



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 7683

Seduta del 12/01/2018

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPELLINI
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA PROPOSTA DELL'AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO CONCERNENTE IL "PIANO DEI CONTROLLI E DEI PROTOCOLLI 2018" (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 Dirigente Aldo Bellini

Laura Lanfredini

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 187 pagine

di cui 184 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTO l'articolo 11 della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 - così come sostituito dall'art. 11, comma 1, lettera q) della legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 recante *"Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"* e modificato dalla legge regionale 22 dicembre 2015, n. 41 - che ha istituito l'Agenzia di Controllo del sistema sociosanitario lombardo; in particolare, il comma 4, lettera a) che stabilisce:

"L'Agenzia di Controllo, quale organismo tecnico-scientifico terzo e indipendente, svolge le seguenti funzioni:

- a) 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. Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL s'intendono, esclusivamente per l'esercizio di tale attività, funzionalmente collegate con l'Agenzia di controllo, che ne coordina l'attività verificando la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS";*

PRESO ATTO del *"Piano dei Controlli e dei Protocolli 2018"* proposto dall'Agenzia di Controllo del sistema sociosanitario lombardo alla Giunta regionale in data 14.12.2017 (prot. G1.2017.0037876 del 15.12.2017);

DATO ATTO che la Direzione Generale Welfare ha svolto, in ordine a detto documento, una verifica in particolare sulla coerenza dello stesso con la programmazione regionale, comprensiva anche delle Regole di sistema per l'anno 2018 di cui alla DGR n. X/7600 del 20 dicembre 2017; l'esito di tale verifica è stato comunicato all'ACSS che ha integrato la proposta trasmettendola in data 11.01.2018 alla Giunta regionale con nota protocollo G. 2018.0000890;

PRESO ATTO e acquisito il *"Piano dei Controlli e dei Protocolli 2018"*, così come integrato dall'ACSS e allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DATO ATTO che nel corso del corrente esercizio troverà attuazione il processo di presa in carico dei pazienti cronici di cui alle dd.g.r. nn. X/ 6164, 6551, 7038 e 7655 del 2017 e che dunque occorrerà implementare il sistema dei controlli anche in relazione a tale attività. A tal fine sarà costituito un Gruppo di Lavoro composto da DG Welfare, ACSS e ATS finalizzato – anche sulla base delle prime evidenze



Regione Lombardia

LA GIUNTA

concrete derivanti dall'attività di arruolamento dei pazienti nei primi mesi del 2018 – a definire gli aspetti tecnici e operativi dei controlli riguardanti il percorso di presa in carico dei pazienti cronici;

RITENUTO pertanto di richiedere il parere della Commissione Consiliare competente in ordine al "*Piano dei Controlli e dei Protocolli 2018*" redatto 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 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*", il parere della Commissione Consiliare competente in ordine alla proposta di deliberazione concernente il "*Piano dei Controlli e dei Protocolli 2018*", redatto dall'Agenzia di Controllo del sistema sociosanitario lombardo ed allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- 2) di dare mandato alla DG Welfare di costituire un Gruppo di Lavoro composto da DG Welfare, ACSS e ATS finalizzato – anche sulla base delle prime evidenze concrete derivanti dall'attività di arruolamento dei pazienti nei primi mesi del 2018 – a definire gli aspetti tecnici e operativi dei controlli riguardanti il percorso di presa in carico dei pazienti cronici;
- 3) di trasmettere, a cura della Segreteria di Giunta, la presente deliberazione al Presidente del Consiglio Regionale.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

PIANO DEI CONTROLLI E DEI PROTOCOLLI 2018

Area di azione lettera a) del comma 4, art.11 della l.r. 23/2015

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° parte - CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE.....	5
1.1 RUOLO DELL' AGENZIA E POSIZIONAMENTO NEL SISTEMA	5
1.2 ATTIVITÀ 2017 DELL' AGENZIA	7
1.3 INTRODUZIONE AL PIANO DEI CONTROLLI E DEI PROTOCOLLI 2018.....	9
1.4 ATTIVITÀ ACSS DA IMPLEMENTARE NEL 2018.....	10
2° parte - CONTROLLI SULLE STRUTTURE EROGATRICI	13
2.1 AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	13
2.1.1 Vigilanza e controllo in ambito sanitario	13
2.1.2 Vigilanza e controllo in ambito sociosanitario	14
2.1.2.1 Organizzazione delle ATS.....	16
2.1.2.2 L'attività di vigilanza e controllo.....	16
2.1.2.3 Piani dei Controlli delle ATS	17
2.1.2.4 Verifica delle SCIA e delle istanze di accreditamento.....	18
2.1.2.5 Verifiche autocertificazioni e titoli di studio.....	20
2.2 CONTROLLI AREA RICOVERI	21
2.2.1 Risultati/Esiti	23
2.2.2 Nuovi Strumenti Operativi	29
2.2.3 Revisione della classificazione tipi campione.....	30
2.2.4 Sviluppo di un modello predittivo per il campionamento	32
2.2.5 Struttura del Piano ATS.....	36
2.3 CONTROLLI SULLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	43
2.3.1 Prestazioni non associabili.....	45
2.3.2 Macroattività di chirurgia a bassa intensità operativa e assistenziale (BIC)	46
2.3.3 Dati necessari al governo dei tempi di attesa.....	47
2.3.4 Prestazioni erogate in regime di esenzione.....	47
2.3.5 Odontoiatria	48
2.4 CONTROLLI NELL' AREA MATERNO INFANTILE	49
2.5 CONTROLLI NELL' AREA SALUTE MENTALE.....	51
2.5.1 Pianificazione attività di controllo 2018	51
2.5.2 Neuropsichiatria Infantile	54
2.6 CONTROLLI NELL' AREA FARMACEUTICA.....	56
2.6.1 Schema dei controlli ACSS	56
2.6.2 Struttura del Piano ATS.....	56
2.6.3 Farmaceutica Convenzionata.....	57

2.6.3.1 Vigilanza Farmaceutica.....	57
2.6.3.2 Attività Convenzionale (Controllo Tecnico Contabile).....	58
2.6.3.3 Monitoraggio spesa farmaceutica.....	60
2.6.3.4 Appropriately prescrivere.....	60
2.6.3.5 Acquisti Diretti	62
2.7 CONTROLLI AREA PROTESICA MAGGIORE.....	68
2.7.1 Schema dei controlli ACSS	68
2.7.2 Struttura del Piano ATS.....	68
2.7.3 Assistenza Protesica Maggiore.....	70
2.7.3.1 Centri di Prescrizione	70
2.7.3.2 Prescrittori	70
2.7.3.3 Fornitori.....	71
2.7.3.4 Avere diritto.....	71
2.7.3.5 Prescrizioni Online.....	72
2.7.3.6 Flussi e Valori economici	72
2.8 CONTROLLI AREA SOCIO SANITARIA	74
2.8.1 I controlli di appropriatezza	74
2.8.2 Verifica flussi informativi e nuove metodologie di controllo.....	74
2.8.3 Controlli di appropriatezza sulle diverse unità d'offerta	75
2.8.4 Controlli su singola unità d'offerta.....	76
2.8.5 Controlli su altre Misure o Sperimentazioni sociosanitarie	79
2.9 TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE A FAVORE DI PAZIENTI IN TERAPIA DIALITICA.....	80
2.9.1 Schema dei controlli di ACSS	80
2.9.2 Struttura del Piano ATS.....	80
2.9.3 Requisiti autorizzativi	80
2.9.4 Certificazioni rilasciate dal Centro Dialisi.....	81
3° parte – CONTROLLI SUI LIVELLI DI GARANZIA A TUTELA DELL'UTENZA	82
3.1 CURE PRIMARIE.....	82
3.1.1 Rendicontazione attività 2017.....	82
3.1.2 Pianificazione attività 2018	85
3.2 SERVIZI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA TERRITORIALE (GIÀ NRS)	87
3.2.1 Rendicontazione attività 2017.....	87
3.2.2 Pianificazione attività 2018	88
3.3 PRESA IN CARICO: CONCLUSIONE SPERIMENTAZIONE CREG	90

3.4 TEMPI DI ATTESA ACCESSIBILITA' IN AMBITO SANITARIO	91
3.4.1 Processo di controllo sui tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri programmati	91
3.4.2 Indicatori e strumenti di controllo	92
3.4.2.1 Prestazioni ambulatoriali	92
3.4.2.2 Ricoveri Programmati	105
3.5 CONTROLLI SULLA QUALITÀ PERCEPITA DALL'UTENTE DEI SERVIZI	106
3.5.1 Analisi del debito informativo e criticità emerse	106
3.5.1.1 Questionari customer satisfaction (2016)	106
3.5.1.2 Questionario "area degenza ordinaria/D.H. " (2016)	107
3.5.1.3 Questionario "area ambulatoriale" (2016)	107
3.5.2 Segnalazioni (2016)	108
3.5.3 Sintesi delle criticità e proposte di revisione	108
3.5.4 Rendicontazione attività 2017	111
3.5.5 Pianificazione attività 2018	112
4° parte - INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITA' DI CONTROLLO CENTRATE SUL PAZIENTE	113
4.1 Sperimentazione	113
INDICE ALLEGATI	116

1°parte - CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

1.1 RUOLO DELL'AGENZIA E POSIZIONAMENTO NEL SISTEMA

L'attività di controllo delle unità di offerta e delle prestazioni rese è stata oggetto di particolare attenzione e sviluppo da parte del legislatore regionale fin dall' istituzione del SSR con la Legge 31 del 1997. La materia è stata negli anni regolarmente disciplinata per garantire la tutela della salute dell'individuo e l'interesse della collettività.

Per mantenere gli elevati standard di qualità ampiamente riconosciuti e raggiunti dal Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL) - nonché equità e universalità di accesso alle cure - è indispensabile mantenere alta l'attenzione alla qualità delle prestazioni, e affrontare al meglio il tema della sostenibilità dei costi. Ciò richiede che si prosegua, in coerenza con gli interventi degli ultimi anni, con l'azione di consolidamento delle attività di verifica e controllo sulla qualità, sui costi e sulle prestazioni erogate nelle diverse articolazioni territoriali del SSL.

È in tale contesto che la **Legge Regionale 23/2015** ha istituito l'Agenzia di Controllo del SSL (ACSS), organismo tecnico-scientifico terzo e indipendente, in grado di garantire continuità, uniformità, equità e sviluppo alle attività di verifica e controllo. La Legge assegna all'ACSS funzioni di raccordo e coordinamento delle Strutture delle ATS che si occupano dell'attività di vigilanza e controllo in ambito sanitario e sociosanitario.

La L.R. 23 affida all'Agenzia il compito di predisporre il '**Piano dei Controlli e dei Protocolli**', (**PCP**), documento tecnico di periodicità almeno annuale, che rappresenta uno dei principali strumenti di monitoraggio e controllo per coordinare l'attività e verificare la corretta applicazione da parte delle ATS. È principalmente attraverso il PCP che l'ACSS può fornire direttive, linee guida e indicazioni per lo svolgimento dell'attività di vigilanza e controllo in capo alle ATS.

Con l'istituzione dell'Agenzia, la funzione della Regione viene esercitata di fatto su **due livelli di governo**: la DG Welfare (DGW) che definisce la programmazione regionale e l'ammontare complessivo delle risorse necessarie al funzionamento del SSL, e l'Agenzia che ha il compito di verificare e controllare autonomamente il rispetto delle regole da parte degli erogatori e garantire ai cittadini l'erogazione delle prestazioni nel rispetto dei LEA.

Si evidenzia che la scelta del termine '*Agenzia di controllo*' (e non '*dei controlli*') riflette la volontà del legislatore di affidare ad ACSS **funzioni di controllo di livello centrale**, che richiedono un'ampia visione d'insieme sull'intero sistema dei controlli e piena libertà d'azione rispetto alle attività da mettere in campo. È evidente l'intenzione di potenziare la capacità di osservazione del SSL attraverso un ente indipendente in grado di verificare il rispetto delle regole evidenziando comportamenti anomali e/o opportunismi, e indirizzando l'attività di controllo esercitata dalle ATS secondo una logica di miglioramento continuo della qualità a garanzia dei cittadini.

In tale contesto, l'Agenzia **non si sovrappone al ruolo della DGW**, ma opera con essa in rapporto di reciproca collaborazione, pur in un contesto di vincoli formali che hanno generato nei fatti una dipendenza funzionale, economica e prescrittiva dalla Regione. La separazione formale dei due livelli di governo ha comportato ovvie difficoltà nei rapporti di collaborazione tra programmazione e controllo, che solo recentemente stanno

conducendo a definire un sistema di regole, formali e informali, che disciplini ed integri la collaborazione nel rispetto delle specifiche competenze previste dalla norma.

Anche rispetto ai **rapporti tra Agenzia ed ATS** si stanno progressivamente definendo nuove modalità di collaborazione, nell'intento di evitare contrapposizioni e inutili sovrapposizioni. Tutte le funzioni di controllo sugli erogatori presenti nelle ATS (quindi non esclusivamente i NOC) s'intendono funzionalmente collegate con l'Agenzia, che ne coordina l'attività verificando la corretta applicazione dei protocolli. L'ACSS non replica dunque le attività dei NOC, ma opera in stretta sinergia con le funzioni di controllo delle ATS, e la sua azione si articola in due direttrici principali:

- a) il coordinamento e consolidamento delle attività in essere nelle varie realtà territoriali (attraverso strumenti quali il PCP, gruppi multidisciplinari o anche audit presso le strutture);
- b) l'analisi dei dati, lo sviluppo di nuovi spazi di controllo e modalità innovative di campionamento delle attività, per orientare le verifiche e incrementare efficacia ed efficienza dei controlli.

Rispetto alle funzioni di controllo già esercitate dalle ATS, il supporto di ACSS va inteso quindi come elemento di garanzia, oltre che di stimolo al sistema in una logica di miglioramento continuo.

La L.R. 23 stabilisce che "la Regione e tutti gli enti del sistema sono tenuti a fornire all'Agenzia tutti i dati e le informazioni utili all'espletamento dei compiti alla stessa affidati dalla presente legge" (art. 11, comma 7), e precisa che l'Agenzia è tenuta a inviare alla Giunta la segnalazione di eventuali omissioni da parte delle ATS (art. 11, comma 8). Lombardia Informatica SpA (Lispa) è il principale depositario dei dati e, come previsto dal suo Statuto, ha funzione di 'fornitore di servizi e prestazioni informatiche; inoltre, la Commissione III del Consiglio Regionale, nella seduta 12 aprile 2017, ha sottolineato che "*...affinché l'Agenzia possa lavorare al pieno delle potenzialità è indispensabile garantire lo scambio tempestivo dei dati sanitari necessari per le attività di controllo, da parte di LISPA e della DG Welfare*" (Parere n. 130/2017). In tal senso ACSS e DGW hanno avuto nel corso del 2017 momenti di confronto e di scambio tutt'ora in corso, finalizzati a superare le criticità relative alla privacy ed a prevedere che le funzioni di supporto di Lispa, per l'acquisizione dei servizi informatici, siano riconosciute anche ad ACSS, in quanto Ente del SIREG (DGR X/4696/2015).

Anche per quanto attiene l'acquisizione delle **risorse umane** necessario allo svolgimento delle attività dell'Agenzia non sempre è stato possibile ottenere da parte degli Enti del Sistema, la disponibilità al comando presso ACSS di operatori qualificati e interessati, nonostante sia stata formalmente sollecitata dalla Giunta e dalla Commissione Consigliare.

L'attività di controllo esercitata da ACSS si deve relazionare, pur nella specificità delle reciproche competenze, con **altri Enti/organismi di controllo** del sistema regionale, alcuni dei quali sono stati istituiti in Lombardia nell'ultimo decennio, ad indicare la complessità amministrativa da gestire e la volontà del legislatore di dare risposte di garanzia (DGR X/5661/2016 allegato1). Tra questi, in particolare:

ARAC-Agenzia Regionale Anti Corruzione (2016): prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità.

Comitato regionale per la legalità e la trasparenza dei contratti pubblici (2015): vigila sulla trasparenza degli appalti e sulla fase esecutiva dei contratti.

Comitato Regionale dei Controlli (2008): verifica il corretto funzionamento delle strutture regionali (costi, gestione, efficienza).

Per garantire il raccordo tra le attività DGW e le funzioni di controllo degli Organismi regionali, è stato attivato nel 2016 un Nucleo di Coordinamento dei Controlli all'interno della DGW.

1.2 ATTIVITÀ 2017 DELL'AGENZIA

Gli interventi più significativi dell'Agenzia nel 2017 hanno riguardato:

- Sviluppo e adeguamento dell'assetto organizzativo.
- Approvazione del Piano dei Controlli Quadro 2017 e altri adempimenti ai sensi dell'art.11 della LR 23.
- Predisposizione di Documenti Tecnici di approfondimento su iniziativa di ACSS.

Sviluppo e adeguamento dell'assetto organizzativo

Nel corso del 2017 sono stati realizzati in ACSS importanti interventi di adeguamento dell'assetto organizzativo, che stanno consentendo di superare gradualmente la fase di start-up. Dopo essersi costituita e dotata nel 2016 di un primo nucleo di personale in comando, nel corso del 2017 ACSS ha reclutato nuove risorse professionali, avvicinando così la copertura di personale agli assetti inizialmente previsti.

