ambulatoriale, tali differenze possono verosimilmente essere ricondotte anche ai comportamenti non uniformi delle équipe di verifica.

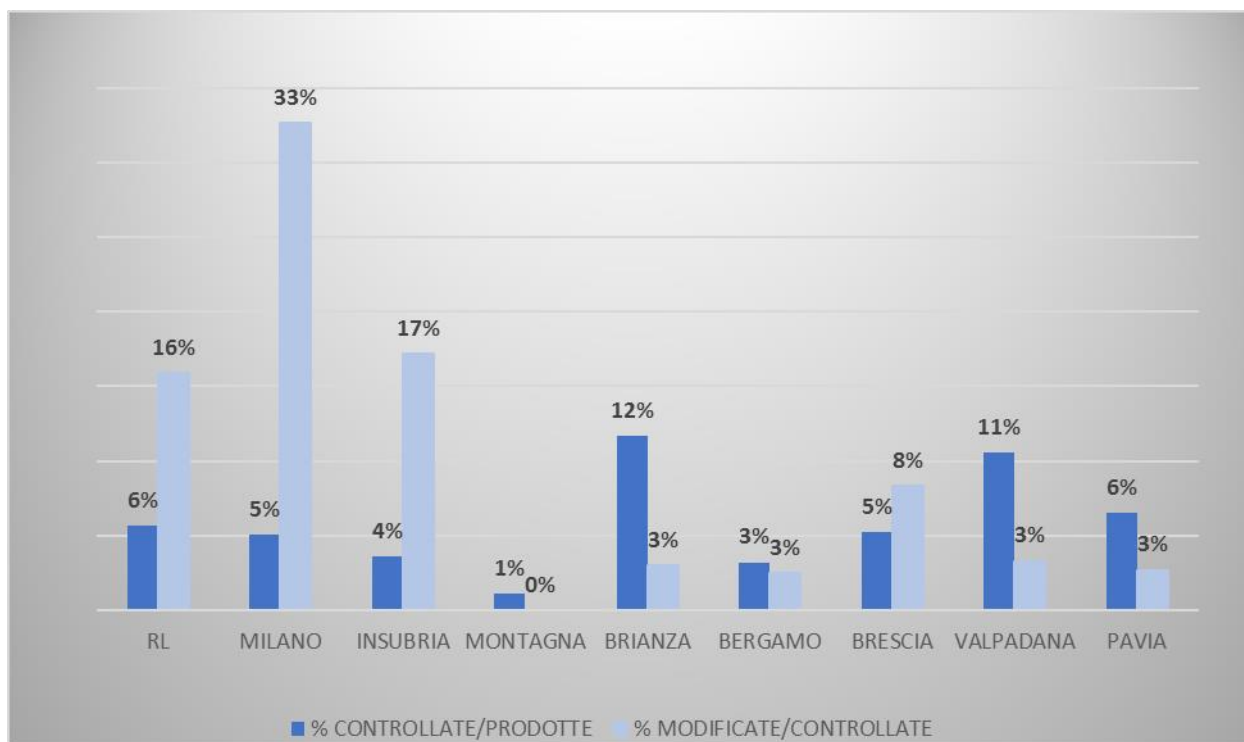


Grafico 2 – Controllo di congruenza: percentuale di campionamento e di modifica per il DRG 359, per ATS – Anno 2017

Per concordanza NIC-NOC

Nell'ambito degli autocontrolli della qualità documentale e di congruenza è possibile calcolare, per le cartelle cliniche interessate dal doppio controllo, la percentuale di non concordanza tra NIC (Nuclei Interni di Controllo) degli Erogatori e NOC delle ATS.

Nei grafici seguenti sono rappresentate le percentuali di non concordanza tra NIC e NOC, per ATS, nel periodo 2013-2017.

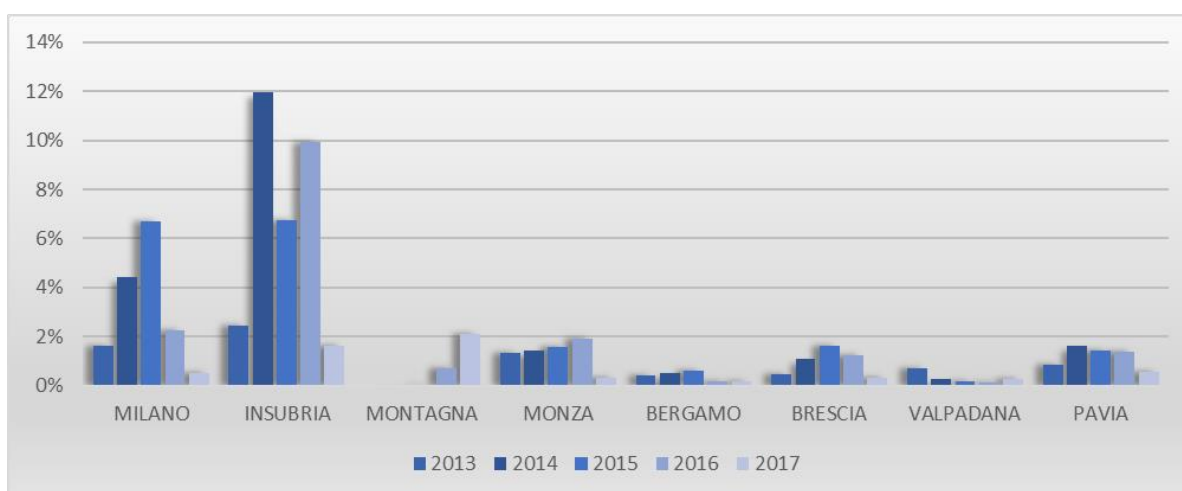


Grafico 3 – Autocontrollo di qualità documentale: percentuale di non concordanza NIC-NOC, per ATS – Anni 2013-2017