Inoltre, a seguito di una revisione degli ambiti di operatività presidiati o meritevoli di essere ulteriormente sviluppati, è stata adeguata l'articolazione organizzativa per renderla più funzionale al perseguimento degli obiettivi previsti dalla L.R. 23, valorizzando l'integrazione tra ambiti di attività con approccio multi-professionale e multidisciplinare. Si è consolidata nel 2017 la gestione delle risorse umane di ACSS attraverso azioni di sviluppo in vari ambiti.

Approvazione del Piano dei Controlli Quadro 2017 e altri adempimenti di legge

In questo "cantiere in costruzione", nonostante il notevole impegno di risorse in attività di sviluppo organizzativo e l'incompleta copertura di personale, l'ACSS ha comunque operato per dare riscontro al suo mandato specifico. In particolare, sono state portate a termine le seguenti attività entro i termini previsti:

- Piano dei Controlli Quadro 2017 (PCQ-2017): DGR X/6502 - 21 aprile 2017
- Analisi e approvazione dei Piani di Controllo 2017 proposti dalle ATS.
- Relazione sulle 'Funzioni non tariffate' (L.R. 23, art. 11, comma 4, lettera e), finalizzata a valutare la corretta applicazione dei criteri per la determinazione delle funzioni da remunerare e l'entità del relativo finanziamento, con riferimento alla rendicontazione 2015. L'ACSS ha proposto una revisione delle funzioni non tariffate in 'funzioni confermabili', 'aggiornabili' e 'non più attuali', individuando alcune aree di interesse sulle quali sviluppare nuove funzioni non tariffate (Determina ACSS n. 11/2017)

- Relazione sulle Maggiorazioni Tariffarie (L.R. 23/2015, art.11, comma 4 lettera f), che valuta la corretta applicazione dei criteri per la determinazione delle maggiorazioni tariffarie ex articolo 27bis della L.R. 7/2010, funzionali a remunerare gli oneri derivanti dal maggior carico assistenziale dei reparti ospedalieri con attività didattica e di ricerca (IRCCS e strutture di ricovero e cura - poli universitari). La relazione propone raccomandazioni/suggerimenti per il corretto funzionamento del sistema di riconoscimento delle maggiorazioni
- Protocollo Chirurgia Bariatrica: come richiesto dalla Giunta (DGR X/6502/2017), è in fase di elaborazione finale- il "Protocollo per la Chirurgia Bariatrica, Chirurgia Plastica ricostruttiva post-bariatrica e Riabilitazione post-chirurgia bariatrica", finalizzato a ottimizzare la rendicontazione e le relative modalità di verifica. Il documento è stato redatto da ACSS in collaborazione con un Tavolo Tecnico di operatori ATS e di specialisti di settore

Documenti Tecnici di approfondimento su iniziativa di ACSS

L'Agenzia ha prodotto nel 2017 alcuni documenti tecnici finalizzati ad approfondire e analizzare specifiche attività, di seguito elencati:

1. Analisi e relazione sulle sanzioni 2013-2015
2. Documento sui DRG Omologhi
3. Analisi sulle Prestazioni Ambulatoriali (variabilità dei consumi e trend anomali)
4. Focus sulle Prestazioni Ambulatoriali 'non associabili' o già incluse nelle BIC
5. Focus sulla rendicontazione PET e TC
6. Focus sui volumi degli impianti/sostituzioni di Protesi (ginocchio e anca)
7. Indicatori per il monitoraggio e controllo della Sperimentazione CReG (Determina ACSS n°27/2017)
8. Analisi dell'evoluzione normativa in ambito riabilitativo
9. Evoluzione dei controlli in ambito riabilitativo a seguito dell'applicazione dello schema di decreto ministeriale
10. Distribuzione diretta 2016 - Farmaci non sottoposti a registro AIFA di monitoraggio
11. Trasporto di soggetti nefropatici sottoposti a trattamento dialitico - analisi dei processi di controllo
12. Analisi esiti controlli NOC 2013-2015
13. Analisi e Valutazione dei ricoveri medici programmati finalizzata alla individuazione di possibili aree di approfondimento dei controlli
14. Proposta metodologica per il miglioramento dell'efficacia dell'attività di controllo dello scompenso cardiaco.

Oltre al valore esplicito dei risultati delle analisi sulle attività del sistema, la redazione di questi documenti ha consentito ad ACSS di mettere a punto una metodologia omogenea di indagine e rappresentazione dell'attività di controllo, per esempio attraverso l'individuazione di scostamenti anomali rispetto ad un andamento atteso e il confronto tra strutture e tra ATS. Le risultanze di tali analisi sono state discusse e condivise con DGW e con le ATS, contribuendo così ai contenuti del presente PCP.

1.3 INTRODUZIONE AL PIANO DEI CONTROLLI E DEI PROTOCOLLI 2018

Obiettivi generali

In continuità col precedente 'Piano dei Controlli Quadro 2017', sono **obiettivi strategici generali** del PCP-2018:

- Migliorare efficienza ed efficacia delle attività di controllo svolte dalle ATS
- Rendere i controlli più omogenei e ridurre la variabilità tra territori (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 liberino risorse umane in ATS da dedicare ad approfondimenti ulteriori (ad es. incrementando automatismi informatici e controlli elettronici, promuovendo la qualità dei dati, ecc.)
- Garantire maggior trasparenza nelle attività di controllo.

Strategie d'intervento

Le strategie dell'ACSS sono orientate ad un progressivo affinamento delle metodologie e degli strumenti di vigilanza e controllo, e allo sviluppo di strumenti innovativi di facilitazione/semplificazione delle attività di controllo delle ATS.

In particolare, l'Agenzia persegue le seguenti strategie di intervento:

- sviluppare sistemi di verifica che privilegino sempre di più **modalità di controllo ex ante** rispetto ai controlli ex post. Obiettivo è far transitare progressivamente il sistema dei controlli da un modello che vede come attività prevalente adempimenti burocratici e aspetti sanzionatori, verso un modello che privilegi sistemi di garanzia in ingresso. Si tratta di snellire l'impianto attuale per effettuare verifiche sulla trasparenza e onestà di chi eroga le prestazioni e focalizzare l'azione di controllo su obiettivi di miglioramento condivisi;
- utilizzare **sistemi esperti** basati su approcci statistici che, attraverso l'analisi dei dati storici sugli esiti dei controlli, possano individuare ambiti di indagine a maggior probabilità di inappropriata.
- promuovere una maggior responsabilizzazione dei soggetti erogatori anche attraverso lo sviluppo di **metodologie di autocontrollo** sempre più efficaci, in particolare per quanto riguarda l'ambito sociosanitario che ne è privo;
- incrementare **automatismi informatici e controlli elettronici sui flussi** per creare 'alert' o blocchi in ingresso di prescrizioni errate o inappropriate, privilegiando un'ottica preventiva piuttosto che sanzionatoria. Tale attività riflette il mandato della L.R. 23 all'Agenzia, di *'...individuare e valutare 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 ...'* (art 11, comma 4, lettera d).

- sviluppare criteri di **graduazione dei rischi** connessi a uno svolgimento NON corretto delle attività/ servizi da parte degli erogatori, per diversificare i profili di rischio delle strutture e definire priorità di intervento sulla base dei profili individuati.
- sviluppare e validare '**indicatori di rischio**' per rilevare in maniera tempestiva **eventi sentinella** che orientino le verifiche delle ATS verso ambiti di inappropriatelyzza e/o possibili opportunismi. L'analisi effettuata dall'Agenzia, a livello centrale, consente il posizionamento dei fenomeni rilevati localmente rispetto a comportamenti attesi (medi) osservati a livello regionale.
- **capitalizzare su risorse informative esistenti**, utilizzando dati e indicatori sviluppati e già disponibili in altri contesti per altre attività (ad es. indicatori utilizzati dal Piano Nazionale Esiti, o per gli adempimenti del DM 70/2016, etc.);
- promuovere strategie di controllo mirate anche a verifiche di **appropriatezza specifica** attraverso lo sviluppo dell'attività di auditing (interno/esterno) e maggior focus sugli esiti clinici (si veda in merito il Parere della Commissione III n.130/2017 e la DGR X/6502/2017);
- incrementare strategie di valutazione focalizzate non solo su singoli episodi di cura (ricoveri, prestaz. ambulatoriali), ma anche sul **controllo dell'intero percorso di erogazione**, favorendo una lettura trasversale dei fenomeni e l'integrazione sanitaria/sociosanitaria.

Output dell'analisi di ACSS nel PCP-2018.

In ogni Sezione del PCP-2018, come esito del percorso di analisi e valutazione, ACSS fornisce:

1. Indicazioni Operative specifiche per i controlli delle ATS (ad esempio focus su DRG specifici, SDO da campionare, ecc.)
2. Raccomandazioni di ordine generale o suggerimenti per azioni di miglioramento da parte della DGW (ad es. su qualità dei dati o dei processi, revisioni flussi/debiti informativi, etc.).

Per facilitare e armonizzare la predisposizione dei Piani di Controllo da parte delle ATS, e semplificare l'elaborazione centrale dei risultati, il PCP-2018 propone dei **Format omogenei** per i Piani di controllo territoriali, anche con indirizzi sugli indicatori per la reportistica periodica. L'adozione di Format unificati è preliminare allo sviluppo di un portale dedicato da pubblicare sul sito web ACSS per valorizzare il patrimonio informativo sui controlli in un'ottica di trasparenza (documenti di indirizzo ACSS, Piani di Controllo ATS, relazioni trimestrali di verifica, indicatori e specifici dataset, etc.).

1.4 ATTIVITÀ ACSS DA IMPLEMENTARE NEL 2018

ACSS intende sviluppare una sempre maggior collaborazione con le strutture delle ATS impegnate in attività di vigilanza e controllo, per favorire maggiore omogeneità di intervento a livello regionale. A questo proposito, nel 2018 si provvederà a:

- consolidare/attivare tavoli di lavoro permanenti e **gruppi di lavoro** su specifiche problematiche, per condividere strumenti e modalità operative;
- attivare percorsi **formativi** per gli operatori delle ATS addetti alle verifiche, finalizzati a condividere criteri di campionamento, indicatori e modalità di controllo, a ridurre la

variabilità d'intervento e allineare progressivamente le attività di vigilanza tra ambito sanitario e sociosanitario.

Le ATS dovranno tener conto anche della **normativa sull'anticorruzione**, in particolare degli adempimenti previsti dalla L.190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), che dedica approfondimenti specifici all'ambito 'Sanità' (v. aggiornamenti 2015 e 2016 del PNA). Tra le principali aree di rischio specifico, sono indicati in particolare due ambiti: *'controlli, verifiche, ispezioni, sanzioni'*¹ e l'ambito dei *'rapporti con gli erogatori'*². A titolo di esempio, per il rafforzamento dei controlli è suggerito di indicare:

- il n° minimo dei controlli che, a campione e senza preavviso, si intendono effettuare;
- i criteri di scelta delle strutture da sottoporre a controllo;
- le modalità di conduzione dei controlli, ad es. con riferimento alla periodicità o alla composizione dei team ispettivi, prevedendo anche team a composizione mista, con personale proveniente da aziende diverse da quelle di competenza territoriale.

Graduazione del rischio

Si chiede inoltre alle ATS, all'interno dei rispettivi Piani di controllo 2018, di effettuare un'analisi dei possibili fattori di rischio, al fine di evidenziare aree di effettiva criticità e definire priorità d'intervento. e selezionare le strutture da verificare.

Si chiede di fornire evidenza dei criteri utilizzati per graduare il rischio. A titolo di esempio, per gli ospedali: numero p.l., vetustà degli edifici, impianti tecnologici, deroghe all'accreditamento, DRG ad alta complessità o a rischio di inappropriatezza, precedenti sanzioni, eventi avversi o sentinella, etc.

Tale attività risponde anche a una logica di flessibilità dei controlli. L'introduzione di elementi di flessibilità nelle verifiche potrà portare ad esempio all'utilizzo di sistemi premianti per le strutture più 'virtuose' (soggette quindi a meno controlli) o viceversa penalizzanti per le strutture a maggior rischio, nelle quali dovrà essere intensificata la frequenza dei controlli.

Piano di formazione

Per allineare i tradizionali strumenti/metodi di controllo ad un contesto di *governance* in rapida trasformazione e implementare il PCP-2018 secondo le strategie di intervento sopra espresse, è necessario un cambio di prospettiva sostanziale che andrà accompagnato e stimolato in un confronto fruttuoso con gli operatori del sistema.

Il personale addetto alla vigilanza e controllo nelle ATS proviene da formazione ed esperienze eterogenee. L'ampia variabilità tra ATS osservata nelle attività di controllo, documentata da ACSS in vari capitoli del PCP, indica l'opportunità di rinnovare i percorsi di formazione per promuovere competenze specifiche per *'verificatori'* in ambito sanitario e sociosanitario. A tal fine l'Agenzia sta pianificando l'attivazione di percorsi formativi specifici nell'ambito di un **Piano di formazione dedicato**, che sarà progettato entro Marzo 2018 e sviluppato in sinergia con DGW ed Eupolis.

¹ Aggiornamento 2015 al PNA. Determinazione Autorità Nazionale Anticorruzione n.12 del 28/10/2015

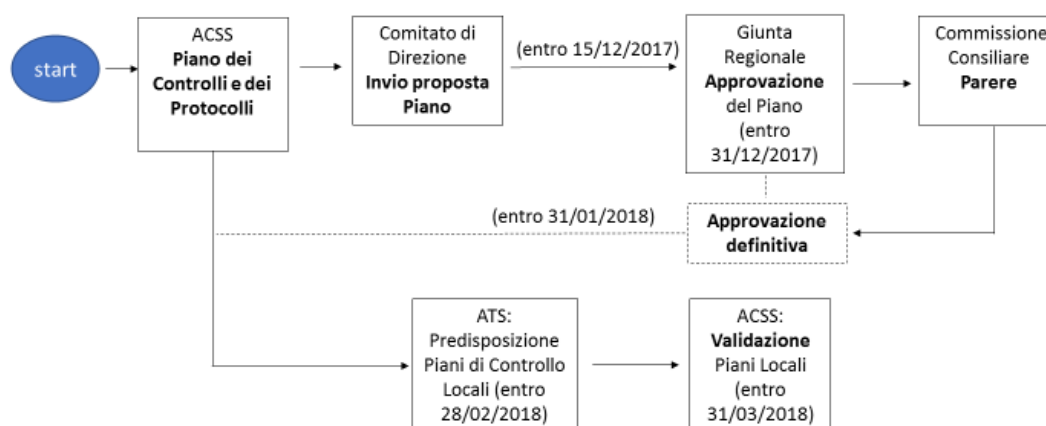
² Aggiornamento 2016 al PNA. Determinazione Autorità Nazionale Anticorruzione n. 831 del 3/8/2016

L'Agenzia intende inoltre valutare, anche in collaborazione con la DGW, l'opportunità di istituire un **Registro del personale qualificato da destinare ad attività di controllo** al termine di un percorso di formazione certificato. Tale Registro potrebbe essere uno strumento efficace per contenere elementi di soggettività nelle attività di verifica, viste tra l'altro le ricadute sanzionatorie ed economiche, oltre che elemento di garanzia per le ATS, per incrementare le rispettive performance di controllo.

Tempistica del PCP-2018

In accordo con la DGW, la proposta di PCP-2018 sarà presentata alla Giunta in concomitanza con le Regole 2017, per garantire una tempistica funzionale e sinergica alla programmazione della DGW e delle ATS, con un percorso di condivisione già avviato attraverso il confronto, nel corso di vari incontri, su specifici documenti tecnici.

FLOW-CHART PROCESSO/TEMPI



2° parte - CONTROLLI SULLE STRUTTURE EROGATRICI

2.1 AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

Premessa

Nel corso dell'anno 2018 saranno avviate azioni finalizzate a garantire unitarietà ed omogeneità riguardo all'attività di vigilanza e controllo in ambito sanitario e sociosanitario. Anche attraverso l'osservazione delle metodologie e strumenti utilizzati nei diversi territori e nei differenti ambiti di controllo, l'ACSS intende promuovere un sistema di vigilanza e controllo unificato, costruito sull'utilizzo e condivisione delle *best practice* in atto.

2.1.1 Vigilanza e controllo in ambito sanitario

I Piani di controllo delle ATS anno 2017

Nella indisponibilità di accesso al flusso informativo ASAN, non è stato possibile effettuare un'analisi approfondita dello stato dell'arte delle attività di vigilanza e controllo relative all'accREDITAMENTO sanitario. Nonostante ciò, per fornire qualche indicazione sulle attività svolte si è proceduto in modo estemporaneo all'esame di quanto contenuto nei Piani di controllo 2017 delle ATS.

Tutti i Piani esaminati presentano sezioni relative ad 'autorizzazione e accREDITAMENTO', ma complessivamente molto eterogenee e difformi tra loro. Non sempre le attività sono rappresentate in modo esauriente ed approfondito. In particolare, non sempre sono esplicitati i criteri di graduazione del rischio che conducono alla pianificazione delle attività e raramente è indicata la numerosità dei controlli previsti.

Indicazioni per la predisposizione dei Piani di Controllo 2018

Si chiede alle ATS di definire le attività che intendono mettere in atto nel corso del 2018, precisando che, anche per questo tipo di attività, è necessario procedere ad una individuazione preliminare dei potenziali fattori di rischio.

Al tal fine, si invitano le ATS a prevedere dei controlli sulle unità d'offerta sanitarie a prescindere dal loro status (solo autorizzate, accreditate o contrattualizzate), pianificando delle verifiche anche sulle strutture solo autorizzate.

In mancanza di una puntuale definizione di tempistiche e quantità da verificare, nella programmazione dei controlli le ATS dovranno tenere conto di quanto previsto dall'articolo 2 comma 3 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 ravvisano la necessità ai fini del buon andamento delle attività sanitarie"*.

Nel corso del 2018 le ATS dovranno inoltre effettuare gli opportuni monitoraggi sull'andamento dei piani programma delle strutture sanitarie. Gli esiti di tale verifiche dovranno essere trasmessi alla DGW ed all'ACSS.

I Piani Aziendali dei Controlli per il 2018, nel rispetto della normativa e degli atti regionali in materia, dovranno essere predisposti in modo da dare specifica evidenza dello svolgimento delle attività di vigilanza e controllo riguardo l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento delle strutture sanitarie.

I documenti dovranno prevedere le seguenti sezioni:

1. **Rendicontazione delle attività 2017.** Andranno rendicontate le attività sviluppate a seguito di quanto richiesto nel Piano dei controlli del 2017.
 - Verifica post classificazione su tutte le Unità di Raccolta Sangue ed Emocomponenti.
 - Verifica puntuale sul possesso degli specifici titoli abilitanti per i vari profili professionali del personale sanitario impiegato nelle Strutture sanitarie.
 - Verifica del piano di monitoraggio nei confronti degli SMEL nel territorio di competenza.
2. Individuazione e **graduazione dei fattori di rischio** delle Strutture (v. Considerazioni introduttive).
3. **Pianificazione delle attività 2018.** Per ognuna delle azioni di vigilanza e controllo pianificate dovrà essere formulata una previsione numerica.
In particolare, si chiede di prevedere un piano di verifica specifico per i **Blocchi Operatori** delle strutture erogatrici, sia per quanto riguarda la verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento, che per la corretta ed esaustiva documentazione del numero, tempistiche e modalità esecutive degli atti chirurgici riporti nei registri operatori. Questo tipo di controllo dovrà essere effettuato unitariamente tra le équipes di vigilanza e quelle di appropriatezza, in modo tale da verificare congiuntamente la qualità dell'ambiente operatorio e il rispetto dei requisiti organizzativi, in particolare il rapporto tra il volume di attività svolto (desunto dalle SDO e dai registri operatori) e le risorse umane destinate. In considerazione dei recenti episodi relativi all'area ortopedica, si chiede di dare priorità agli interventi di artroprotesi.

2.1.2 Vigilanza e controllo in ambito sociosanitario

Premessa

Considerata la particolare fragilità che spesso caratterizza, per età e/o per disabilità, gli utenti dei servizi sociosanitari, si ritiene fondamentale rafforzare un sistema di controllo che verifichi sia l'adeguatezza dei soggetti erogatori, sia l'appropriatezza delle prestazioni erogate, al fine di prevenire eventuali fenomeni distorsivi o di inadeguatezza erogativa.

Anche considerata la scarsità di risorse disponibili, si ritiene necessario procedere ad un affinamento delle metodologie e degli strumenti di vigilanza e controllo, ponendo una sempre maggior attenzione allo sviluppo e implementazione di indicatori di rischio, nonché alla costruzione di un cruscotto che rilevi in maniera tempestiva possibili eventi sentinella.

A tal fine, a supporto dell'attività di controllo delle ATS, l'Agenzia ritiene necessario, tra l'altro, sistematizzare la gestione delle **segnalazioni** e delle lamentele che provengono da utenti, familiari o operatori dei servizi sociosanitari.

Come già sottolineato nel Capitolo introduttivo, lo sviluppo dell'attività di vigilanza e controllo costruita fortemente su indicatori di rischio ed eventi sentinella, non può prescindere dalla disponibilità di flussi informativi affidabili, coerenti e tempestivi.

Pertanto, nel corso dell'anno 2018 dovrà essere rafforzato il livello di collaborazione tra strutture delle ATS che si occupano di vigilanza e controllo con quelle dedicate alla gestione dei flussi informativi.

L'ACSS, in stretta collaborazione con DGW e le ATS, promuoverà azioni di sviluppo delle verifiche dei flussi informativi a supporto dell'attività di vigilanza e controllo.

Nel 2018, al fine di meglio verificare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, la DGW e ACSS condivideranno modalità e strumenti per attivare un flusso analitico sul consumo di **farmaci** all'interno delle unità d'offerta sociosanitarie.

Nel 2018, in stretta collaborazione con DGW e le ATS, saranno inoltre definite metodologie e mezzi per l'esercizio dell'attività di vigilanza e controllo riguardo alle azioni innovative che si stanno mettendo in atto sulla gestione dei pazienti **cronici** (Cfr. 3.3.2 Controllo della presa in carico), anche con riferimento alla componente sociosanitaria dei percorsi di presa in carico.

Al fine di rafforzare e ottimizzare l'azione di vigilanza e controllo, si intende sviluppare ulteriormente il **controllo sui flussi e sulle banche dati**, attraverso un lavoro finalizzato a migliorare la qualità e la tempestività del dato, mettendo in atto azioni che consentano, nella gran parte dei casi, di basare anche il controllo documentale su documentazione elettronica, o su processi di dematerializzazione delle informazioni.

L'implementazione di metodologie omogenee e innovative di campionamento, consentirà inoltre di migliorare il livello di efficacia delle verifiche in loco.

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. Si ritiene quindi importante che all'interno delle ATS ci sia una stretta collaborazione tra la Struttura aziendale che si occupa di vigilanza con quella che si occupa di controlli di appropriatezza; così come ci devono essere momenti di raccordo e coordinamento tra queste Strutture e quelle che si occupano di abilitazione all'esercizio/accreditamento o di gestione economica delle risorse/contrattualizzazione.

Ulteriore linea di miglioramento dell'attività di vigilanza e controllo, basata su una sempre maggiore responsabilizzazione dei soggetti erogatori, è legata allo sviluppo di metodologie di **autocontrollo**, mutuando quello che già avviene in ambito sanitario. Si ritiene fondamentale, anche per le attività di vigilanza e controllo in ambito sociosanitario, adottare metodologie che rendano corresponsabili i soggetti erogatori, con l'obiettivo fondamentale di sostenere il costante miglioramento della qualità dei servizi.

Per quel che riguarda l'esito dell'attività di vigilanza e controllo, oltre ad una rivisitazione delle check list e dei modelli di verbale in uso, si provvederà alla costruzione di **flussi informativi strutturati sugli esiti delle verifiche** effettuate, finalizzata anche a consentire un'interfaccia con gli applicativi/flussi già in uso. Ad esempio, si cercherà di fare in modo che le verifiche sul possesso/mantenimento dei requisiti di esercizio/accreditamento possano dialogare con

l'anagrafica AFAM. Allo stesso modo, gli esiti dei controlli di appropriatezza dovranno poter essere messi in relazione con i flussi analitici delle prestazioni.

Allo scopo di favorire lo sviluppo di un sistema di vigilanza e controllo standardizzato e omogeneo sull'intero territorio regionale, nel corso del 2018 saranno consolidati tavoli di lavoro permanenti e/o attivati gruppi di lavoro su specifiche problematiche, saranno condivisi strumenti e modalità operative.

2.1.2.1 Organizzazione delle ATS

Le ATS svolgono l'attività di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sociosanitarie sulla base delle disposizioni e delle indicazioni regionali e dell'ACSS. L'organizzazione dell'attività deve essere improntata a criteri di economicità, efficacia ed efficienza. Per svolgere al meglio tale funzione, le ATS devono essere dotate di risorse tecnologiche e strumentali adeguate. Le risorse professionali dedicate a tali attività devono essere adeguate e commisurate al numero di UdO (unità d'offerta) presenti sul territorio.

Si sottolinea infine la necessità che le ATS mettano in atto specifiche attività formative del personale che si occupa di vigilanza e controllo in ambito sociosanitario.

2.1.2.2 L'attività di vigilanza e controllo

Le attività di vigilanza e le attività di controllo delle UdO sociosanitarie vanno strutturate in maniera correlata - sebbene riguardino due ambiti di verifica diversi - considerato che nel loro insieme compongono un unico processo aziendale.

La **vigilanza** in senso stretto, disciplinata principalmente dalla DGR 2569/2014, è riferita alla verifica del possesso e mantenimento dei requisiti di esercizio e/o accreditamento riferiti al soggetto gestore e alla struttura. Tali requisiti riguardano l'unità di offerta nella sua globalità: dal Legale rappresentante ed Ente gestore (soggettivi), agli aspetti generali di ordine strutturale, tecnologico, organizzativo e gestionale. La vigilanza si preoccupa principalmente di verificare requisiti e standard a livello macro, in relazione al funzionamento dell'unità di offerta quale componente della rete dei servizi sociosanitari.

Diversamente, il **'controllo'**, principalmente disciplinato dalla DGR 1765/2014, è indirizzato a verificare l'appropriatezza delle prestazioni erogate a singoli utenti dei servizi, e dei procedimenti/documenti rivolti a singoli destinatari; il controllo si pone quindi a un livello più 'microscopico' di analisi. Una prestazione può essere considerata appropriata, laddove è aderente a processi assistenziali attesi, definiti da evidenze scientifiche, da aspetti normativi e prassi uniformi.

Nella programmazione delle attività di vigilanza e controllo in ambito sociosanitario, andranno incluse **tutte le unità d'offerta** senza distinzione, a prescindere dal fatto che si tratti di strutture solo abilitate all'esercizio, accreditate o anche contrattualizzate.

Per le unità d'offerta con sedi di erogazione secondarie, devono essere verificate tutte le sedi della unità d'offerta, comprese quelle secondarie.

Inoltre, le verifiche di appropriatezza dovranno essere effettuate con riguardo a tutti gli utenti dei servizi, a prescindere dalla loro residenza, ivi compresi i cittadini residenti in altre Regioni. Fatta eccezione per i casi di ispezioni concordate previste dalla DGR 2569/2014 (presentazione di SCIA o SCIA contestuale, istanza di nuovo/o modifica di accreditamento

e monitoraggio della realizzazione dei piani programma), di norma tutti le visite di vigilanza devono essere effettuate senza preavviso.

Per quanto riguarda i controlli di appropriatezza, così come indicato nel paragrafo 4.7.5. "Indirizzi per l'attività di vigilanza e controllo in ambito sociosanitario" della DGR 7600/2017 (Regole 2018), *".. sono effettuati di norma con preavviso all'ente gestore nella giornata lavorativa antecedente la visita, fatti salvi i casi in cui sia necessaria l'esecuzione di sopralluoghi senza preavviso.."*.

2.1.2.3 Piani dei Controlli delle ATS

Il Piano dei Controlli è il principale strumento di programmazione delle ATS per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto delle funzioni di verifica, monitoraggio e controllo. L'arco temporale di riferimento del Piano dei Controlli deve coincidere con l'anno solare di riferimento, e la programmazione va strutturata tenendo conto di questo arco temporale.

La strutturazione ed i contenuti dei Piani devono dare piena attuazione alle indicazioni Regionali e dell'ACSS, con particolare riguardo alle Regole di Sistema del SSL e al Piano dei Controlli e dei Protocolli. Nella **parte introduttiva riferita all'ambito sociosanitario, le ATS dovranno esplicitare:**

- a. l'articolazione organizzativa adottata dall'ATS per la vigilanza e controllo in ambito sociosanitario;
- b. la dotazione analitica di personale adibito alla vigilanza e controllo, con relativi inquadramenti giuridici e profili professionali;
- c. la dotazione di mezzi e strumenti operativi a supporto dell'attività di vigilanza e controllo.
- d. illustrare sinteticamente la ripartizione per ambiti distrettuali delle diverse tipologie di unità d'offerta sociosanitarie, correlando la distribuzione con la popolazione target di riferimento.

Inoltre, si dovrà dare evidenza dell'**attività di vigilanza e controllo svolta nel corso dell'anno 2017**, anche illustrando sinteticamente gli esiti delle verifiche effettuate.

L'attività di 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 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. Con DGR 2569/2014, la Giunta Regionale ha puntualizzato ulteriormente alcuni contenuti a carattere generale, fornendo altresì linee guida operative per l'esercizio dell'attività di vigilanza e controllo.

2.1.2.4 Verifica delle SCIA e delle istanze di accreditamento

Per avviare l'esercizio e/o richiedere l'accreditamento di un'unità d'offerta sociosanitaria, devono essere seguite le procedure indicate nel Sub Allegato 9 della DGR 4702/2015. La messa in esercizio pone l'obbligo della presentazione di una 'Segnalazione Certificata di Inizio Attività' (SCIA), prodotta ai sensi dell'articolo 19 della Legge n. 241/1990 e s.m.i.

Le ATS debbono accertare, entro 60 giorni dal ricevimento dell'istanza, l'effettivo possesso dei requisiti per l'esercizio dell'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, **si invitano le ATS ad avviare con la massima tempestività le verifiche sull'effettivo possesso dei requisiti necessari.**

Anche in caso di richiesta di accreditamento/voltura, si chiede alle ATS una verifica tempestiva dei requisiti richiesti. In ogni caso, tale verifica dovrà essere effettuata **entro il termine massimo di 60 giorni** dal ricevimento dell'istanza.

Sia nel caso di nuove UdO abilitate all'esercizio, sia nei casi di nuovi accreditamenti o relative volture, nei successivi **90 giorni** le ATS dovranno verificare il mantenimento dei requisiti richiesti, inclusa la verifica del rispetto degli standard gestionali.

Requisiti Soggettivi

Per quel che riguarda i requisiti soggettivi, le ATS dovranno acquisire, entro il 31 gennaio di ciascun anno, le dichiarazioni sostitutive di certificazione, riportate nella DGR 2569/2014, prodotte ai sensi del DPR 445/2000. L'obbligo di trasmissione di tali dichiarazioni è a carico di tutte le UdO sociosanitarie, sia che siano solo abilitate all'esercizio, accreditate o contrattualizzate.

Nel corso del 2018, le ATS dovranno provvedere alla verifica dei **requisiti** soggettivi di tutte le unità d'offerta sottoposte a vigilanza, oltre alla verifica delle **autocertificazioni** prodotte, con modalità e tempistiche definite nei successivi paragrafi.

In collaborazione con gli Uffici della DGW, ACSS avvierà nel corso del 2018 le attività per la condivisione di alcune banche dati, in modo che le ATS possano beneficiare di verifiche fatte da altre Agenzie.

Saranno inoltre promosse attività affinché la verifica dei requisiti soggettivi per gli erogatori riconosciuti come Ente Unico possa essere posto a capo di una sola ATS.

Requisiti Strutturali/Tecnologici ed Organizzativi/Gestionali

A partire dal 1° gennaio 2018, le verifiche sul mantenimento dei requisiti Strutturali/Tecnologici e Organizzativi/Gestionali dovranno di norma essere effettuate **congiuntamente**. Aniché mantenere separate le diverse tipologie di verifica, si ritiene infatti più utile organizzare in maniera unitaria l'attività di vigilanza, sia dal punto di vista temporale sia sotto il profilo funzionale ed organizzativo. **Le ATS, dovranno pertanto attrezzarsi affinché pianificazione e svolgimento dell'attività di vigilanza avvengano unitariamente e in un unico momento.**

Inoltre, la vigilanza dovrà essere svolta in integrazione coi controlli di appropriatezza, tenendo conto anche delle evidenze derivanti dalle informazioni presenti nei flussi informativi.

Per tutte le UdO sociosanitarie attive e nel pieno possesso dei requisiti previsti, fatti salvi ulteriori adempimenti determinati da specifiche normative nazionali o regionali, si dovrà procedere alla verifica dei requisiti Strutturali/Tecnologici ed Organizzativi/Gestionali **con cadenza almeno triennale**.

Vista la periodicità dei controlli, la programmazione dell'attività di verifica delle ATS dovrà essere effettuata su base triennale, considerando l'anno 2018 come primo anno del triennio. In ciascuna annualità deve essere previsto il **controllo di almeno 1/3 delle unità d'offerta** attive all'inizio del triennio, per ogni singola tipologia di unità d'offerta.

Nei Piani di controllo, le ATS dovranno esplicitare i criteri utilizzati per il campionamento delle unità d'offerta da sottoporre a verifica. Al fine di non concentrare le verifiche in un unico periodo dell'anno, si richiede alle ATS di effettuare **in ogni trimestre almeno 1/5 dei controlli** previsti per l'intera annualità. Tale percentuale va riferita ad ogni singola tipologia di UdO.

In aggiunta alle verifiche previste dalla propria programmazione, annualmente l'**ACSS potrà richiedere alle ATS il controllo di un massimo del 5% delle UdO**. La selezione di queste Strutture sarà basata sia sull'utilizzo di indicatori di rischio, sia ricorrendo a campionamenti casuali. La verifica triennale dei requisiti non esime le ATS dall'acquisire le certificazioni di legge previste in caso di scadenza di quelle già agli atti o qualora scaturiscano nuovi obblighi.

Per le unità d'offerta soggette a significative modifiche strutturali, che prevedono perlomeno la presentazione di una SCIA edilizia, si dovrà procedere alla verifica di tale categoria di requisiti entro 60 giorni dalla data di conclusione dei lavori.

Per le unità d'offerta soggette a significative modifiche organizzative (ad es. in caso di avvicendamento tra soggetti ai quali è stata appaltata la gestione dei servizi assistenziali), anche a seguito del cambiamento del soggetto gestore si dovrà procedere alla verifica di tale categoria di requisiti entro 90 giorni dalla data della modifica.