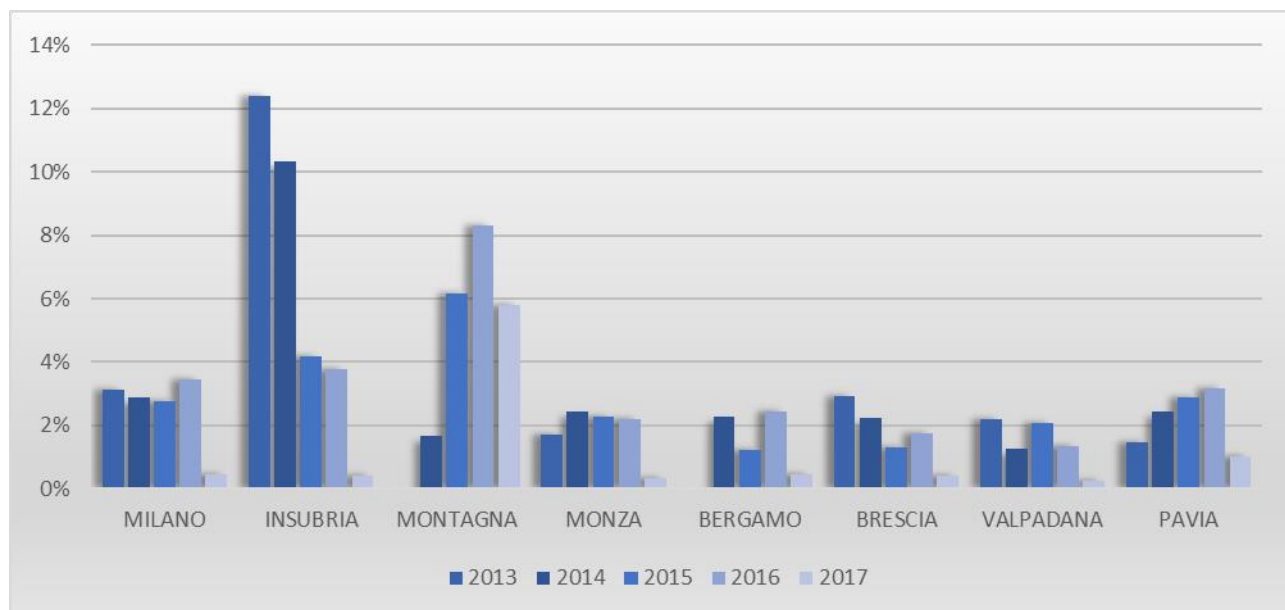


Grafico 4 – Autocontrollo di congruenza: percentuale di non concordanza NIC-NOC, per ATS – Anni 2013-2017

I grafici mostrano che la percentuale di non concordanza tra NIC e NOC assume valori contenuti e, a parte poche eccezioni, inferiore a quella che comporta l'estensione del campione affidato alla verifica NOC.

Per strutture erogatrici

Il grafico successivo rappresenta la distribuzione degli erogatori rispetto alla percentuale di SDO non confermate al controllo di congruenza dei ricoveri dell'anno 2017.

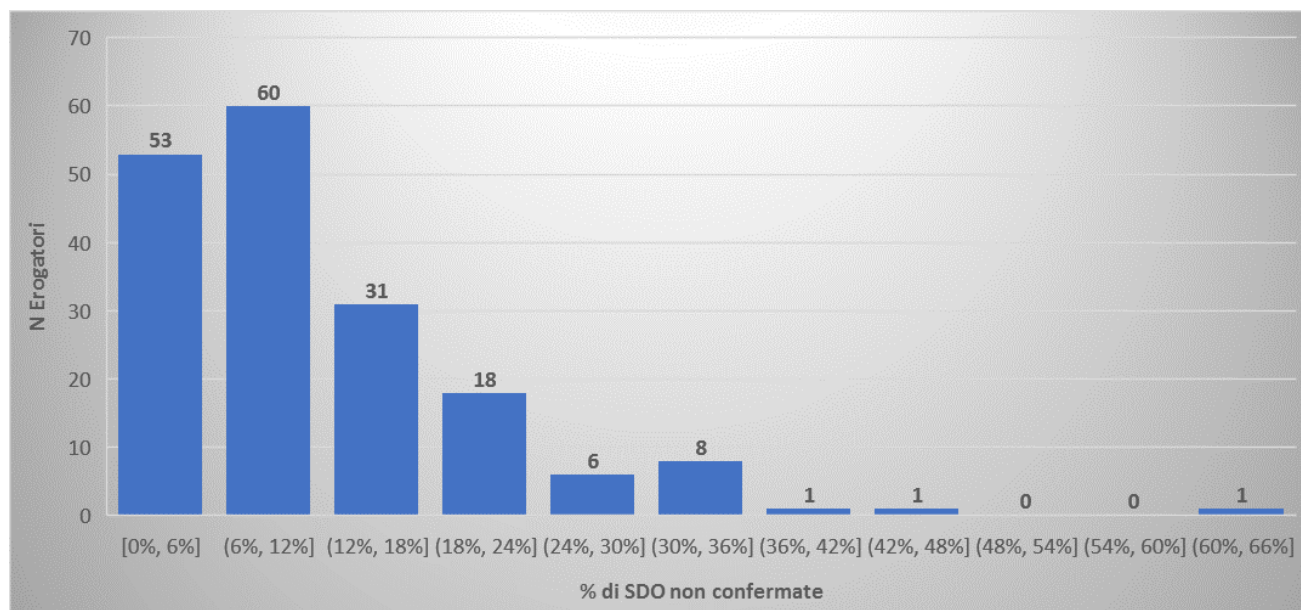


Grafico 5 – Controllo di congruenza: distribuzione degli Erogatori in base alla percentuale di SDO non confermate – Anno 2017

Si osserva che la maggior parte delle strutture si collocano entro la soglia del 16%; tuttavia, anche in questo caso, si registra una certa variabilità, con un numero di erogatori posizionati addirittura oltre il 30%.

Nel grafico seguente la percentuale di SDO modificate è messa in relazione con il numero di SDO prodotte da ogni erogatore, pubblico e privato.

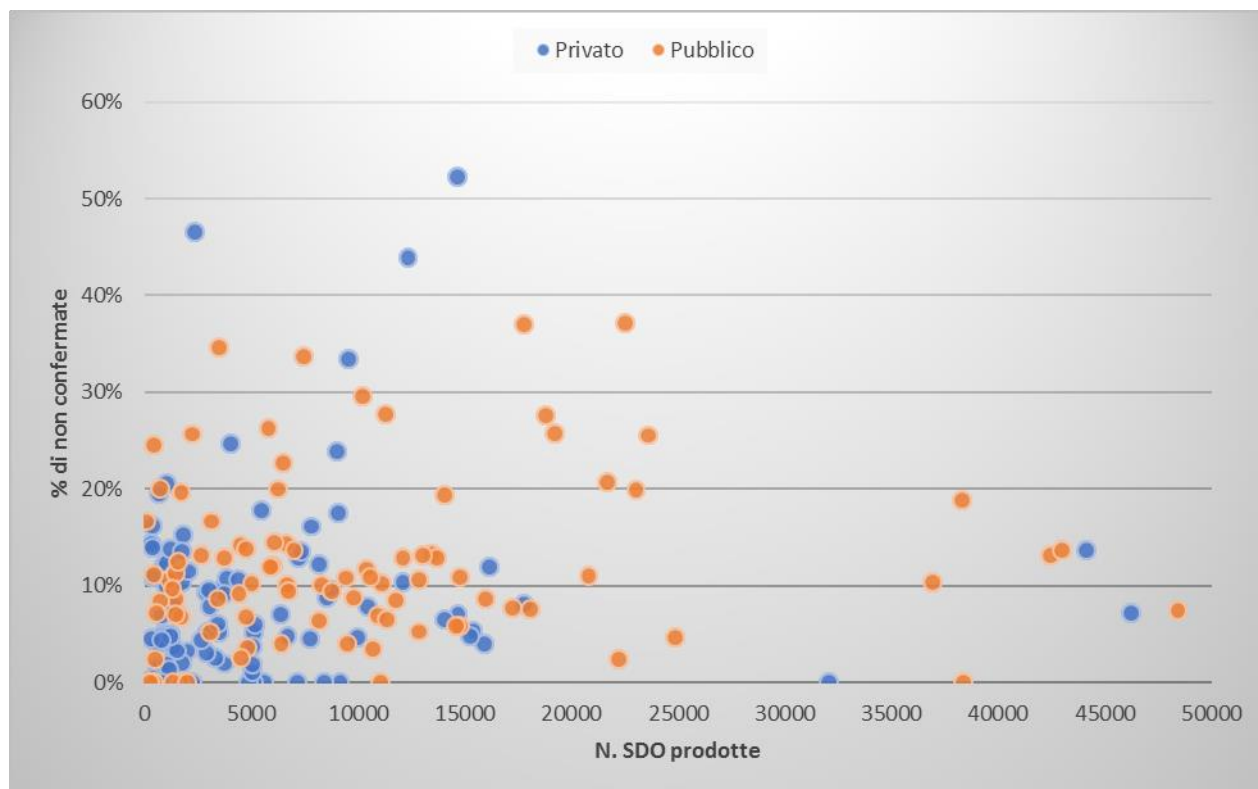


Grafico 6 – Controllo di congruenza: percentuale di SDO modificate e N SDO prodotte, per erogatori Pubblici e Privati – Anno 2017

Si conferma l'ampia variabilità e come siano tendenzialmente - anche se non esclusivamente - le strutture pubbliche a popolare la parte alta del grafico ovvero quella caratterizzata da una percentuale di SDO modificate più elevata.