Oltre ai controlli ordinari sopra definiti, nel 2018 si dovrà sottoporre a vigilanza tutte quelle le UdO per le quali:

- a seguito di una verifica effettuata nell'ultimo triennio, sia stata riscontrata la carenza di almeno uno dei requisiti previsti, di carattere Strutturale/Tecnologico oppure Organizzativo/Gestionale;
- in base agli indicatori di rischio sviluppati attraverso l'elaborazione dei dati dei flussi informativi, si ritenga possa esistere qualche carenza riguardo a qualche requisito previsto;
- sia stata richiesta una verifica da parte della DGW o dell'ACSS.

Nei casi di più UdO riconducibili ad uno stesso soggetto gestore, qualora nel corso di una visita di vigilanza presso una singola UdO si dovesse riscontrare la carenza di un requisito per il quale si possa ritenere probabile un mancato soddisfacimento anche in altre strutture, si invitano le ATS ad effettuare le verifiche anche nelle altre UdO afferenti all'erogatore. Relativamente ai soggetti **gestori di più unità d'offerta**, anche di diversa tipologia, si invitano le ATS a verificare gli standard per ogni singola UdO, tenendo conto anche dell'eventuale utilizzo dello stesso personale su più strutture o misure. La verifica degli standard gestionali andrà effettuata 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 ed alla DGW.** Considerata l'importanza dei dati contenuti in "Scheda Struttura", ai fini della misurazione di requisiti e standard, i Legali Rappresentanti delle UdO dovranno verificare la correttezza e attendibilità dei dati trasmessi, assumendosi la responsabilità della veridicità di quanto inviato. Le ATS, prima di procedere all'elaborazione, dovranno mettere in atto azioni di verifica sulla correttezza dei dati raccolti.

Le ATS dovrà inoltre provvedere ad un adeguato monitoraggio dei contenuti della **Carta dei Servizi** delle diverse UdO, verificando la compatibilità dei contenuti con la normativa e le disposizioni vigenti, oltre che l'effettiva messa in atto di quanto previsto. Si dovrà in particolare verificare, anche attraverso la selezione di un campione rappresentativo di utenti pari ad almeno il 5% degli utenti presenti, che la compartecipazione al costo dei servizi rispetti le regole vigenti, che non siano fatti pagare servizi inclusi nella tariffa o nella retta base, e che vi sia coerenza tra quanto sottoscritto in sede di contratto di ingresso e la compartecipazione effettivamente richiesta.

Infine, particolare attenzione dovrà essere posta sulla corretta applicazione delle regole sulla gestione delle **liste d'attesa**, anche attraverso l'esplicitazione trasparente dei criteri applicati, nonché delle modalità di applicazione degli stessi. La verifica dell'effettiva applicazione di tali criteri dovrà avvenire anche attraverso la selezione di un campione corrispondente ad almeno il 5% degli utenti inseriti in struttura nell'ultimo anno.

Per le **Strutture sottoposte a piano programma**, le ATS dovranno verificare almeno ogni sei mesi il rispetto delle tempistiche di adeguamento riportate nel piano. L'esito del monitoraggio del rispetto dei piani programma dovrà essere trasmesso, sulla base di un apposito prospetto di rendicontazione, alla DGW e all'ACSS.

Inoltre, nel corso del 2018, in collaborazione con le ATS e gli erogatori, ACSS avvierà delle sperimentazioni affinché anche nell'ambito della vigilanza siano adottate procedure di **autocontrollo**, chiedendo ai gestori di autocompilare le medesime *check list* utilizzate dalle équipe delle ATS.

2.1.2.5 Verifiche autocertificazioni e titoli di studio

Nel corso del quinquennio 2018-2022, le ATS dovranno verificare la veridicità di tutte le autocertificazioni prodotte dai soggetti gestori delle singole unità d'offerta sociosanitarie, in particolare: per il 2018 si dovrà verificare quanto autocertificato in almeno il 20% di tutte le UdO sottoposte a vigilanza; nel biennio 2018-2019, si dovrà verificare l'effettivo possesso dei titoli di studio e delle eventuali iscrizioni agli albi professionali per tutti i medici ed infermieri che operano in strutture sociosanitarie del territorio di pertinenza; entro la fine del 2020, la verifica dovrà essere completata anche per tutte le altre figure professionali che operano all'interno della rete sociosanitaria.

2.2 CONTROLLI AREA RICOVERI

I controlli in quest'area sono volti a monitorare e valutare la qualità delle attività ospedaliere di ricovero, in linea coi principi guida contenuti sia nella Raccomandazione n. 17 del 1997 emanata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa agli Stati Membri, sia nella Legge 449 del 27/12/1997, con la quale Regioni e Aziende Sanitarie e Ospedaliere sono chiamate ad attivare specifiche azioni che favoriscano un corretto ed efficace utilizzo delle risorse. Tra l'altro la disomogenea attività di controllo esercitata dalle varie equipe territoriali rappresenta la critica principale che gli enti erogatori pongono a carico dei sistemi di controllo. È utile ricordare che uno dei compiti previsti dalla L.R. 23, che ha istituito l'Agenzia, è proprio quello di **limitare la soggettività** dell'azione di controllo.

ACSS, nell'esercizio delle funzioni conferite dalla L.R. 23 e illustrate in premessa e sulla base dell'analisi delle attività, formula nel PCP alcune indicazioni integrative rispetto a quanto già normato da Regione Lombardia con le Regole di Sistema e i tavoli tecnici inerenti questa tematica.

Analisi della variabilità del controllo

ACSS ha analizzato il controllo sulla produzione del triennio 2013-2015 esercitato dai Nuclei Operativi di Controllo (NOC) delle ATS³. **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 ATS⁴.

	2013	2014	2015
SDO Erogate	1.568.556	1.553.243	1.547.192
SDO Controllate	217.038	224.119	212.634
% Controllate/Erogate	13,8%	14,4%	13,7%
Valore degli abbattimenti €	21.727.554	26.756.663	23.659.582

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

Lo sviluppo dell'analisi successiva si è articolata secondo le seguenti dimensioni:

- Campionamento
- Risultati/Esiti

³ dati presenti nel datawarehouse di Regione Lombardia

⁴ 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 ed i controlli in ATS Insubria. Tale elemento è ritenuto influente rispetto ai risultati complessivi dell'analisi.

- Per tipologia di controllo
- Per DRG
- Per concordanza NIC-NOC
- Per strutture erogatrici

Campionamento

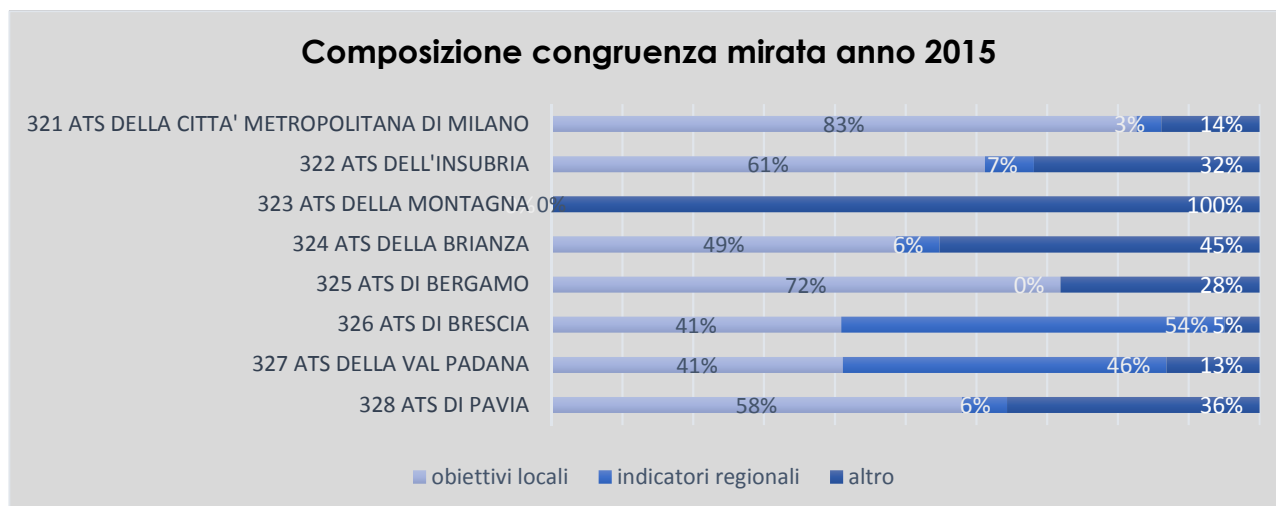
Il campionamento delle SDO rappresenta la fase fondamentale del processo di controllo, poiché ne indirizza l'attività e ne influenza gli esiti. È anche l'elemento principale che determina la notevole variabilità tra territori della azione di controllo.

Le definizioni dei **"tipi campione"** attualmente selezionabili dalle ATS nel flusso NOC identificano due fattispecie principali. La prima fa riferimento ai c.d. indicatori regionali, ad es. importo medio per reparto, incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa. La seconda denominata "Obiettivi Locali" è utilizzata dalle ATS per indicare tutti i tipi di campionamento che le stesse effettuano per specifiche peculiarità locali.

La seguente tabella mostra l'andamento del triennio 2013-2015 per 'tipo campione' tra obiettivi locali, indicatori regionali e altri tipi campione. Si evidenzia che il tipo campione "Obiettivi Locali" è ampiamente utilizzato. Purtroppo, a differenza degli indicatori regionali, il tipo "Obiettivi Locali" è generico e non consente un'analisi di dettaglio della selezione di SDO effettuata dalle varie ATS.

		2013	2014	2015	2013	2014	2015
CONGRUENZA MIRATA	OBIETTIVI LOCALI	75.781	74.368	67.148	69.7%	64.2%	63.2%
	INDICATORI REGIONALI	11.849	18.454	14.696	10.9%	15.9%	13.8%
	ALTRO	21.070	22.946	24.370	19.4%	19.8%	22.9%
	Totale congruenza mirata	108.700	115.768	106.214	100%	100%	100%

Di seguito viene illustrata la composizione percentuale per ogni ATS dei campioni di congruenza mirata, relativamente alle SDO erogate nel 2015, che conferma l'ampio utilizzo del 'tipo campione' "Obiettivi locali".



2.2.1 Risultati/Esiti

Per tipologia di controllo

Si riportano i dati relativi ai risultati delle modifiche alle SDO e abbattimenti suddivisi per tipologia di controllo nell'ambito della produzione del triennio 2013-2015.

<i>Autocontrollo Qualità Documentale 3%</i>	2013	2014	2015
SDO Controllate	44.913	46.235	45.350
SDO Modificate	1.239	1.627	1.400
% SDO Modificate/Controllate	2,76%	3,52%	3,09%
Valore originale	142.409.459	149.254.907	146.743.388
Valore dell'abbattimento	2.287.038	2.317.267	2.190.054
% Abbattimento	1,61%	1,55%	1,49%

<i>Autocontrollo Congruenza 4%</i>	2013	2014	2015
SDO Controllate	63.425	62.116	61.070
SDO Modificate	5.940	7.671	6.715
% SDO Modificate/Controllate	9,37%	12,35%	11,00%
Valore originale	248.742.494	238.159.609	229.500.581
Valore abbattuto	3.868.700	4.706.025	4.524.630
% Abbattimento	1,56%	1,98%	1,97%

<i>Congruenza Mirata 7%</i>	2013	2014	2015
SDO Controllate	108.700	115.768	106.214
SDO Modificate	12.760	16.551	15.057
% SDO Modificate/Controllate	11,74%	14,30%	14,18%
Valore originale	465.745.620	512.261.593	482.041.214
Valore abbattuto	15.571.816	19.733.371	16.944.898
% Abbattimento	3,34%	3,85%	3,52%

Le percentuali di modifica delle SDO risultano più elevate nella congruenza mirata e nell'autocontrollo di congruenza. Le percentuali di abbattimento sono sostanzialmente

stabili negli anni in tutte le tipologie di controllo. Si può dedurre che il sistema dei controlli sulle prestazioni di ricovero ha raggiunto un buon livello di stabilità sia pur con una ampia variabilità tra equipe di controllo ATS (NOC) e delle Strutture Erogatrici (NIC).

Anche la percentuale di abbattimento dell'autocontrollo di congruenza risulta essere inferiore rispetto a quella del controllo di congruenza mirata.

Nella seguente tabella, **con riferimento all'anno 2015**, vengono disaggregati i medesimi dati per ATS.

Autocontrollo Qualità Documentale 3%	321 MILANO	322 INSUBRIA	323 MONTAGNA	324 BRIANZA	325 BERGAMO	326 BRESCIA	327 VALPADANA	328 PAVIA
A) SDO Modificate	965	264	2	36	12	58	5	58
B) SDO Controllate	16.929	5.987	1.012	4.420	4.638	5.823	3.333	3.208
% A/B	5,70%	4,41%	0,20%	0,81%	0,26%	1,00%	0,15%	1,81%
C) abbattuto	1.467.364	444.413	1.302	61.448	6.652	105.804	14.669	88.402
D) V.originale	54.804.362	15.339.510	2.861.603	13.556.786	15.494.688	19.784.139	14.238.477	10.663.823
% C/D	2,68%	2,90%	0,05%	0,45%	0,04%	0,53%	0,10%	0,83%

Autocontrollo Congruenza 4%	321 MILANO	322 INSUBRIA	323 MONTAGNA	324 BRIANZA	325 BERGAMO	326 BRESCIA	327 VALPADANA	328 PAVIA
A) SDO Modificate	3.194	1.842	93	100	249	306	120	811
B) SDO Controllate	22.626	8.007	1.349	5.988	6.302	7.928	4.432	4.438
% A/B	14,12%	23,00%	6,89%	1,67%	3,95%	3,86%	2,71%	18,27%
C) abbattuto	1.966.681	1.028.622	33.366	112.301	190.453	260.450	64.066	868.691
D) V.originale	82.027.390	37.267.057	5.331.119	23.767.821	24.203.374	25.899.338	17.156.777	13.847.705
% C/D	2,40%	2,76%	0,63%	0,47%	0,79%	1,01%	0,37%	6,27%

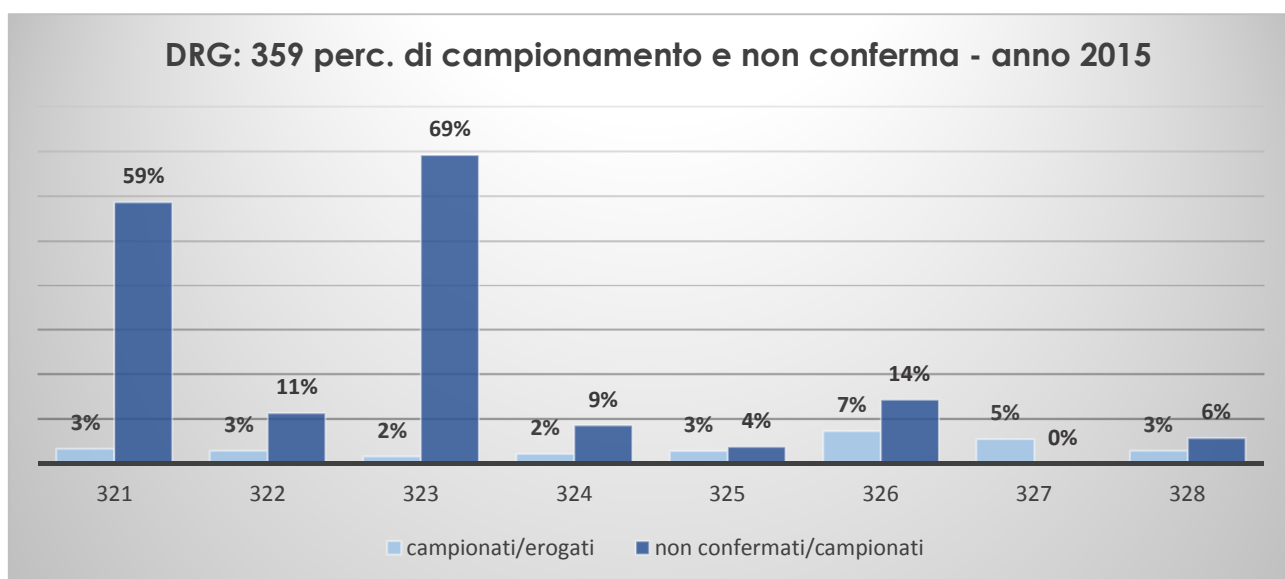
Congruenza mirata 7%	321 MILANO	322 INSUBRIA	323 MONTAGNA	324 BRIANZA	325 BERGAMO	326 BRESCIA	327 VALPADANA	328 PAVIA
A) SDO Modificate	8.075	2.597	371	656	588	1.234	463	1.073
B) SDO Controllate	39.781	12.606	2.490	10.624	11.263	13.414	8.913	7.123
% A/B	20,30%	20,60%	14,90%	6,17%	5,22%	9,20%	5,19%	15,06%
C) abbattuto	7.212.603	3.178.508	190.407	874.164	749.462	2.280.776	816.202	1.642.776
D)V.originale	182.946.742	54.624.676	11.753.380	52.360.041	59.491.219	54.241.923	37.914.810	28.708.423
% C/D	3,94%	5,82%	1,62%	1,67%	1,26%	4,20%	2,15%	5,72%

Si rileva una marcata variabilità tra ATS nelle modifiche alle SDO e negli abbattimenti, con percentuali elevate in tutte le tipologie di controllo per le ATS Città Metropolitana di Milano e Insubria e limitate per ATS Bergamo e Valpadana, con range ampi.

Per l'autocontrollo di qualità documentale la percentuale di SDO non confermate è compresa tra 0% e il 6%, mentre per l'autocontrollo di congruenza e la congruenza mirata la tabella mostra un range rispettivamente tra 1% e 23% e tra 5% e 21%.