CONFRONTI TEMPORALI SDO

Le tabelle seguenti rappresentano i dati delle SDO prodotte nel periodo 2013-2018, in particolare per l'attività di ricovero per acuti in degenza ordinaria, al fine di mettere in evidenza trend che meritano di essere valutati nella predisposizione dei Piani di Controllo. I dati sono quelli presenti nel datawarehouse di Regione Lombardia estratti nel mese di luglio 2019.

La prima tabella rappresenta le SDO prodotte, suddivise per degenza ordinaria (DO) e day hospital (DH). La DO è ulteriormente suddivisa per tipologia di reparto in: acuti, riabilitazione specialistica, altri reparti. La riabilitazione specialistica raggruppa i reparti con codici 28, 56 e 75, gli altri reparti raggruppano i reparti con codici 60, 99 e RM.

Regime di ricovero		2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ % 2018- 2013
	Tipo Reparto							
DEGENZA ORDINARIA	Acuti	1.238.040	1.197.857	1.194.659	1.178.407	1.169.382	1.147.784	-7%
	Riabilitazione	91.811	92.495	94.128	93.034	93.304	92.049	0%

Regime di ricovero		2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ % 2018- 2013
	Tipo Reparto							
	Altro	15.462	15.473	15.460	15.904	15.139	14.639	-5%
DAY HOSPITAL		213.273	236.171	231.201	235.255	233.285	233.110	9%
TOTALE SDO		1.558.586	1.541.996	1.535.448	1.522.600	1.511.110	1.487.582	-5%

Tabella 12 – N di SDO prodotte per regime di ricovero e tipo reparto (DO), Anni 2013 - 2018

Nel periodo si osservano la riduzione del N di SDO complessive, l'andamento opposto delle dimissioni dai regimi di ricovero (DO e DH), la riduzione delle dimissioni delle degenze ordinarie dai reparti per acuti e rimangono costanti le dimissioni delle degenze ordinarie dai reparti di riabilitazione.

La tabella successiva rappresenta le SDO prodotte nei reparti per acuti in regime di degenza ordinaria nel quinquennio 2013-2018, suddivise per durata della degenza.

Durata degenza	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 2018/2013
0-1	194.824	166.515	172.509	167.215	173.225	171.874	-12%
>1	1.043.216	1.031.342	1.022.150	1.011.192	996.157	975.810	-6%

Tabella 13. – N di SDO prodotte in degenza ordinaria e reparti per acuti, per durata della degenza – Anni 2013-2018

Si può notare che la riduzione del numero di dimissioni da ricoveri in degenza ordinaria in reparti per acuti è in valori assoluti maggiore per i ricoveri con durata della degenza ">1", ma proporzionalmente maggiore per i ricoveri "0-1". Inoltre, mentre il trend per i ricoveri ">1" è costantemente in diminuzione, per i ricoveri "0-1" è più irregolare, verosimilmente in relazione agli effetti dei provvedimenti finalizzati a garantire che le prestazioni si svolgano nel setting assistenziale più appropriato (cambio di regime, spostamento in altra macroattività).

L'ultima tabella rappresenta le modifiche assunte dai DRG che presentano un incremento nel periodo 2013-2018, limitatamente ai primi 30 per incremento assoluto. Per l'elaborazione sono state considerate le SDO prodotte nei reparti per acuti in regime di degenza ordinaria e durata della degenza ">1": nel periodo 2013-2018 il saldo complessivo di tali casi è negativo per 67.406 casi (-6,5%). I 538 DRG presenti a inizio e fine del periodo di osservazione sono stati distinti in base a presenza e segno della variazione: 160 DRG presentano variazione positiva con un saldo complessivo di 57.565 casi, 375 DRG presentano una variazione negativa con un saldo complessivo di -124.971 casi, 1 DRG non presentano nessuna variazione. Prendendo in considerazione solo i DRG che presentano una variazione positiva, i primi 30 DRG per incremento assoluto nel quinquennio sono responsabili di un incremento di 45.802 casi, corrispondente a circa l'80% di tutto l'incremento.

Descrizione	DRG	MDC	TIPO	SDO prodotte			
				N 2013	N 2018	Δ % 2018- 2013	Diff. N 2018- 2013
Craniotomia con imp. disp. magg. o DP pat. ac. snc	543	1	C	380	878	131%	498
Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	559	1	M	524	1247	138%	723
Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	79	4	M	2.494	2.894	16%	400
Infezioni e infiammazioni respiratorie >17aa, senza CC	80	4	M	1.341	1.931	44%	590
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	87	4	M	11.244	13.419	19%	2.175
Polmonite semplice e pleurite >17aa, con CC	89	4	M	11.852	15.531	31%	3.679
Polmonite semplice e pleurite >17aa, senza CC	90	4	M	6.919	8.135	18%	1.216
Bronchite e asma >17aa, con CC	96	4	M	1.434	1.890	32%	456
Interventi sulle valvole cardiache con catet. card.	104	5	C	3.832	6.250	63%	2.418
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	518	5	C	7.315	9.407	29%	2.092
	557	5	C	7.134	10.812	52%	3.678
	558	5	C	9.274	10.661	15%	1.387
Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	552	5	C	6.871	7.334	7%	463
Interventi magg. intest. crasso e tenue, senza CC	149	6	C	5.921	6.669	13%	748
Malattie delle vie biliari senza CC	208	7	M	4.708	5.173	10%	465
Interventi su anca e femore >17aa, con CC	210	8	C	4.463	5.010	12%	547
Interventi su anca e femore >17aa, senza CC	211	8	C	4755	5227	10%	472
Int. maggiori bilaterali o multipli su articolazioni arti inf.	471	8	C	319	785	146%	466
Int. su articolazioni maggiori e reimpianti arti sup.	491	8	C	1172	1933	65%	761
Artrodesi vertebrale con approccio ant/post comb.	496	8	C	197	930	372%	733
Artrodesi vertebrale eccetto cervicale, senza CC	498	8	C	2.659	3.953	49%	1.294
Sost. articolazioni maggiori o reimpianto arti inf.	544	8	C	31.025	37.469	21%	6.444
Mastectomia totale per neoplasie maligne, senza CC	258	9	C	2.925	3.547	21%	622
Interventi per obesità	288	10	C	4.101	9.450	130%	5.349
Interventi per via transuretrale, senza CC	311	11	C	9.259	12.330	33%	3.071
Infezioni rene e vie urinarie >17aa, con CC	320	11	M	2.586	4.537	75%	1.951
Infezioni rene e vie urinarie >17aa, senza CC	321	11	M	3.443	4.752	38%	1.309
Prostatectomia transuretrale senza CC	337	12	C	6.104	6.655	9%	551
Parto vaginale con diagnosi complicanti	372	14	M	2.551	3.243	27%	692
Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	576	18	M	9.584	10.136	6%	552

Tabella 13 – N di SDO prodotte per DRG (primi 30 DRG per incremento assoluto nel periodo 2013-2018), ordinati per MDC – Anni 2013 e 2018

La tabella evidenzia, a fronte di una riduzione complessiva del 6,5% dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria e durata della degenza ">1", sensibili incrementi per alcuni DRG.