Per DRG

Una ulteriore dimostrazione della sensibile variabilità tra le attività di controllo si evidenzia scendendo a livello di dettaglio del campionamento per singolo DRG (in questo caso a titolo esemplificativo è stato scelto il DRG 359 "Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC"), con riferimento alla congruenza mirata.



Le percentuali di modifica di questo DRG risultano particolarmente elevate poiché la prestazione può essere in molti casi erogata con maggior appropriatezza in regime

ambulatoriale ed evidentemente le equipe di verifica non hanno un comportamento uniforme.

La variabilità persiste anche se si circoscrive l'analisi ad un fenomeno ancora più specifico, quale ad esempio la riduzione di un DRG complicato ad un non complicato a seguito del controllo. Il grafici mostrano per le coppie di DRG

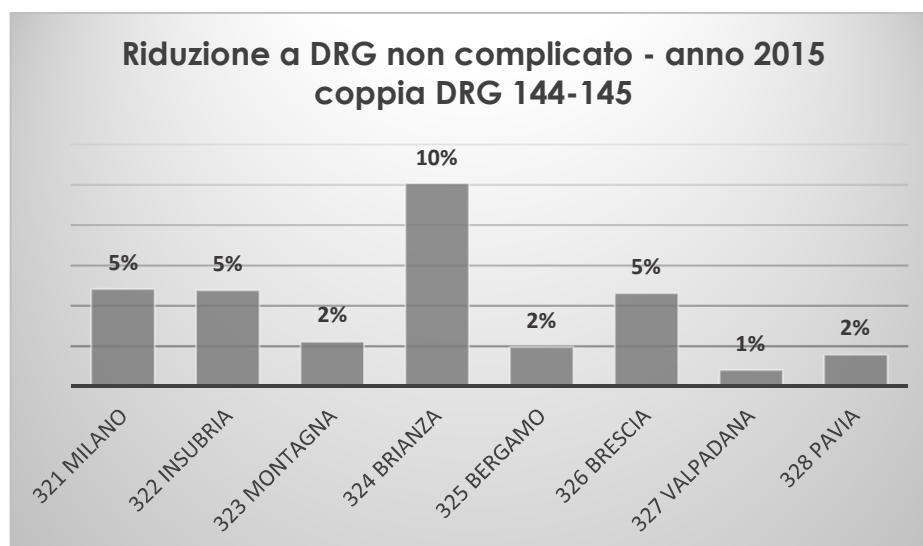
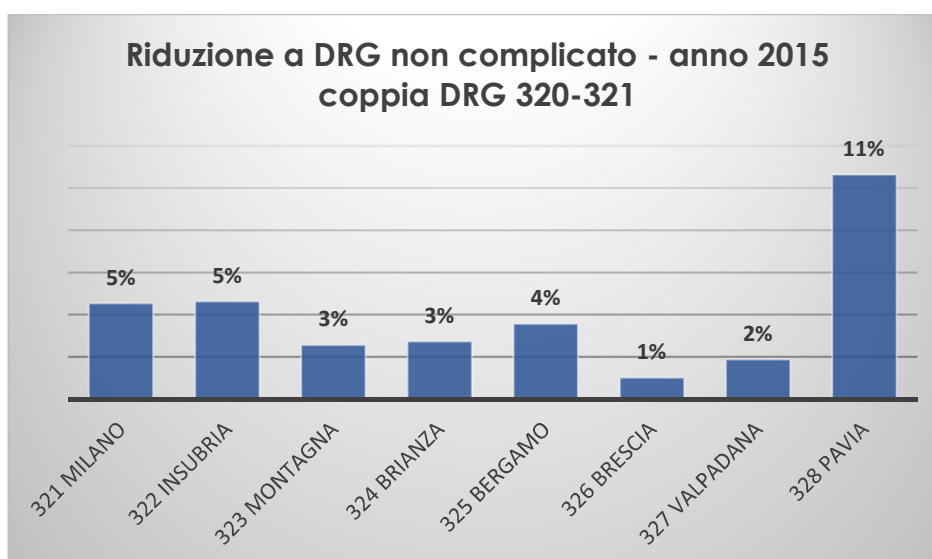
320 - Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC

321 - Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC

144 - Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC

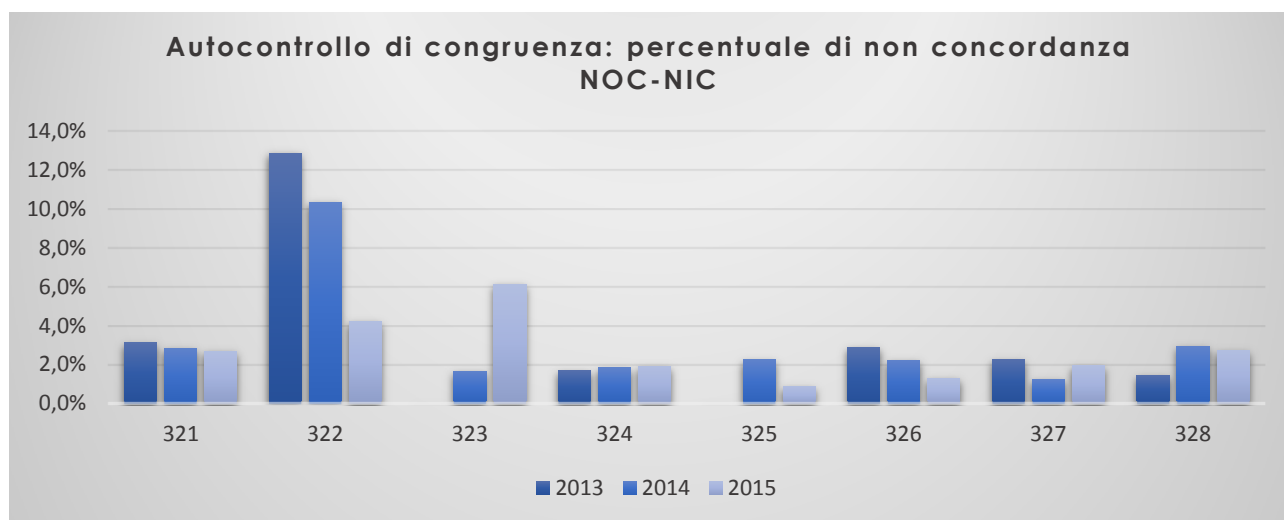
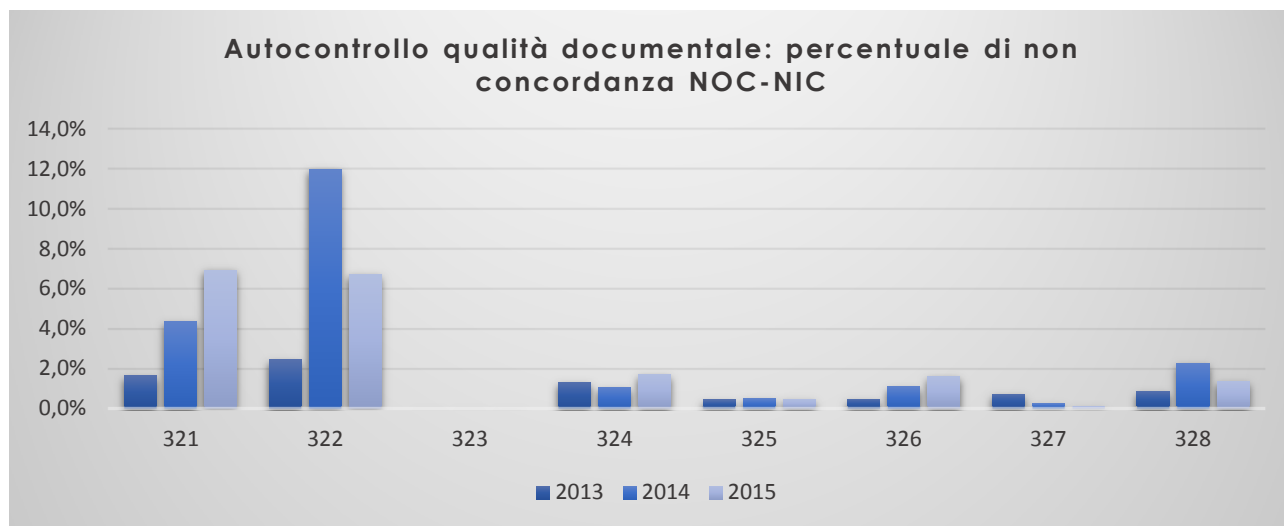
145 - Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC

le percentuali di conversione tra il complicato e l'omologo non complicato nell'anno 2015 per ATS.



Per concordanza NIC-NOC

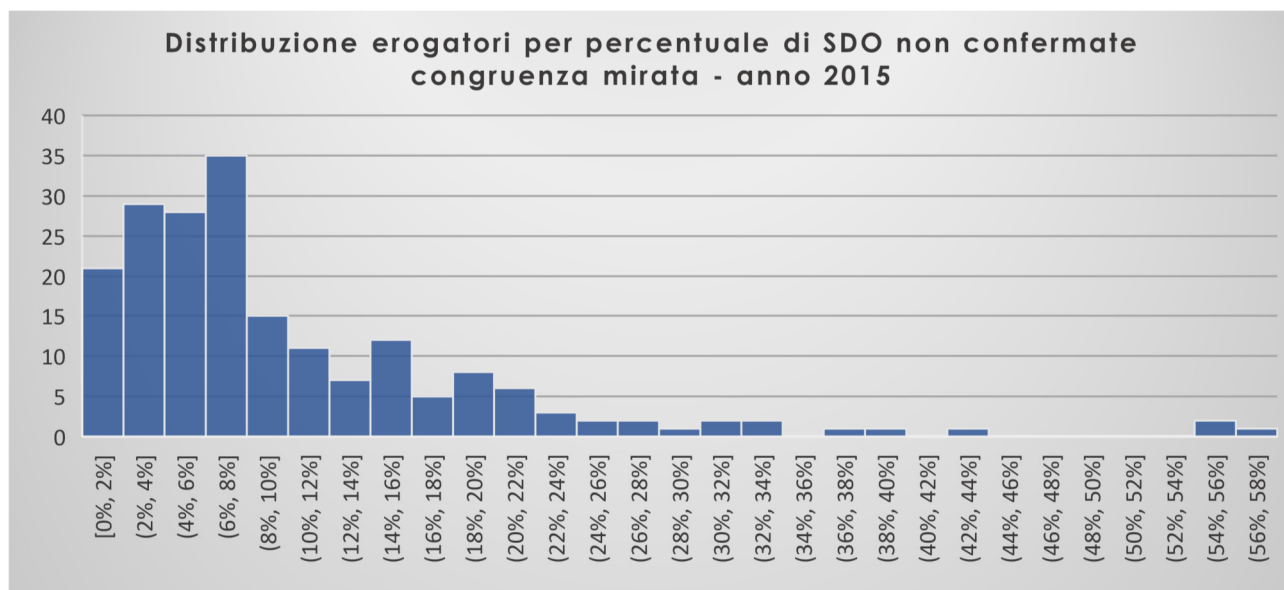
Per i campioni relativi all'autocontrollo di qualità documentale e di congruenza e limitatamente alle schede che sono state interessate dal doppio controllo, sono rappresentate le percentuali di non concordanza negli anni tra NOC e NIC (Nuclei interni di controllo degli erogatori) per ATS.



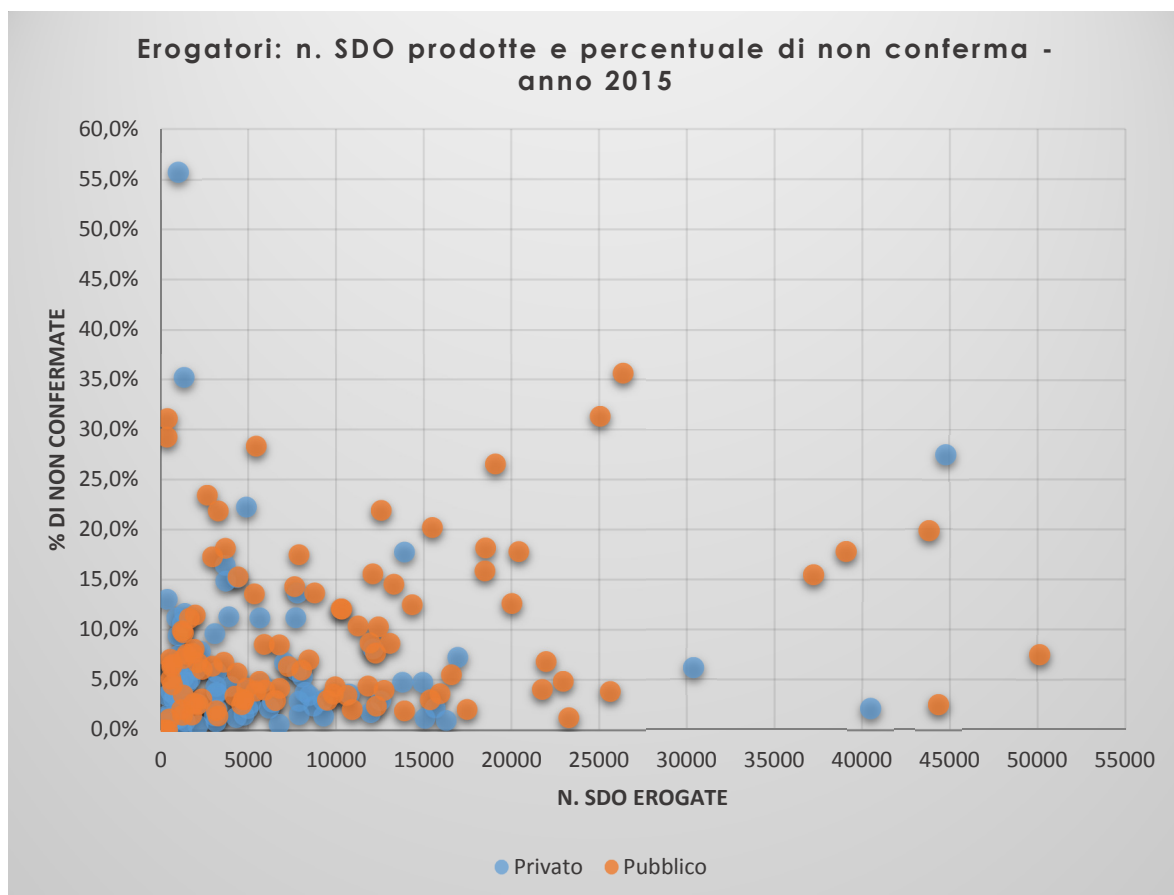
Il grafico mostra che il tasso di non concordanza tra NOC e NIC è di pochi punti percentuali ed, a parte poche eccezioni, al di sotto della percentuale che porta all'estensione del campione. Purtroppo non in tutte le realtà si evidenzia un trend migliorativo nel triennio di osservazione.

Per strutture erogatrici

Il grafico mostra come si distribuiscono le strutture rispetto alla percentuale di SDO non confermate verificate con congruenza mirata nell'anno 2015.

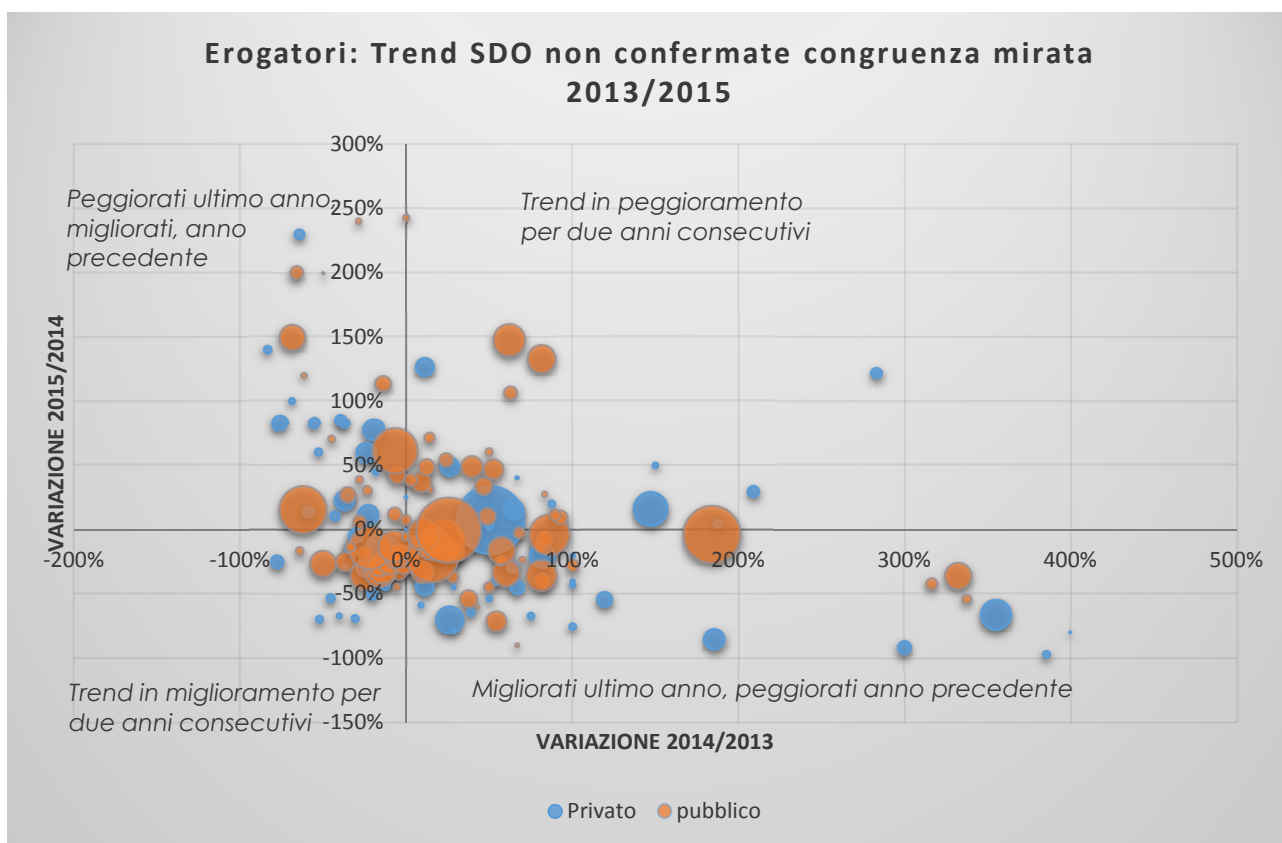


Si osserva che la maggior parte delle strutture si collocano entro la soglia del 10%; tuttavia, anche in questo caso, si registra un'ampia variabilità, con un certo numero di erogatori posizionati addirittura oltre il 30%. Analogamente al precedente è il grafico seguente che mette in relazione il numero di SDO prodotte da ogni struttura con le percentuali di non conferma, distinte tra erogatori pubblici e privati.