4 ALLEGATO 4: Controlli Area Materno Infantile

ELENCO PROVVEDIMENTI

Provvedimento	Sintesi provvedimento	Riferimenti provvedimento	Tipo controllo	Dettaglio controllo	Codifica campione
Modulazione tariffaria TC (Robson)	Riduzione della tariffa rispetto a quella ordinaria per i parti con TC per le classi 1 e 3 di Robson e 2A e 4A di Robson se è superata la soglia del 75° percentile. Incremento del valore ordinario per le medesime classi dei parti con TC per i Punti Nascita con valore inferiore al 25°. Per l'anno 2017 i valori di riduzione e di incremento della tariffa ordinaria sono stati stabiliti rispettivamente pari al 20% ed al 35%.	DGR n. X/5954 del 05/12/2016 – Allegato A, punto 4.5.14.11. DGR N. X/4702 del 29/12/2015 – Allegato, punto 4.8.9.	Congruenza mirata Autocontrollo congruenza	Tutti i punti nascita. Verifica della corretta compilazione dei CEDAP, nei ricoveri per parto con TC. L'analisi dovrà prendere in considerazione la distribuzione dei parti secondo Robson nei singoli punti nascita. Particolare attenzione dovrà essere prestata a: 1. Strutture posizionate nel quartile più remunerato; 2. Strutture con riduzione del numero dei parti con TC attribuiti alle classi 1, 3, 2A e 4A di Robson, senza congruente riduzione del numero complessivo dei parti con TC. Il controllo dovrà riguardare i casi attribuiti alle altre classi di Robson.	
Parto complicato (DRG 370 e 372)	Modifiche alla soglia di degenza e all'incremento tariffario giornaliero oltre soglia dei DRG 370 e 372, al fine di favorire un congruo riconoscimento delle risorse assorbite nelle gravidanze a rischio per prematurità neonatale.	DGR n. X/2989 del 23/12/2014 – Allegato B) – Sub Allegato 4	Congruenza mirata Autocontrollo congruenza	Tutti i punti nascita. Verifica della congruenza delle SDO e della appropriatezza delle giornate di degenza dei dimessi con attribuzione ai DRG specifici.	

Provvedimento	Sintesi provvedimento	Riferimenti provvedimento	Tipo controllo	Dettaglio controllo	Codifica campione
Codifica procedure neonatologiche o ostetriche	Introduzione, al fine di migliorare la capacità descrittiva del sistema e senza variazioni tariffarie, dell'utilizzo di alcune codifiche per la compilazione della SDO (procedure neonatologiche ed ostetriche).	DGR N. X/3993 del 04/08/2015 – Allegato A, punto 4.6.1.	Autocontrollo qualità documentale	Tutti i punti nascita. Per le procedure neonatali: SDO di cartelle cliniche di pazienti transitati in Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73) o in Patologia Neonatale (cod. 62). Per le procedure ostetriche: SDO di cartelle cliniche di pazienti dimesse da U.O. di Ostetricia e Ginecologia.	
Criteri di ricovero in T.I.N.	Criteri per il ricovero in Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73), sia per neonati inborn che per neonati outborn. Il venir meno dei suddetti criteri determina il cessare delle condizioni per il ricovero in T.I.N. e quindi la necessità di un trasferimento in Patologia Neonatale (cod. 62) per il proseguimento delle cure in ambiente idoneo.	DGR N. X/3993 del 04/08/2015 – Allegato A, punto 4.6.1. DGR N. X/4702 del 29/12/2015 – Allegato, punto 4.8.9.	Congruenza mirata Autocontrollo congruenza	Tutti i punti nascita dotati di T.I.N. Verifica della presenza dei criteri di appropriatezza, nelle cartelle cliniche di neonati ricoverati in T.I.N.	
Modulazione tariffaria parti seguiti da T.I.N.	Incremento del 30% della tariffa inerente ai parti con necessità di successivo ricovero in Terapia Intensiva Neonatale dei neonati, senza trasferimento presso altra ASST.	DGR n. X/5954 del 05/12/2016 – Allegato A, punto 4.5.14.12. DGR N. X/4702 del 29/12/2015 – Allegato, punto 4.8.9.			

Provvedimento	Sintesi provvedimento	Riferimenti provvedimento	Tipo controllo	Dettaglio controllo	Codifica campione
Integrazione tariffaria per Presidi monospécialistici materno infantili con casistica complessa	Applicazione di incrementi tariffari del 15% per alcuni DRG, per i dimessi dai seguenti presidi: 3. Presidio Ospedale dei Bambini di Brescia; 4. FMMB di Monza; 5. Presidi Buzzi e Macedonio Melloni di Milano; 6. Presidio Del Ponte di Varese.	DGR N. X/4702 del 29/12/2015 – Allegato, punto 3.2.1.	Congruenza mirata Autocontrollo congruenza	Punti nascita appartenenti ai Presidi indicati. Verifica di congruenza delle SDO dei dimessi con attribuzione ai DRG specifici.	
Codifiche in ambito neonatale	Neonato piccolo per l'età gestazionale con segni di malnutrizione Precisazione dei criteri di congruenza ai fini della codifica del neonato di basso peso per l'età gestazionale con segni di malnutrizione (Tavole di Bertino e Score relativo all'esame obiettivo calcolato secondo la Tabella allegata al provvedimento). Ittero fisiologico Indicazioni in merito alle modalità di misurazione della bilirubinemia, alla appropriatezza della fototerapia, al monitoraggio post sospensione del trattamento.	DGR N. X/3993 del 04/08/2015 – Allegato A, punto 4.6.3.	Congruenza mirata Autocontrollo congruenza	Tutti i punti nascita. Verifica della congruenza delle SDO e della appropriatezza delle giornate di degenza dei dimessi con attribuzione ai DRG specifici.	
Tariffazione dei DRG di patologia neonatale in funzione della durata della degenza	Definizione di una soglia di degenza, individuata in 3 giorni, per i DRG di patologia neonatale (DRG 385, 386, 387, 388, 389, 390), entro la quale il rimborso dei ricoveri stessi è il medesimo del DRG 391 "Neonato normale".	DGR n. IX/3976 del 06/08/2012 – Allegato 2			