Si osserva 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 non conferma più elevata.

Infine, il grafico seguente rappresenta, per singolo erogatore, la variazione percentuale delle SDO non confermate rispetto a quelle dell'anno precedente per i periodi 2013/2014 (asse delle ascisse) e 2014/2015 (asse delle ordinate). La dimensione del punto che rappresenta l'erogatore è proporzionale alla media del numero di SDO modificate negli anni. Nella rappresentazione, un erogatore che si trova nel quadrante in alto a destra, ha avuto, nei due periodi successivi, due incrementi del numero di SDO non confermate. La posizione del punto rispetto agli assi indica il valore percentuale di tale incremento. Gli erogatori che si collocano in questo quadrante hanno un costante trend di peggioramento rispetto ai controlli NOC. Inoltre si osserva come gli erogatori rappresentati dai punti di dimensioni maggiori non occupino il quadrante in basso a sinistra, il che indica che le strutture caratterizzate da un numero elevato di SDO modificate difficilmente nel periodo sono riuscite ad intraprendere un percorso di miglioramento.



2.2.2 Nuovi Strumenti Operativi

Le analisi effettuate nel capitolo precedente mostrano in modo inequivocabile che il sistema di controllo dovrà avere come principale obiettivo quello di ridurre il range di variabilità tra le aree di controllo. 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.

Inoltre l'attuale rigidità del sistema di controllo, che prevede la verifica della stessa percentuale di SDO in rapporto alla produzione di ogni singolo erogatore, dovrà essere superata prevedendo una differente profondità dei controlli sulla base dei dati storici delle singole strutture.

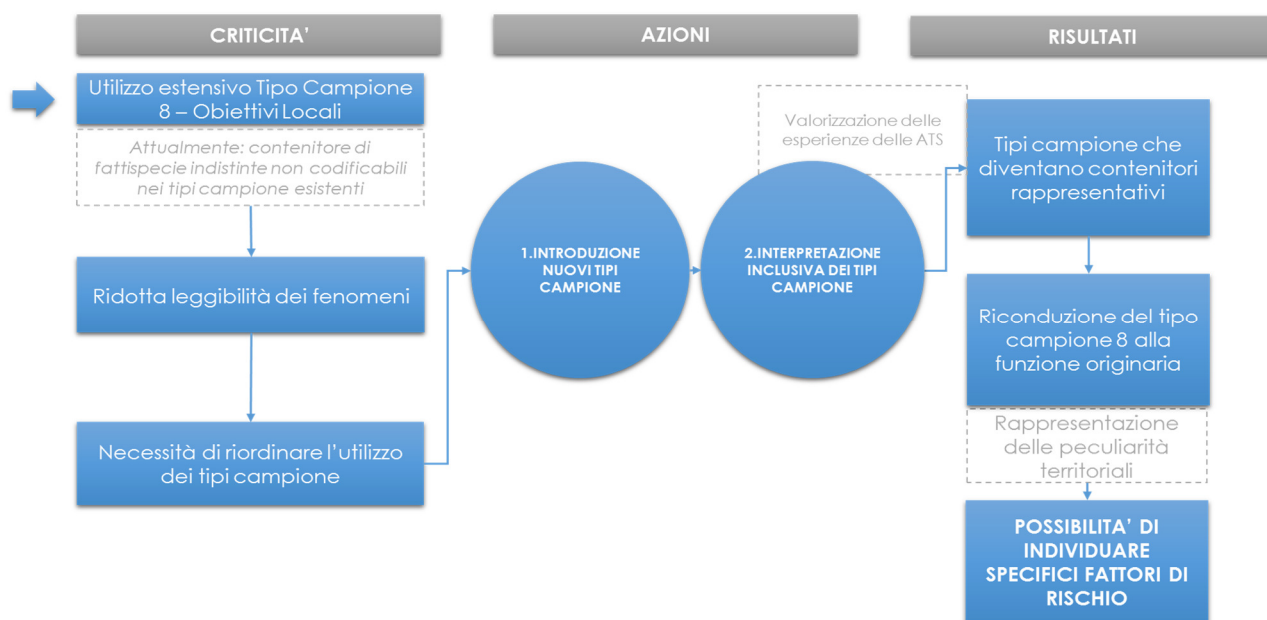
Per il superamento di queste criticità, l'Agenzia si propone di apportare alcune modifiche al tradizionale assetto delle attività di controllo da implementare nel corso del 2018.

L'azione di miglioramento si sviluppa su tre piani differenti. Il primo riguarda l'introduzione di una più ampia classificazione del 'tipo campione' in particolare per quanto attiene la tipologia "obiettivo locale", in modo tale da consentire una migliore lettura dell'azione di campionamento da parte di ATS e delle Strutture erogatrici.

Il secondo riguarda l'introduzione di una innovativa modalità di campionamento per rendere più efficace ed efficiente l'individuazione delle SDO ad alta probabilità di inappropriatezza. Infine per limitare la soggettività dell'azione di controllo l'Agenzia si propone di promuovere un corso di formazione per i verificatori.

2.2.3 Revisione della classificazione tipi campione

ACSS propone interventi per il miglioramento della leggibilità dei dati, secondo il percorso di seguito riportato:



Introduzione nuovi "Tipi Campione"

Nell'ambito del percorso delineato, ACSS ha condiviso con i dirigenti delle UO NOC delle ATS, un ampliamento della attuale classificazione che consente di diversificare all'interno del tipo campione "Obiettivi locali" le preferenze di campionamento.

Si prevede pertanto l'inserimento nel flusso informativo NOC di un nuovo campo "sottotipo campione". I valori selezionabili in questo nuovo campo ed i relativi codici sono riportati nella seguente tabella.

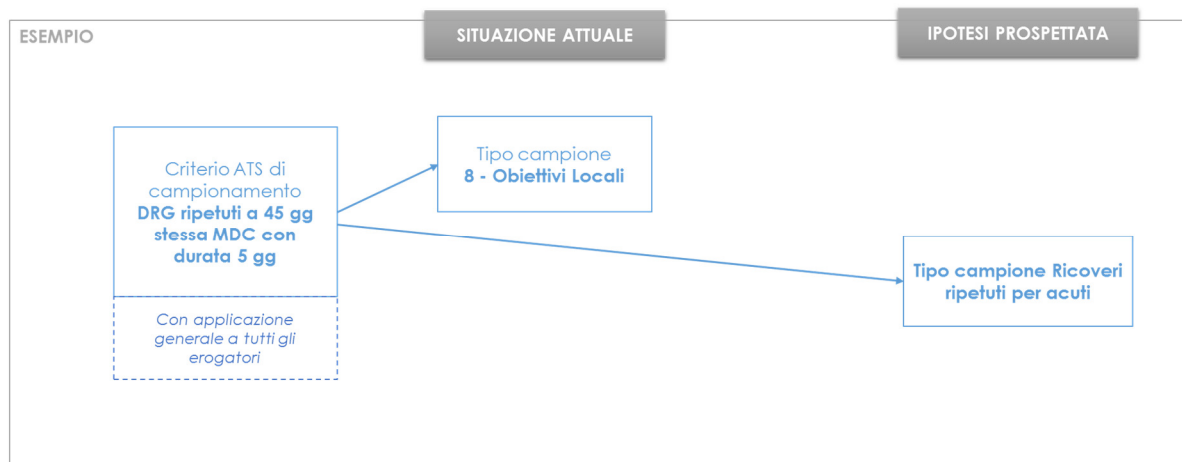
VALORI SELEZIONABILI NEL CAMPO SOTTOCAMPIONE			
001	BIC	017	Parti
002	Cardiologia	018	Parti Cesarei (incluso Robson)
003	Chirurgia plastica post bariatrica	019	PMA
004	Chirurgia post mastectomia	020	Procedure non eseguite
005	Chirurgici brevi	021	Psichiatria
006	DGR 1185/13 allegato 3A - appropriatezza regime	022	Reparti riabilitativi specialistici
007	DRG 014 Emorragia intracranica o infarto cerebrale	023	Reparto Subacuti
008	DRG 565-566 ventilazione meccanica	024	Riabilitazione in DH
009	DRG ad Alto Rischio di Inappropriatezza	025	Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione
010	DRG oncologici e chemioterapia	026	Sepsi
011	DRG più remunerativi	027	TAVI
012	Innesti cutanei	028	Terapia Intensiva Neonatale
013	MAC	029	Trasferimenti in riabilitazione
014	Mastectomia	030	OBIETTIVI LOCALI
015	Neonati	031	Campione ACSS
016	Odontostomatologia		

Interpretazione inclusiva dei tipi campione

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

Si chiede, qualora un criterio utilizzato da ATS sia riconducibile ad un tipo o sottotipo campione esistenti, 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 ad esempio agli 'obiettivi locali'.



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

2.2.4 Sviluppo di un modello predittivo per il campionamento

Nell'ottica di incrementare l'efficienza del controllo, è stato sviluppato un modello predittivo in grado di selezionare le SDO a maggior rischio di essere modificate durante il controllo di congruenza mirata.

L'assunzione di base, suffragata dalle analisi effettuate sui controlli NOC degli anni scorsi, è che la probabilità che la SDO venga modificata dipenda non solo dall'operatore chiamato a valutarla ma anche, se non soprattutto, da alcune caratteristiche della SDO stessa.

Le caratteristiche prese in considerazione dal modello sono le seguenti: DRG, Regime, Diagnosi principale di dimissione, Numero di diagnosi riportate sulla SDO, Numero di interventi riportati sulla SDO, Reparto di Dimissione, Numero di trasferimenti interni, Provenienza, Modalità di dimissione, Giorno della settimana della dimissione, Durata della degenza (classificata in funzione del tipo di DRG), Tipo struttura (Presidio ASST, IRCSS pubblico, ...).

Per la stima dei parametri del modello è stato utilizzato il database degli esiti dei controlli NOC degli ultimi due anni, i cui record sono stati pesati in funzione della loro "anzianità" (controlli più recenti hanno un impatto maggiore sulle stime rispetto a quelli più vecchi).

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

- utilizzando come soglia per la selezione delle SDO il valore che individua il 2% della produzione, l'accuratezza del modello risulta essere dell'88%;
- selezionando il 2% circa della produzione, ci si attende che ne vengano modificate più del 60%;
- delle cartelle selezionate dal modello, solo un quinto erano state inserite nei campioni di congruenza mirata (dai NOC o dagli erogatori).

L'obiettivo finale è quello di variare la composizione del controllo a seconda dell'erogatore, come mostrato nella tabella successiva, pur mantenendo costante la quota di cartelle controllate a livello regionale, che però, a causa della contrazione dell'attività da 12 a 10 mesi (da marzo a dicembre 2018), passa dal 14 all'11,5% della produzione.

% Cartelle da controllare	Situazione attuale	Ripartizione a livello di erogatore (2018)	Ripartizione a livello regionale (2018)
Autocontrollo qualità documentale	3%	3%	3%
Autocontrollo congruenza	4%	≥ 2,5% (2,5% + quota ACSS)	3,5%
Controllo congruenza	7%	≥ 4% (4% + quota ACSS)	5%
Totale	14%	≥ 9,5% (9,5% + quota ACSS)	11,5%

A tal fine, si prevede quindi di mantenere inalterata la percentuale dedicata all'autocontrollo di qualità documentale (3%) e parallelamente di diminuire sia il controllo NOC di congruenza mirata (dal 7 al 5%) che l'autocontrollo di congruenza (dal 4 al 3,5%), riservando però una quota del 2% del controllo alle cartelle individuate dal modello predittivo.

La tabelle successive mostrano l'evoluzione rispettivamente dell'autocontrollo da parte dell'erogatore e del controllo di congruenza mirata NOC:

Autocontrollo congruenza	Situazione attuale	Modalità 2018
% Cartelle da controllare	4%	≥ 2,5%
Modalità campionamento	Quota del 4% definita dall'Erogatore. L'Erogatore definisce ogni mese, da gennaio a giugno, il campione e lo comunica all'ATS (SDO congelate).	Quota del 2,5% definita dall'Erogatore. L'Erogatore definisce ogni mese, da gennaio ad aprile, il campione e lo comunica all'ATS (SDO congelate). + ACSS comunica all'ATS mensilmente le cartelle selezionate per il controllo; ATS comunica all'Erogatore non prima di 48 ore dalla visita programmata la quota di cartelle facente parte del campione di congruenza mentre la quota ACSS destinata all'erogatore è inviata di volta in volta.
Periodicità	Restituzione degli esiti del controllo da parte dell'Erogatore entro il 30 settembre.	Restituzione degli esiti del controllo da parte dell'Erogatore entro il 30 giugno (quota 2,5%). + Restituzione degli esiti del controllo da parte dell'Erogatore prima della visita ispettiva NOC (quota ACSS).

Verifica di concordanza	Controllo da parte di ATS su un sotto-campione delle stesse cartelle tra ottobre e febbraio dell'anno successivo.	Controllo da parte di ATS su un sotto-campione delle stesse cartelle tra agosto e dicembre (quota 2,5%). + Contestualmente all'accesso per il controllo di congruenza, controllo da parte di ATS su base statistica per confronto con campione indipendente della stessa dimensione e riferito allo stesso periodo temporale (quota ACSS).
Esito della verifica di concordanza	Eventuale estensione del campione, in base all'esito della verifica di concordanza.	Eventuale estensione del campione, in base all'esito della verifica di concordanza sul sotto-campione (quota 2,5%). + Eventuale estensione del campione, in base all'esito della verifica di concordanza in base al confronto statistico (quota ACSS).

Controllo congruenza mirata	Situazione attuale	Modalità 2018
% Cartelle da controllare	7%	≥ 4%
Modalità campionamento	L'ATS seleziona il campione e lo comunica all'Erogatore non prima di 48 ore dalla visita programmata.	ATS seleziona il campione e lo comunica all'Erogatore non prima di 48 ore dalla visita programmata (quota 4%). + ACSS comunica all'ATS mensilmente le cartelle selezionate per il controllo; ATS le comunica all'Erogatore non prima di 48 ore dalla visita programmata (quota ACSS, 1% a livello regionale).
Periodicità	Secondo programmazione ATS	Secondo programmazione ATS

Per le parti di campione non individuate da ACSS, i processi relativi all'autocontrollo (con relativa verifica di concordanza) e al controllo di congruenza mirata proseguono secondo le modalità utilizzate fino al 2017; gli elementi di novità sono tutti relativi alla quota di controllo individuata da ACSS, per cui sono state previste nuove modalità di selezione e verifica. Nel 2018 si prevede di fornire ai NOC una base di possibile campionamento integrativo, rendendo disponibile l'elenco delle singole SDO individuate mediante il descritto modello predittivo.

Le SDO in questione saranno quindi individuate da parte della ACSS e fornite a tutte le ATS, relativamente alle strutture operanti nel territorio di competenza, con cadenza mensile.

L'elenco delle suddette SDO sarà disponibile sul Portale Regionale di Governo DWH Sanitario, nella sezione già utilizzata per la condivisione, da parte della DGW, degli indicatori regionali utili alle attività di controllo dell'appropriatezza e della codifica delle prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali (Governo del SSL/Valutazione Performance/NOC/Indicatori NOC), di cui alle DGR n. VIII/4799/2007 e IX/2633/2011.

Tali informazioni quindi, integrando il contenuto delle tipologie di controllo esistenti (mirati classici, indicatori regionali, interesse locale), sono da intendersi, come nel caso degli indicatori regionali, quali strumenti utili all'attività dei NOC delle ATS, cui sono comunque demandati gli approfondimenti di competenza sulle caratteristiche della produzione in questione e le valutazioni conclusive sull'opportunità di integrazione o meno dei propri campioni con le SDO così identificate.