Provvedimento	Sintesi provvedimento	Riferimenti provvedimento	Tipo controllo	Dettaglio controllo	Codifica campione
DRG 386 "Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio"	Introduzione di una differenziazione della tariffa del DRG 386 sulla base del peso alla nascita, della durata della degenza e della scelta del codice di diagnosi principale. Le tre fasce tariffarie sono le seguenti: Tipo tariffa A Assistenza a neonati gravemente immaturi di peso alla nascita inferiore a 1000 grammi con durata della degenza non inferiore a 45 giorni. Si differenzia all'interno del DRG calcolato solo inserendo in prima diagnosi uno dei codici specificati dalla deliberazione. Tipo tariffa B Assistenza a neonati gravemente immaturi di peso alla nascita compreso tra 1000 e 1750 grammi con durata della degenza non inferiore a 20 giorni. Si differenzia all'interno del DRG calcolato solo inserendo in prima diagnosi uno dei codici specificati dalla deliberazione. Tariffa tipo C Per tutti gli altri casi in cui le prime diagnosi riferite al DRG 386 siano diverse da quelle specificate per l'attribuzione alle tariffe A o B. Per i casi in cui le prime diagnosi portino alla attribuzione alle tariffe A o B e la durata della degenza sia inferiore alle soglie previste per gli stessi tipi	DGR n. X/2989 del 23/12/2014 – Allegato B) – Sub Allegato 4	Congruenza mirata Autocontrollo congruenza	Tutti i punti nascita. Verifica della congruenza delle SDO e della appropriatezza delle giornate di degenza dei dimessi con attribuzione al DRG 386 e tipo tariffa A o B.	

Provvedimento	Sintesi provvedimento	Riferimenti provvedimento	Tipo controllo	Dettaglio controllo	Codifica campione
	tariffa, ovvero 45 e 20 giorni. Restano in vigore i disposti della DGR n. IX/3976/2012, ovvero che, entro i 3 giorni di degenza, il rimborso riconosciuto sia pari a quello del neonato sano.				
DRG 385 "Neonato morto o trasferito"	Introduzione del codice di modalità di dimissione "8" per indicare un trasferimento di un neonato stabilizzato, nei casi in cui non troverebbe giustificazione l'attribuzione al DRG 385: a) trasferimenti da una neonatologia di riferimento ad una struttura ospedaliera dove possono essere eseguiti interventi complessi (chirurgici, cardiocirurgici ecc.); b) trasferimenti di ritorno da una neonatologia di riferimento ad una neonatologia di origine da cui era avvenuto il trasferimento nelle prime giornate successive al parto. Il DRG 385 "Neonato morto o trasferito" è infatti assegnato in base alle stesse diagnosi del DRG 386, nel caso in cui la modalità di dimissione sia "trasferito" (cod. 3) o "deceduto" (cod. 4).	DGR n. X/2989 del 23/12/2014 – Allegato B) – Sub Allegato 4	Congruenza mirata Autocontrollo congruenza	Tutti i punti nascita. Verifica della congruenza delle SDO e dei dimessi con attribuzione al DRG 385 e modalità di dimissione "3" o "4".	

5 ALLEGATO 5: Controlli Specialistica Ambulatoriale

5.1 ALLEGATO 5.1: PRESTAZIONI NON ASSOCIABILI

Condizione	Codice1	Codice2
Cond001	02931	89131
Cond002	2301	04811
Cond003	2309	04811
Cond004	2311	04811
Cond005	2311B	04811
Cond006	2311B	897A1
Cond007	2319B	04811
Cond008	2319B	897A1
Cond009	31421	04812
Cond010	31421	0531
Cond011	3143	04812
Cond012	3143	0531
Cond013	4414	4224
Cond014	4414	4514
Cond015	44221	4516
Cond016	4516	4224
Cond017	4516	4414
Cond018	4516	4514
Cond019	4525	4824
Cond020	46851	4525
Cond021	46851	4824
Cond022	6909	04812
Cond023	6909	0531
Cond024	6909	897A1
Cond025	88721	88722
Cond026	88721	88723
Cond027	88721	8872A
Cond028	8913	95091
Cond029	89152	8914
Cond030	89153	8914
Cond031	89154	8914
Cond032	89261	89263
Cond033	89261	9817
Cond034	89261	91484
Cond035	89264	89262
Cond036	89482	8952
Cond037	897B5	9801
Cond038	90206	90093
Cond039	90206	90094
Cond040	90206	90123
Cond041	90206	90183

Condizione	Codice1	Codice2
Cond042	90206	90201
Cond043	90206	90203
Cond044	90206	90204
Cond045	90206	90205
Cond046	90206	90211
Cond047	90418	90421
Cond048	90418	90423
Cond049	90418	90433
Cond050	9053G	90486
Cond051	9053G	90495
Cond052	9053G	90694
Cond053	90935	90851
Cond054	90935	90852
Cond055	90935	90861
Cond056	90942	90851
Cond057	90942	90852
Cond058	90942	90861
Cond059	90943	90851
Cond060	90943	90852
Cond061	90943	90861
Cond062	90943	90862
Cond063	90949	91034
Cond064	90992	91036
Cond065	91092	90851
Cond066	91092	90852
Cond067	91092	90861
Cond068	91094	90836
Cond069	91094	91046
Cond070	91249	91365
Cond071	9124B	91365
Cond072	9124C	91365
Cond073	91296	91294
Cond074	91296	91365
Cond075	91297	91303
Cond076	91297	91365
Cond077	9129A	91301
Cond078	9129A	91365
Cond079	9129B	91303
Cond080	9129B	91365
Cond081	9129C	91303
Cond082	9129C	91365

Condizione	Codice1	Codice2
Cond083	9129D	91294
Cond084	9129D	91365
Cond085	9129E	91294
Cond086	9129E	91365
Cond087	9129F	91294
Cond088	9129F	91365
Cond089	9129G	91303
Cond090	9129G	91365
Cond091	9129H	91302
Cond092	9129H	91365
Cond093	9129I	91297
Cond094	9129I	897B1
Cond095	9129I	9129U
Cond096	9129I	9129Y
Cond097	9129J	91302
Cond098	9129J	91365
Cond099	9129K	91294
Cond100	9129K	91365
Cond101	9129L	91301
Cond102	9129L	91365
Cond103	9129M	91301
Cond104	9129M	91365
Cond105	9129N	91301
Cond106	9129N	91365
Cond107	9129P	91303
Cond108	9129P	91365
Cond109	9129Q	91301
Cond110	9129Q	91365
Cond111	9129R	91303
Cond112	9129R	91365
Cond113	9129T	897B1
Cond114	9129U	897B1
Cond115	9129U	91297
Cond116	9129X	897B1
Cond117	9129Y	897B1
Cond118	9129Y	91297
Cond119	9129Z	91291
Cond120	9129Z	91365
Cond121	912A1	91303
Cond122	912A1	91365
Cond123	912A2	91303