Le pratiche individuate da ACSS dovranno essere classificate nel flusso NOC nel modo seguente:

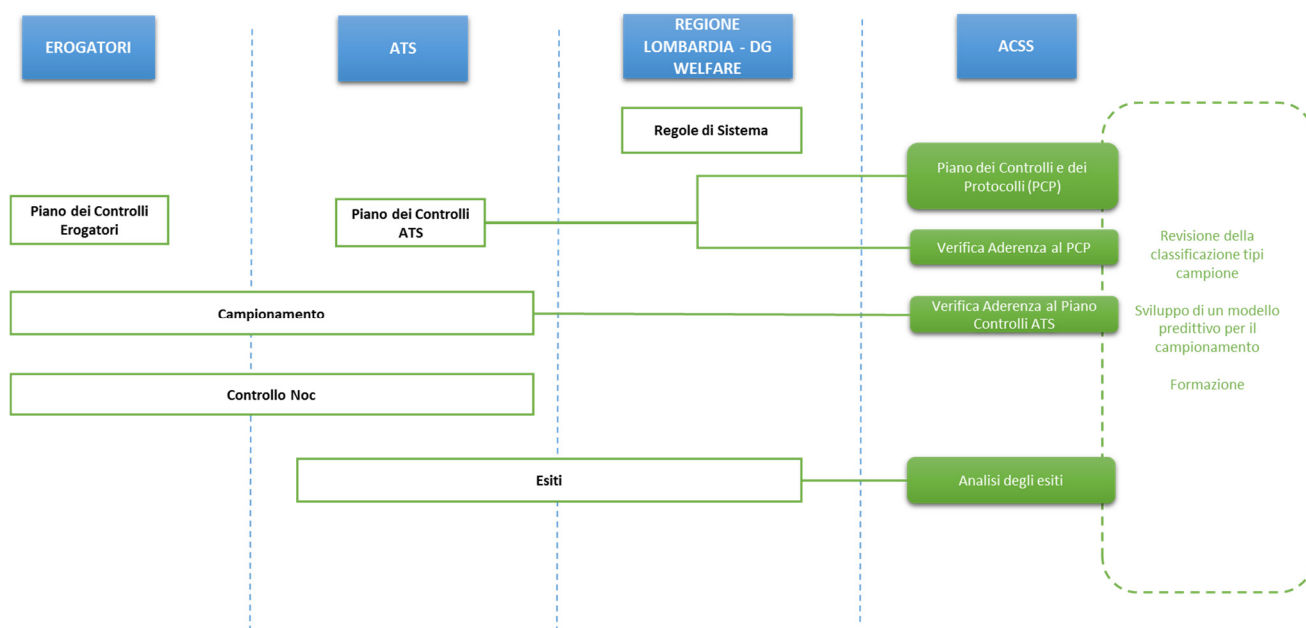
- tipo campione = Q (quota autocontrollo) oppure 8 (controllo NOC)
- sottotipo campione = ACS.

Negli Allegati 1.C2 e 2.C2 sono descritti rispettivamente:

- l'intero processo a regime attraverso un esempio;
- la procedura per valutare la concordanza relativa al campione individuato per l'autocontrollo.

Fasi e responsabilità

In questa sezione vengono illustrate le fasi del processo complessivo di controllo e le responsabilità degli attori coinvolti, con particolare riferimento alla Pianificazione quadro ed alle verifiche in capo ad ACSS.



ACSS, dopo aver predisposto il Piano dei Controlli e dei Protocolli, verifica che i Piani di Controllo ATS siano ad esso aderenti in termini di indirizzi di controllo e organizzazione dei contenuti e procede alla loro approvazione.

Successivamente verifica, mediante l'analisi dei dati rinvenienti dal Datawarehouse di Regione Lombardia e delle relazioni trimestrali, l'aderenza dell'attività di campionamento dei NOC a quanto programmato nei vari piani ATS. Le risultanze della verifica sono oggetto di confronto fra gli attori interessati al fine di condividere eventuali criticità e relative soluzioni. ACSS provvede inoltre all'analisi degli esiti NOC, le cui risultanze costituiscono la base per la successiva programmazione in una logica di miglioramento continuo del sistema dei controlli.

2.2.5 Struttura del Piano ATS

Analisi di Contesto

Tale sezione dovrà riportare una descrizione sintetica delle caratteristiche degli erogatori 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, identificate dal codice HSP, per le quali dovrà essere riportata una sintesi dei controlli effettuati, almeno per il biennio 2016-2017, e dei risultati ottenuti, secondo lo schema proposto.

La tabella seguente sintetizza, per ogni Struttura di ricovero i dati richiesti:

- 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 estensioni della verifica del campione;
- numero di casi di contestazione di sanzione amministrativa.

Tabella CAR01 – Sintesi dei controlli sulle attività di ricovero

Codice HSP	Anno	N° Ricoveri	% Cartelle controllate	% Cartelle non confermate	N. Estensioni	N. Sanzioni

Individuazione e graduazione dei fattori di rischio

Come già ampiamente delineato nella parte precedente, il campionamento delle SDO da controllare rappresenta l'attività fondamentale per ottenere una azione di controllo efficace ed efficiente. La pianificazione della suddetta attività dovrà essere orientata ad una attenta valutazione dei fattori di rischio. 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.

Ciò significa che per ogni struttura oggetto di controllo andranno esaminati i dati derivanti dagli esiti e *trends* delle attività di controllo degli anni precedenti, dai requisiti di autorizzazione/accreditamento, dai flussi di attività e loro complessità, da eventi sentinella/inconvenienti/prescrizioni/non conformità/sanzioni a prescindere dal soggetto verificatore. Compito dell'ATS è di indicare nel proprio Piano la graduazione dei diversi rischi in modo tale da collocare ciascuna struttura in un range.

In ogni sezione del Piano si invitano le ATS per quanto attiene la congruenza mirata, ed i soggetti erogatori per l'ambito dell'autocontrollo, a rendere espliciti gli elementi di valutazione del rischio.

Pianificazione 2018

La tabella di seguito riportata elenca i tipi campione e, per il tipo campione 8 'Obiettivi Locali', i relativi sottotipi campione. Si chiede alle ATS, al fine di definire una previsione di massima della composizione del campione, di **riportare nei rispettivi Piani di controllo la tabella seguente, compilando il campo % STIMATA** (l'incidenza percentuale stimata dei ricoveri da classificare in ciascun tipo/sottotipo campione sul totale dei ricoveri soggetti a campionamento per l'anno di riferimento dei Piani di controllo).

La tabella non deve essere interpretata come un dettaglio analitico ma come uno strumento per inquadrare la prevalenza dei vari 'tipi campione' e un accompagnamento verso la pianificazione delle attività di controllo.

È implicito che le ATS potranno indicare la percentuale stimata in corrispondenza dei tipi/sottotipi campione che prevedono effettivamente di utilizzare.

Si invitano inoltre le ATS ad 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 / SOTTOTIPO 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	
8	002	Cardiologia	

COD TIPO CAMPIONE	COD SOTTO TIPO CAMP IONE	DESCRIZIONE TIPO / SOTTOTIPO CAMPIONE	% STIMA TA
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	
R	000	Campione estratto con metodica guidata, ricoveri segnalati da Indicatore Regionale I 9: % di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni	

COD TIPO CAMPIONE	COD SOTTO TIPO CAMPIONE	DESCRIZIONE TIPO / SOTTOTIPO CAMPIONE	% STIMATA
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	

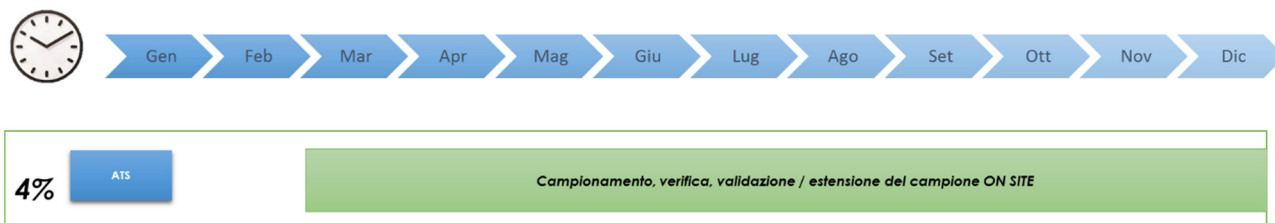
Congruenza mirata

In relazione alle caratteristiche del controllo, per definizione orientato ad individuare errori o opportunismi nelle modalità di erogazione e rendicontazione delle prestazioni di ricovero, le attività di controllo di congruenza mirata 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'afferimento delle aree prese in esame ai 'tipi campione' esplicitati nel paragrafo precedente: **individuazione e graduazione dei fattori di rischio.**

La quota di campione individuata sulla base del modello predittivo sviluppato da ACSS, costituirà parte del campione di controllo di ogni Erogatore. Per i dettagli si rimanda alla sezione specifica del capitolo. Tuttavia si precisa che è facoltà e responsabilità di ogni singola ATS inserire la quota ACSS nel proprio campione o di sostituirla con pari quantità.

Per l'esercizio 2018 la percentuale di controlli relativi alla congruenza dovrà essere complessivamente pari ad almeno il **5%** di quanto prodotto e posto a carico del SSR, nel corso del 2017. Le ATS dovranno predisporre una pianificazione che consenta di effettuare il controllo, presso ogni Erogatore, di un numero di cartelle cliniche pari al 4% della produzione dell'anno 2017. L'ACSS provvederà ad inviare alle ATS una ulteriore elenco di SDO (**circa 1%**) da controllare in quota variabile per ogni singolo erogatore. **Si precisa che la quota dell'1 % individuata secondo il modello predittivo descritto nel paragrafo 2.3.5 non è una quota fissa da assegnare ad ogni singolo Erogatore, ma è da intendersi su base regionale.** Ne consegue che vi saranno alcuni erogatori con una quota di controllo pari al solo 4 % mentre altri supereranno ampiamente la quota del 4%. In questo modo si introduce nelle attività di controllo un elemento di flessibilità che differenzia le Strutture in base ai fattori di rischio ed alla intensità delle attività di controllo.

Tempistica



Autocontrollo di congruenza (NIC)

L'autocontrollo di congruenza è una modalità di controllo della correttezza della codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera, introdotta con le determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2013 (DGR IX/4334 del 26/10/2012 e circolare attuativa prot. N. H1.2012.0036178 del 17/12/2012) e successivamente confermata negli esercizi seguenti.

Tale modalità di controllo 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 nel paragrafo precedente: individuazione e graduazione dei fattori di rischio. Il piano di autocontrollo è sottoposto alla approvazione da parte delle ATS.

Per l'esercizio 2018 la percentuale di verifiche relative all'autocontrollo di congruenza dovrà essere complessivamente **pari ad almeno il 3,5%** di quanto prodotto e posto a carico del SSR, nel corso del 2017. Le Strutture Erogatrici dovranno predisporre la pianificazione delle verifiche di un numero di cartelle cliniche pari al 2,5% della produzione dell'anno 2017. Il campionamento dovrà avvenire sulla produzione gennaio-aprile 2018. L'ACSS attraverso le ATS provvederà ad individuare una ulteriore elenco di SDO (**circa 1%**) da controllare in quota variabile per ogni singolo erogatore.

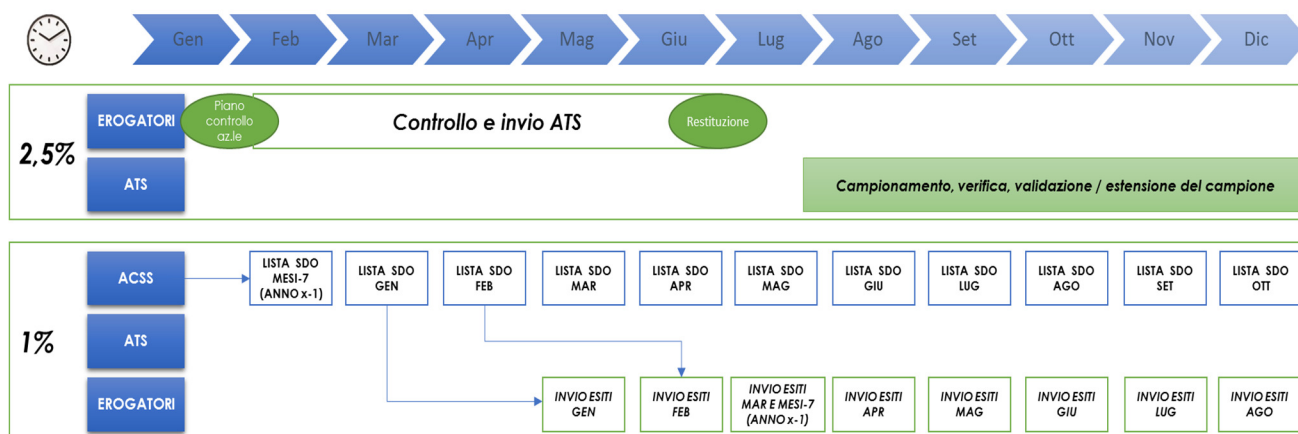
Così come già descritto per la congruenza mirata, si precisa che la quota dell'1 % individuata secondo il modello predittivo descritto nel paragrafo 2.2.4 non è una quota fissa da assegnare ad ogni singolo erogatore ma è da intendersi variabile su base regionale. Ne consegue che vi saranno alcuni erogatori con una quota di autocontrollo pari al solo 2,5% mentre altri supereranno ampiamente la quota del 3,5%.

In questo modo si introduce anche nelle attività di autocontrollo un elemento di flessibilità che differenzia le Strutture in base ai fattori di rischio ed alla intensità delle attività di controllo.

Per le Strutture con la sola quota del 2,5% le verifiche di validazione / estensione del campionamento da parte della ATS proseguiranno con le consuete modalità, mentre per le Strutture Erogatrici con la quota aggiuntiva di SDO proposte da ACSS, la validazione del campione sarà effettuata con le modalità statistiche previste nel paragrafo 2.2.4 e

l'eventuale estensione del campione dovrà essere estesa solo alla quota di campione individuata da ACSS.

Tempistica



Autocontrollo Qualità Documentale

La qualità della documentazione sanitaria ed in particolare della codifica delle informazioni nella Scheda di Dimissione Ospedaliera 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 l'individuazione degli indicatori previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE) si rende indispensabile che i contenuti informativi della cartella clinica siano sempre più completi, precisi ed accurati.

Inoltre, in previsione delle nuove disposizioni ministeriali in tema di riabilitazione, si ritiene indispensabile introdurre dei nuovi contenuti informativi per valutare i percorsi dei pazienti tra i diversi setting assistenziali.

Le considerazioni precedenti hanno suggerito di mantenere le verifiche di completezza della compilazione della cartella clinica, al **3%** il campione di controllo e introducendo nuovi item nella check list per la valutazione.

Rendicontazione attività 2017

Ogni ATS dovrà rappresentare l'attività svolta evidenziando le fattispecie alla base delle criticità emerse. In particolare dovrà essere rappresentata la sintesi dei controlli a carico delle Strutture di ricovero, identificate dal codice HSP, secondo lo schema proposto (Tabella AQD01).

Tabella AQD01 – Sintesi dell'autocontrollo qualità documentale – Anno 2017

Codice HSP	N° Cartelle controllate	% Cartelle conformi	% Cartelle parzialmente conformi	% Cartelle non conformi	N. Estensioni	N. Sanzioni

Si richiede inoltre di riportare una sintesi delle principali criticità riscontrate, articolata in relazione agli item della check list. La base di questa analisi rappresenta lo strumento essenziale per l'individuazione e la graduazione dei fattori di rischio.

Pianificazione 2018

Per l'anno 2018 i Piani di Controllo ATS dovranno prevedere:

- la selezione di un campione casuale di cartelle cliniche, per ogni Struttura di ricovero, pari al **3%** della produzione di ricoveri a carico del SSN nell'anno 2017, sulla produzione gennaio-marzo 2018;
- l'invio tempestivo degli elenchi agli erogatori;
- il monitoraggio della restituzione degli esiti da parte degli erogatori entro il 31 luglio 2018;
- la modifica dell'item "La SDO firmata dal medico della UO (anche sigla)" della check list per la valutazione degli elementi della cartella clinica che costituiscono condizione per la non rimborsabilità del ricovero parziale o totale, nel modo seguente:

La SDO firmata dal medico della UO (anche sigla) (100%)

Ricoveri riabilitativi:

- I. la codifica del campo "provenienza paziente" è congruente con le informazioni riportate in cartella clinica (10%);
- II. la codifica del campo "modalità di dimissione" è congruente con le informazioni riportate in cartella clinica (10%);
- III. tutte le diagnosi sono codificate, compatibilmente con le regole di codifica in vigore (10%).

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: anche in occasione del controllo di congruenza mirato e dell'autocontrollo di congruenza deve pertanto essere effettuata una verifica della presenza degli elementi ritenuti dirimenti rispetto alla chiara descrizione del percorso di cura effettuato, in assenza dei quali i ricoveri corrispondenti sono giudicati non rimborsabili.

2.3 CONTROLLI SULLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Premessa Generale

Per l'attività di specialistica ambulatoriale si conferma la necessità, per l'anno 2018, di sottoporre ad attività di controllo almeno il 3,5% in riferimento alla produzione di prestazioni ambulatoriali rendicontate nell'anno 2017 dalle strutture erogatrici situate sul territorio della ATS (DDGS 1456 del 19.02.2008).

La percentuale deve essere calcolata sui record caratterizzati dalla tipologia di prestazione "O" (prestazioni ordinarie), "U" (prestazioni urgenti) e "Z" (prestazioni di controllo).

Per tale tipologia di attività, essendo caratterizzata da un elevato numero di prescrizioni, le ATS privilegeranno 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 nonché rendicontazione delle prestazioni.