Condizione	Codice1	Codice2
Cond124	912A2	91365
Cond125	912A3	91303
Cond126	912A3	91365
Cond127	912A4	91303
Cond128	912A4	91365
Cond129	912A5	91303
Cond130	912A5	91365
Cond131	912A6	91303
Cond132	912A6	91365
Cond133	912A7	91294
Cond134	912A7	91365
Cond135	912A8	91293
Cond136	912A8	91365
Cond137	912A9	91294
Cond138	912A9	91365
Cond139	912B1	91303
Cond140	912B1	91365
Cond141	912B2	91292
Cond142	912B2	91365
Cond143	912B3	91293
Cond144	912B3	91365
Cond145	912B4	91303
Cond146	912B4	91365
Cond147	912B5	91294
Cond148	912B5	91365
Cond149	912B6	91293
Cond150	912B6	91365
Cond151	912B7	91294
Cond152	912B7	91365
Cond153	912B8	91293
Cond154	912B8	91365
Cond155	912B9	91294
Cond156	912B9	91365
Cond157	912C1	91294
Cond158	912C1	91365
Cond159	912C2	91294
Cond160	912C2	91365
Cond161	912C3	91294
Cond162	912C3	91365
Cond163	912C4	91293
Cond164	912C4	91365
Cond165	912C5	91293
Cond166	912C5	91365
Cond167	912C6	91293
Cond168	912C6	91365
Cond169	912C7	91293
Cond170	912C7	91365

Condizione	Codice1	Codice2
Cond171	912C8	91294
Cond172	912C8	91365
Cond173	912C9	91293
Cond174	912C9	91365
Cond175	912D1	91294
Cond176	912D1	91365
Cond177	912D2	91293
Cond178	912D2	91365
Cond179	912D3	91294
Cond180	912D3	91365
Cond181	912D4	91293
Cond182	912D4	91365
Cond183	912D5	91294
Cond184	912D5	91365
Cond185	912D6	91294
Cond186	912D6	91365
Cond187	912D7	91303
Cond188	912D7	91365
Cond189	912D8	91293
Cond190	912D8	91365
Cond191	912D9	91294
Cond192	912D9	91365
Cond193	912F1	91293
Cond194	912F1	91365
Cond195	912F2	91294
Cond196	912F2	91365
Cond197	912F3	91293
Cond198	912F3	91365
Cond199	912F4	91293
Cond200	912F4	91365
Cond201	912F5	91293
Cond202	912F5	91365
Cond203	912F6	91294
Cond204	912F6	91365
Cond205	912F7	91293
Cond206	912F7	91365
Cond207	912F8	91294
Cond208	912F8	91365
Cond209	91369	91365
Cond210	9213	92013
Cond211	93085	93081
Cond212	93085	93083
Cond213	93086	93081
Cond214	93086	93083
Cond215	93087	93081
Cond216	93087	93083
Cond217	93088	93081

Condizione	Codice1	Codice2
Cond218	93088	93083
Cond219	9502	8911
Cond220	9502	95091
Cond221	9633	9607
Cond222	9802	4516
Cond223	9803	4516
Cond224	9805	4824
Cond225	9805	4823
Cond226	9805	4921
Cond227	9814	3142
Cond228	9819	5822

5.2 ALLEGATO 5.2: PRESTAZIONI BIC

IC	Prestazioni incluse
0443	0391
0443	0531
0443	04811
0443	04812
0443	8901
0443	9659
0443	9789
0443	89015
0443	90622
0443	96591
0443	96592
0443	96593
0443	8901G
0443	897A1
640	0391
640	0531
640	04811
640	04812
640	8901
640	9659
640	9789
640	90622
640	96591
640	96592
640	96593
640	8901Q
640	897A1
0838	0391
0838	0531
0838	04811
0838	04812
0838	8901
0838	9659
0838	9789
0838	90622
0838	95021
0838	96591
0838	96592
0838	96593
0838	897A1
0872	0391
0872	0531

IC	Prestazioni incluse
0872	04811
0872	04812
0872	8901
0872	9659
0872	9789
0872	90622
0872	95021
0872	96591
0872	96592
0872	96593
0872	897A1
0874	0391
0874	0531
0874	04811
0874	04812
0874	8901
0874	9659
0874	9789
0874	90622
0874	95021
0874	96591
0874	96592
0874	96593
0874	897A1
1341	8901
1341	9502
1341	95021
1475	8901
1475	9502
1475	95021
3859	0391
3859	0531
3859	04811
3859	04812
3859	8901
3859	9659
3859	9789
3859	89014
3859	89016
3859	90622
3859	96591
3859	96592

IC	Prestazioni incluse
3859	96593
3859	897A1
3869	0391
3869	0531
3869	04811
3869	04812
3869	8901
3869	9659
3869	9789
3869	89014
3869	89016
3869	90622
3869	96591
3869	96592
3869	96593
3869	897A1
4311	0391
4311	0531
4311	04811
4311	04812
4311	8901
4311	9659
4311	9789
4311	89014
4311	89019
4311	90622
4311	96591
4311	96592
4311	96593
4311	897A1
6909	0391
6909	0531
6909	04811
6909	04812
6909	8901
6909	9659
6909	9789
6909	89014
6909	89262
6909	89264
6909	90622
6909	96591

IC	Prestazioni incluse
6909	96592
6909	96593
6909	897A1
7756	0391
7756	0531
7756	04811
7756	04812
7756	8901
7756	9659
7756	9789
7756	90622
7756	96591
7756	96592
7756	96593
7756	8901G
7756	897A1
8023	0391
8023	0531
8023	04811
8023	04812
8023	8901
8023	9659
8023	9789
8023	89015
8023	90622
8023	96591
8023	96592
8023	96593
8023	8901G
8023	897A1
8026	0391
8026	0531
8026	04811
8026	04812
8026	8901
8026	9659
8026	9789
8026	90622
8026	96591
8026	96592
8026	96593
8026	8901G
8026	897A1
8061	0391
8061	0531
8061	04811
8061	04812

IC	Prestazioni incluse
8061	8901
8061	9659
8061	9789
8061	90622
8061	96591
8061	96592
8061	96593
8061	8901G
8061	897A1
8074	0391
8074	0531
8074	04811
8074	04812
8074	8901
8074	9659
8074	9789
8074	89015
8074	90622
8074	96591
8074	96592
8074	96593
8074	8901G
8074	897A1
8172	0391
8172	0531
8172	04811
8172	04812
8172	8901
8172	9659
8172	9789
8172	89015
8172	90622
8172	96591
8172	96592
8172	96593
8172	8901G
8172	897A1
8175	0391
8175	0531
8175	04811
8175	04812
8175	8901
8175	9659
8175	9789
8175	89015
8175	90622
8175	96591

IC	Prestazioni incluse
8175	96592
8175	96593
8175	8901G
8175	897A1
8201	0391
8201	0531
8201	04811
8201	04812
8201	8901
8201	9659
8201	9789
8201	89015
8201	90622
8201	96591
8201	96592
8201	96593
8201	8901G
8201	897A1
8212	0391
8212	0531
8212	04811
8212	04812
8212	8901
8212	9659
8212	9789
8212	89015
8212	90622
8212	96591
8212	96592
8212	96593
8212	8901G
8212	897A1
8221	0391
8221	0531
8221	04811
8221	04812
8221	8901
8221	9659
8221	9789
8221	89015
8221	90622
8221	96591
8221	96592
8221	96593
8221	8901G
8221	897A1
8229	0391

IC	Prestazioni incluse
8229	0531
8229	04811
8229	04812
8229	8901
8229	9659
8229	9789
8229	89015
8229	90622
8229	96591
8229	96592
8229	96593
8229	8901G
8229	897A1
8231	0391
8231	0531
8231	04811
8231	04812
8231	8901
8231	9659
8231	9789
8231	89015
8231	90622
8231	96591
8231	96592
8231	96593
8231	8901G
8231	897A1
8233	0391
8233	0531
8233	04811
8233	04812
8233	8901
8233	9659
8233	9789
8233	89015
8233	90622
8233	96591
8233	96592
8233	96593
8233	8901G
8233	897A1
8239	0391
8239	0531
8239	04811
8239	04812
8239	8901
8239	9659

IC	Prestazioni incluse
8239	9789
8239	89014
8239	89015
8239	90622
8239	96591
8239	96592
8239	96593
8239	8901G
8239	897A1
8245	0391
8245	0531
8245	04811
8245	04812
8245	8901
8245	9659
8245	9789
8245	89014
8245	89015
8245	90622
8245	96591
8245	96592
8245	96593
8245	8901G
8245	897A1
8253	0391
8253	0531
8253	04811
8253	04812
8253	8901
8253	9659
8253	9789
8253	89015
8253	90622
8253	96591
8253	96592
8253	96593
8253	8901G
8253	897A1
8291	0391
8291	0531
8291	04811
8291	04812
8291	8901
8291	9659
8291	9789
8291	89014
8291	89015

IC	Prestazioni incluse
8291	90622
8291	96591
8291	96592
8291	96593
8291	8901G
8291	897A1
8301	0391
8301	0531
8301	04811
8301	04812
8301	8901
8301	9659
8301	9789
8301	89015
8301	90622
8301	96591
8301	96592
8301	96593
8301	8901G
8301	897A1
11997	8901
11997	90622
11997	95021
11997	897A1
68162	0391
68162	0531
68162	04811
68162	04812
68162	8901
68162	9659
68162	9789
68162	89014
68162	89262
68162	89264
68162	90622
68162	96591
68162	96592
68162	96593
68162	897A1
2311B	0391
2311B	0531
2311B	04811
2311B	04812
2311B	8901
2311B	9659
2311B	9789
2311B	90622

IC	Prestazioni incluse
2311B	96591
2311B	96592
2311B	96593
2311B	8901E
2311B	8901H
2311B	897A1
2319B	0391
2319B	0531
2319B	04811
2319B	04812
2319B	8901
2319B	9659
2319B	9789
2319B	90622
2319B	96591
2319B	96592
2319B	96593
2319B	8901E
2319B	8901H
2319B	897A1

6 ALLEGATO 6: Indicatori Tempi d'Attesa

1) Indicatore: "volumi prestazioni primo accesso/controllo"

Fonte dati: 28/san

Criteri di inclusione:

7. Prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio regionale (DGR 1775/2011 e ss.mm.ii.);
8. Descr. Tipo di prestazione = "O", "U", "Z";
9. Descr. Onere prestazione = S.S.N.

Indicatore
% O = N° prestazioni con tipo prestazione "O" / N° totale di prestazioni
% U = N° prestazioni con tipo prestazione "U" / N° totale di prestazioni
% Z = N° prestazioni con tipo prestazione "Z" / N° totale di prestazioni

Un'ampia variabilità osservata tra le strutture afferenti all'ATS o nel posizionamento di una ATS rispetto alle altre potrebbe essere dovuta a una errata valorizzazione del campo "Tipo di prestazione", anche a causa dell'impossibilità di inserire una classe di priorità diversa da 'P' nel flusso quando il tipo di prestazione è Z. L'indicatore potrebbe aiutare a indentificare comportamenti difforni tra ATS e/o tra diversi Erogatori entro la stessa ATS.

2) Indicatore: "classe di priorità mancante"

Fonte dati: 28/san

Criteri di inclusione:

1. Prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio regionale (DGR 1775/2011 e ss.mm.ii.);
2. Descr. Tipo di prestazione = "O" (ordinario) oppure "U" (urgente differibile);
3. Descr. Onere prestazione = S.S.N.;
4. Classi di priorità: assente, diverso da priorità attese (es. "?", "U", "B", "D" e "P");

Indicatore
N° record con classe di priorità assente o errata (i.e. indicata con "?" o "#") / numero totale di record

Alcune ATS hanno segnalato che, sebbene l'indicazione della Classe di priorità rappresenti un **obbligo normativo** (DGR 1185/2013; DGR 7503/2017), la mancanza del dato **non genera un errore bloccante** al momento dell'invio del flusso informativo. Non sono quindi infrequenti record per i quali **non si conosce la classe di priorità** e per i quali quindi non è possibile fare valutazioni in merito al rispetto dei tempi d'attesa (TdA) previsti. Alcune ATS, laddove la classe di priorità non è indicata, **per prassi assegnano alla prestazione la priorità 'P'**. Tuttavia, in alcuni casi, controlli sul campo hanno evidenziato che non sempre i record con Classe di priorità mancante si riferivano effettivamente a prestazioni programmabili. ACSS ritiene comunque interessante dare riscontro dell'entità del fenomeno, laddove presente.

3) Indicatori: "Qualità del flusso TdA"

Fonte dati: 28/san

Criteri di inclusione:

1. Prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio regionale (DGR 1775/2011 e ss.mm.ii.);
2. Descr. Tipo di prestazione = "O" (ordinario) oppure "U" (urgente differibile);
3. Descr. Onere prestazione = S.S.N.;
4. Classi di priorità: "U", "B", "D" e "P";

Il calcolo di questo gruppo di indicatori richiede il **calcolo preliminare del TdA**, come definito nella prima colonna della tabella seguente (**Step 1**).

Step 1	Risultato	Indicatore
Se presente la prima data prospettata: TdA = prima data prospettata – data di prenotazione Altrimenti: TdA = data di erogazione – data di prenotazione	NON CALCOLABILE	% TdA NON CALCOLABILI = n° prestazioni con TdA Non calcolabile / n° totale record considerati
	<0	% TdA <0 = n° di prestazioni con TdA <0 / n° totale record considerati
	=0	% TdA = 0 = n° di prestazioni con TdA = 0 / n° totale record considerati
	0<TdA<365	% TdA entro l'anno = n° di prestazioni con TdA tra 0 e 365 giorni / n° totale record considerati
	>365	% TdA oltre l'anno = n° di prestazioni con TdA >365 / n° totale record considerati

Il **primo** e il **secondo** caso non dovrebbero di norma esistere; potrebbero essere rappresentativi, insieme ad altri errori di rendicontazione, dell'accuratezza con cui vengono attuati i controlli preventivi sui flussi da parte delle strutture.

In proposito, dall'osservazione dei record emerge che il flusso 28san, accettando nel campo "data di prenotazione"/"data di erogazione" il valore "00/00/0000" e non verificando che la "data di erogazione" sia posteriore o uguale alla "data di prenotazione", non contribuisce a limitare le dinamiche descritte.

Il **terzo** caso potrebbe anche essere frutto di prassi organizzative che distorcono il reale tempo di attesa per la prestazione in analisi.

Il **quarto** caso rappresenta la situazione più frequente.

il **quinto** caso rappresenta la casistica di prestazioni erogate oltre un anno dopo la data di prenotazione. Questa casistica potrebbe presupporre anche una non corretta attribuzione della prestazione alla tipologia primo accesso/controllo.

Ai fini del controllo, potrebbe essere interessante confrontare i dati che emergono da questo indicatore con quanto rilevabile nel flusso MTA. Sarebbe cioè interessante individuare i record in 28san che presentano come 'data di prenotazione' il giorno indice e verificare che gli andamenti siano simili. ACSS non accede al flusso MTA e non può pertanto fornire dati a supporto di un benchmark su indicatori di questo tipo.

4) Indicatori: "prime date prospettate"

Fonte dati: 28/san

Criteri di inclusione

1. Prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio regionale (DGR 1775/2011 e ss.mm.ii.);
2. Descr. Tipo di prestazione = "O" (ordinario) oppure "U" (urgente differibile);
3. Descr. Onere prestazione = S.S.N.;
4. Classi di priorità: "U", "B", "D" e "P";
5. Solo record con indicazione della prima data prospettata.

Indicatore prenotazione (Prima data prospettata – Data di prenotazione):

Step 1	Risultato	Indicatore
Calcolare per tutti i record selezionati: Prima data prospettata – data di prenotazione	<0	% record errati = n° prestazioni con data prospettata antecedente alla data di prenotazione / n° totale record considerati

Step 1	Risultato	Indicatore
	=0	% date coincidenti = n° prestazioni con data prospettata che coincide con la data di prenotazione / n° totale record considerati
	>0	% date successive = n° prestazioni con data prospettata successiva alla data di prenotazione / n° totale record considerati

Il **primo** caso potrebbe essere dovuto a errori di compilazione del flusso che non generano un errore bloccante al momento dell'invio. È interessante indagare l'entità del fenomeno.

Il **secondo** caso potrebbe determinare la necessità di controlli ulteriori, in particolare relativi al delta temporale intercorrente tra la prima data prospettata e l'effettiva data di erogazione.

Il **terzo** caso è quello più diffuso.

Indicatore erogazione (Data di erogazione – Prima data prospettata):

Step 1	Risultato	Indicatore
Calcolare per tutti i record selezionati: Data di erogazione – prima data prospettata	<0	% record errati = n° prestazioni con data di erogazione antecedente alla prima data prospettata / n° totale record considerati
	=0	% date coincidenti = n° prestazioni con data di erogazione che coincide con la prima data prospettata / n° totale record considerati
	>0	% date successive = n° prestazioni con data di erogazione successiva alla prima data prospettata / n° totale record considerati

Il **primo** caso potrebbe essere dovuto a errori di compilazione del flusso che non generano un errore bloccante al momento dell'invio.

Il **secondo** caso potrebbe rappresentare una non corretta rendicontazione legata a errori di compilazione.

Il **terzo** caso è quello più diffuso. ATS potrebbe essere interessata ad approfondire ulteriormente l'indicatore, valutando il tempo medio che intercorre tra la prima data prospettata e la data di erogazione effettivamente accettata dall'utente, soprattutto nel caso in cui la seconda sia molto lontana nel tempo rispetto alla prima.

Anche in questo caso potrebbe essere interessante confrontare i dati che emergono da questi indicatori con quanto rilevabile nel flusso MTA, ovvero individuare i record in 28san che presentano come 'data di prenotazione' il giorno indice e verificare che gli andamenti siano simili a quelli proposti.

Indicatori: "rispetto classi di priorità"

Fonte dati: 28/san

Criteri di inclusione

1. Prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio regionale (DGR 1775/2011 e ss.mm.ii.);
2. Descr. Tipo di prestazione = "O" (ordinario) oppure "U" (urgente differibile);
3. Descr. Onere prestazione = S.S.N.;
4. Classi di priorità: "U", "B", "D" e "P";

Anche il calcolo di questo gruppo di indicatori, richiede il **calcolo preliminare del tempo d'attesa**, come definito nella prima colonna della tabella seguente (**Step 1**).

Step 1	Indicatore
TdA = data di erogazione (o prima data prospettata) – data di prenotazione	% U entro soglia = n° di prestazioni classe 'U' con TdA ≤ 72 ore / n° totale prestazioni erogate con classe 'U'
	% B entro soglia = n° di prestazioni classe 'B' con TdA ≤ 10 giorni / n° totale prestazioni erogate con classe 'B'
	% Dns entro soglia = n° di prestazioni non strumentali classe 'D' con TdA ≤ 30 giorni / n° totale prestazioni non strumentali classe 'D'
	% Ds entro soglia = n° di prestazioni strumentali classe 'D' con TdA ≤ 60 giorni / n° totale prestazioni strumentali classe 'D'
	% P entro soglia = n° di prestazioni classe 'P' con TdA ≤ 180 giorni / n° totale prestazioni erogate con classe 'P'

Rispetto ai possibili esiti degli indicatori indicati, alcune ATS hanno sottolineato il fatto che all'atto della prenotazione, il CCR si comporta talvolta in modo difforme rispetto ai CUP delle strutture. Per esempio, in alcuni casi considera validi per la prenotazione i soli giorni lavorativi, forzando quindi la struttura a non rispettare la soglia prevista dalla classe di priorità, che viene invece calcolata dalle ATS sui giorni/ore solari e non lavorative. In attesa

di un'indicazione regionale univoca, si invitano le ATS a verificare se i casi di inadempienza siano dovuti a dinamiche di questo tipo e – se del caso – dare evidenza della criticità. Come per i precedenti indicatori, anche in questo caso è interessante confrontare i dati che emergono da questo indicatore con quanto rilevabile nel flusso MTA.

Per una lettura critica dei risultati della tabella precedente, si riporta di seguito un'analisi svolta **sull'intervallo di tempo che intercorre mediamente tra la data di prescrizione e la data di prenotazione** da parte dell'utente delle prestazioni con **classe di priorità 'U'**.

Come si evince dalla tabella, una percentuale di prestazioni non trascurabile viene prenotata oltre le 48 ore che sarebbero di norma indicate come termine per procedere alla prenotazione di prestazioni urgenti (DGR VI/47675 del 29/12/1999, Allegato 1, Punto 6). Questo fenomeno concorre a sottolineare quanto esplicitato in premessa, ovvero che il **controllo del tempo d'attesa non può insistere soltanto sugli enti erogatori, ma deve essere supportato dal comportamento appropriato di prescrittori e utenti.**

5) Indicatori: “Congruenza ALPI-28/san”

Per gli indicatori seguenti, la fonte dei dati e i criteri di inclusione sono differenti. In particolare:

Fonte dati: 28/san e ALPI volumi

Criteri di inclusione:

1. Prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio regionale (DGR 1775/2011 e ss.mm.ii.);
2. Descr. Onere prestazione = '4' o '5'
3. Regime di erogazione in 28/San = “Solvente”, “Libero professionale”;

Indicatore	Soglia	Esito
(N° totale di prestazioni rendicontate in ALPI Volumi – N° totale di prestazioni rendicontate in ALPI 28/San) / N° totale di prestazioni rendicontate in ALPI Volumi	<0.10	Livello di congruenza tra flussi accettabile
	>0.10	Flussi non congruenti

A proposito di questo indicatore, si ricorda che la coerenza tra flussi è una richiesta prevista dalle normative regionali (e.g. DGR 9581/2009, IV provvedimento; DGR 2308/2009). Come già specificato, ACSS non dispone del flusso ALPI volumi. Non è pertanto possibile fornire il calcolo di questi indicatori per ciascuna ATS né la media regionale.