Il Contesto di Riferimento

Nel 2016 sono state erogate oltre 160 milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali con notevole variabilità a livello geografico, meritevole di approfondimenti da parte delle ATS. Per una analisi dettagliata della domanda si rimanda al documento "*prestazioni specialistiche ambulatoriali- analisi della domanda anno 2016*" inviato alle ATS il 20/06/2017 (precedentemente presentato ai referenti NOC) e preme qui sottolineare che la predisposizione del piano dei controlli non può prescindere dall'analisi e dalla comprensione di tali fenomeni, per contribuire all'individuazione e graduazione di possibili fattori di rischio. Relativamente alle attività di controllo NOC, nella tabella successiva sono riportati i dati relativi ai controlli svolti nelle ATS dal 2013 al 2016 sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

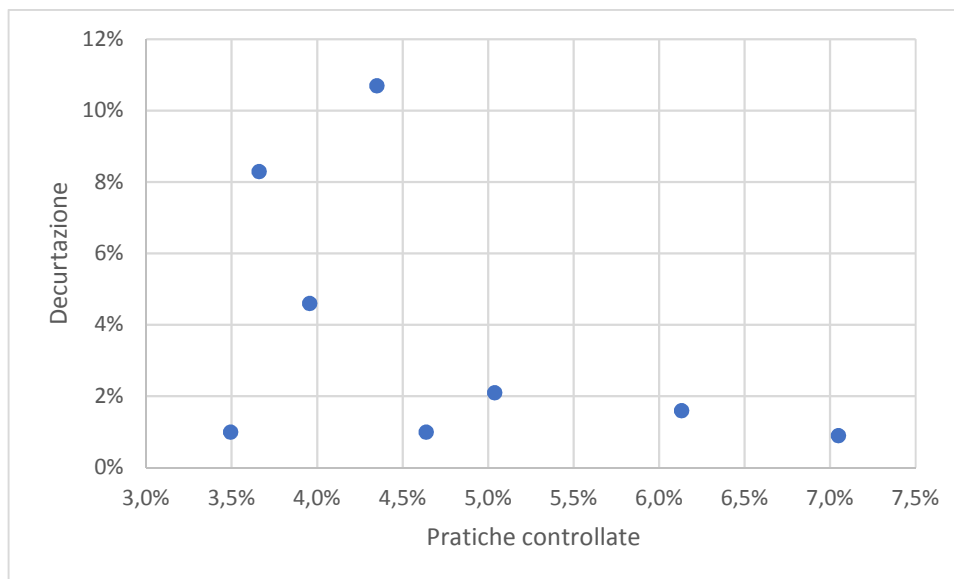
Anno	Record controllati (N)	Record controllati su prod. anno prec. (%)	Confermati (%)	Importo originale (€)	Decurtazione (€)	Decurtazione (%)
2013	2,174,242	5.2%	85.9%	137,253,820	8,039,136	5.9%
2014	2,066,224	4.9%	83.0%	178,538,430	9,992,008	5.6%
2015	2,731,762	6.4%	90.3%	230,777,492	6,758,806	2.9%
2016	1,862,661	4.4%	87.8%	205,915,594	6,615,623	3.2%

La tabella successiva, che riporta in dettaglio gli esiti dei controlli effettuati nell'anno 2016 dalle ATS, mostra una marcata eterogeneità sia per quanto riguarda la percentuale di pratiche confermate (dall'80% della ATS Brianza al 98% della ATS Val Padana) che per quanto riguarda la decurtazione (da meno dell'1% della ATS della Montagna fino a quasi l'11% della ATS Città metropolitana di Milano).

Anno	Record controllati	Su prod. (%)	Conf. (%)	Importo originale	Decurtazione (€)	Decurt. (%)
321 - ATS Città metropolitana	683,618	4.3%	82.7%	31,630,670	3,372,583	10.7%
322 - ATS Insubria	248,796	4.6%	92.7%	77,910,449	745,086	1.0%
323 - ATS Montagna	68,930	7.0%	91.2%	11,124,384	95,005	0.9%
324 - ATS Brianza	189,618	3.7%	79.8%	9,421,621	783,374	8.3%
325 - ATS Bergamo	137,075	3.5%	95.4%	25,845,848	259,654	1.0%

326 - ATS Brescia	199,500	4.0%	84.7%	15,883,276	736,805	4.6%
327 - ATS Val Padana	170,342	5.0%	98.0%	16,872,306	354,943	2.1%
328 - ATS Pavia	164,782	6.1%	95.9%	17,227,040	268,174	1.6%

Il grafico successivo mostra come la decurtazione economica applicata non dipenda dalla percentuale di pratiche controllate in quanto, tolte tre ATS, le altre hanno applicato una decurtazione tra l'1 e il 2% pur controllando una quantità estremamente variabile (dal 3.5 al 7%) di pratiche.



L'analisi dei dati ha mostrato inoltre una variabilità non solo a livello di esiti dei controlli ma anche della tipologia di campionamento delle pratiche da controllare. Solo alcune ATS hanno dedicato infatti una quota consistente del loro campione a tipologie di controllo diverse dalla "fattispecie locale" (ATS Brianza il 40%, Val Padana il 29%, Città metropolitana il 24%).

Raccomandazioni

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.

I criteri per eleggere le prestazioni ambulatoriali al controllo, sono elencati nella DGR 10804/2009 allegato 13 nonché altre procedure di interesse locale.

Le aree di controllo basate sul flusso 28SAN su cui si raccomanda di incrementare l'attività di verifica sono le seguenti:

- Prestazioni non associabili
- Macroattività di chirurgia a bassa intensità operativa e assistenziale (BIC)
- Dati necessari al governo dei tempi di attesa
- Prestazioni erogate in regime di esenzione
- Odontoiatria.

2.3.1 Prestazioni non associabili

Questi controlli hanno lo scopo di individuare eventuali inappropriatezze erogative relative alle prestazioni che nella loro descrizione contengono l'esplicita indicazione di non "rendicontabilità" con altre prestazioni presenti nel Nomenclatore Regionale.

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 n°3.C2, 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 deve 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.

L'analisi preliminare relativa alle prestazioni erogate nel 2016 ha mostrato che sono state rendicontate 67.632 prestazioni non associabili, per un totale di 1.628.667€.

Tipo di prestazione	Numero	Valore (€)
Laboratorio Genetica medica	6,352	795,897
Laboratorio, altro	39,696	468,945
Altre prestazioni	21,584	363,825
Totale	67,632	1,628,667

Alle ATS verranno forniti gli identificativi delle ricette da controllare. Nel report trimestrale riportare i seguenti dati:

ATS	Struttura	Numero pratiche esposte
Codice ATS	Codice struttura1	x01
Codice ATS	Codice struttura2	x02
Codice ATS	...	...

2.3.2 Macroattività di chirurgia a bassa intensità operativa e assistenziale (BIC)

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

Il set minimo di controlli è il seguente:

- prima visita anestesiologicala o prima visita oculistica (per cross linking corneale, intervento di cataratta, iniezione intravitreale) e esami ematochimici nei 15 giorni precedenti l'intervento. Come indice per gli esami ematochimici si propone di utilizzare la prestazione "90622 Emocromo";
- anestesia nel giorno dell'intervento;
- 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) ad una ulteriore settimana prima dei 15 giorni precedenti l'intervento e delle prestazioni di cui al punto c) ad una settimana dopo i 10 giorni successivi all'intervento.

Nella tabella allegata n°4.C2, sono riportate le 35 prestazioni da controllare, corrispondenti a 428 combinazioni di prestazioni.

L'analisi preliminare, relativa alle prestazioni erogate nel 2016, ha messo in evidenza quasi 20.000 prestazioni che sono rendicontate tra i 15 giorni precedenti e i 10 successivi l'intervento, per un importo complessivo di oltre 319.000€. A queste vanno aggiunte le oltre 23.000 prestazioni rendicontate nei 7 giorni precedenti e nei 7 giorni successivi a quelli appena citati (per un importo di 390.009€) che sono meritevoli di ulteriori approfondimenti.

Index date		Range		Outside	
Qta	Valore (€)	Qta	Valore (€)	Qta	Valore (€)
1,242	21,449	18,246	297,994	23,397	390,009

Nel report trimestrale riportare i seguenti dati:

ATS	Struttura	Numero pratiche individuate	Numero pratiche controllate
Codice ATS	Codice struttura1	x01	y01
Codice ATS	Codice struttura2	x02	y02
Codice ATS	...	...	...

Sia per le prestazioni non associabili, sia per le attività di chirurgia ambulatoriale sono stati predisposti gli elenchi delle prestazioni da controllare anche per il Nuovo Nomenclatore, DPCM 12 gennaio 2017, che verranno resi disponibili dopo la pubblicazione del Decreto del

Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, come indicato nell'articolo 64 del DPCM stesso.

2.3.3 Dati necessari al governo dei tempi di attesa

In un'ottica di monitoraggio non limitato al flusso MTA ma che includa anche l'analisi ex-post attraverso il flusso 28SAN, si raccomanda di effettuare le opportune verifiche dei casi in cui:

- la data di prenotazione è mancante o successiva alla data di erogazione della prestazione;
- la percentuale di "prime date prospettate" compilate (rispetto al totale delle prestazioni erogate) si discosti in maniera significativa dalla media di ATS (regionale).

Per tutte le altre attività di controllo necessarie al governo dei tempi di attesa si rimanda al capitolo specifico del presente documento.

Nel report trimestrale riportare i seguenti dati:

ATS	Struttura	Prestazioni erogate	Data di prenotazione mancante	Data di prenotazione successiva alla data di erogazione	Prima data prospettata compilata
Codice ATS	Codice struttura1	N01	n01	m01	k01
Codice ATS	Codice struttura2	N02	n02	m02	k02
Codice ATS	...	...	...	...	...

2.3.4 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 riportiamo 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

Codice esenzione	Condizione esenzione	di	ICD- 9-CM	Codice prestazione	Descrizione prestazione
				89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLO-FACCIALE DI CONTROLLO
				89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO
				...	...

Nel report trimestrale riportare i seguenti dati:

ATS	Struttura	Codice esenzione per patologia	Numero di ricette controllate
Codice ATS	Codice struttura1	e01	y01
Codice ATS	Codice struttura1	e02	y01
Codice ATS	Codice struttura2	e01	y01
Codice ATS	...	...	...

2.3.5 Odontoiatria

Si raccomanda la prosecuzione dell'attività di controllo dell'area di Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale secondo quanto indicato in DGR 6006/2016, in particolare con un approfondimento della verifica riguardo a:

- rispetto dei **requisiti LEA** di accesso alle prestazioni odontoiatriche ai sensi della DGR n. VIII/3111/2006 e succ. (criteri di patologia e socio-economici), verificabili tramite ricerca di specifici codici di esenzioni o di altra documentazione comprovante gli stati di patologia cronica e/o di urgenza previsti dalla suddetta normativa;
- corretto impiego della prescrizione medica** in relazione ai piani di trattamento impostati, con particolare riferimento alle quantità di prestazioni previste ed indicate sulle relative impegnative;
- congruenza dei codici** di prestazione rendicontati in relazione a prestazioni "accessorie" potenzialmente ricomprese nelle prestazioni principali effettuate (es. gengivoplastica).

Rendicontazione attività 2017

Ogni ATS dovrà rendicontare l'attività di controllo in ambito Odontoiatrico svolta nel corso del 2017 specificando, a titolo di esempio, il n° dei controlli effettuati, gli esiti e le eventuali sanzioni comminate, secondo la Tabella sottostante.

Ambiti di controllo 2017 (Odontoiatria)	Attività di controllo svolta nel 2017
Rispetto requisiti LEA	
Corretto impiego della prescrizione medica	
Congruenza dei codici	
Altro (specificare)	

2.4 CONTROLLI NELL'AREA MATERNO INFANTILE

Indicazioni di controllo

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 2010⁵ e del Decreto ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70⁶.

Tali provvedimenti, che sono elencati e sintetizzati nell'allegato n°5.C2, 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 dalla attribuzione dei parti alle classi di Robson. A partire infatti dall'anno 2016, al fine di promuovere la riduzione del ricorso al taglio cesareo, 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). Ancora, ulteriori provvedimenti sono applicabili in modo specifico solo a taluni livelli organizzativi, o, ancor più, a Presidi individuati (monospecialistici materno infantili con casistica complessa).

In una sezione specifica del Piano di Controllo delle ATS dovranno pertanto essere indicate:

⁵ 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.

⁶ Decreto 2 aprile 2015, n. 70 . Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

-
- la **sintesi delle attività svolte nell'anno 2017**, con riferimento puntuale ai provvedimenti citati;
 - le **azioni di controllo programmate per l'anno 2018**, 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 ad 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.

2.5 CONTROLLI NELL'AREA SALUTE MENTALE

Premessa

Per quanto concerne la tutela della salute mentale e i servizi ad essa connessi, il PCP-2018 intende focalizzarsi su due aspetti principali:

1. L'equilibrio tra attività territoriale e di ricovero nei dipartimenti di salute mentale.

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 ed ospedaliere. Lo squilibrio tra attività territoriale e di ricovero a favore dell'attività di ricovero riduce le 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/ residenziali.

2. La qualità della rilevazione delle attività nelle strutture psichiatriche territoriali (Centri Psicosociali, Ambulatori, Centri Diurni).

L'attività territoriale rappresenta il cuore della progettualità dei DSMD, in quanto interessa il 95% dei pazienti in contatto. È quindi cruciale che la rilevazione degli interventi territoriali sia accurata ed in linea con le indicazioni che la DG Welfare ha emanato in tal senso (ultimo documento la Circolare 16/2016).

Gli interventi territoriali devono obbligatoriamente essere rilevati sulla cartella clinica e successivamente informatizzati attraverso il software Psicheweb, al fine di costituire ed alimentare il sistema informativo specifico.

Al tempo stesso anche la rilevazione delle caratteristiche dell'utente ed in particolare della diagnosi ICD 10 riveste particolare valore, anche alla luce del suo utilizzo sempre più frequente ai fini della valutazione dell'appropriatezza dei percorsi di cura.

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).

2.5.1 Pianificazione attività di controllo 2018

Alla luce di quanto dettagliato in premessa, si richiede alle ATS di documentare l'attività di controllo prevista nel 2018 secondo lo schema riportato nella Tabella seguente. Se reputata non esaustiva, la Tabella può essere ulteriormente integrata nei Piani Locali.

La descrizione e il metodo di calcolo degli indicatori proposti nell'ultima colonna della Tabella sono riportati nei paragrafi che seguono.

Possibili rischi	Attività di controllo prevista per il 2018	Indicatori proposti
Disequilibrio tra attività territoriale e attività di ricovero	Inserire dettagli in merito a: - Tipologia di verifica programmata 2018 (es. documentale, osservato in struttura, verifica informatica, etc.); - Frequenza monitoraggio indicatore ed eventuali attività conseguenti ad attività di controllo che evidenzino andamento critico dell'indicatore proposto.	Indicatore di equilibrio attività ambulatoriale/degenza (1)
Mancata corrispondenza tra l'attività svolta e attività inserita in Psicheweb	Inserire dettagli in merito a: - Tipologia di verifica programmata 2018 (es. documentale, osservato in ambulatorio, verifica informatica, etc.); - N° di centri (suddivisi per tipologia, i.e. CPS, AMB, centri diurni) e N° di pazienti che si intendono monitorare;	Indicatore di congruenza della registrazione (2) Indicatore di congruenza dei percorsi (3)
Dati paziente incompleti	- Frequenza monitoraggio indicatore ed eventuali attività conseguenti ad attività di controllo che evidenzino andamento critico degli indicatori proposto.	Indicatore di completezza informativa (diagnosi) (4) Indicatore di completezza informativa (dati socio-demografici) (5)

(1) Indicatore di equilibrio attività ambulatoriale/degenza

Descrizione dell'indicatore⁷: L'indicatore è la ratio tra attività territoriale e di ricovero, e indica il numero di interventi territoriali per ogni giornata di degenza. L'indicatore va calcolato a livello di ASST e posto in relazione alla media regionale (con particolare attenzione alle

⁷ **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; Organizzazione Mondiale della Sanità (2009) *Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS crossnational analysis*. WHO Geneva

strutture che presentano un valore inferiore). Il valore regionale 2016 dell'indicatore è: 0.96 interventi territoriali ogni giornata di degenza.

Struttura dell'indicatore:

interventi territoriali erogati nei CPS e Amb. + presenze semiresidenziali in Centri Diurni
(tasso per 10.000 abitanti > 17 anni)

giornate di degenza in strutture residenziali psichiatriche + giornate di degenza in SPDC
(tasso per 10.000 abitanti > 17 anni)

Soglia: valori inferiori a 1 indicano una preminenza dell'attività di degenza su quella territoriale.

(2) Indicatore di congruenza della registrazione

Descrizione dell'indicatore: Congruenza tra la registrazione nella documentazione clinica (sia la cartella clinica che quella infermieristica) e l'inserimento nel sistema PsicheWeb degli interventi erogati nei CPS e Ambulatori.

Struttura dell'indicatore:

Percentuale di interventi informatizzati di cui esiste registrazione in cartella clinica/infermieristica

$$\frac{\text{n.º. interventi rilevati in PsicheWeb}}{\text{n. interventi rilevati in \% documentazione}}$$

Soglia: >95% di interventi informatizzati di cui esiste registrazione in cartella clinica/infermieristica

(3) Indicatore di congruenza dei percorsi

Descrizione dell'indicatore: Congruenza del percorso di cura con l'attività 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". Pertanto i percorsi dei pazienti inseriti in attività semiresidenziale e residenziale nell'anno non possono essere qualificati come percorsi di "consulenza" o "assunzione in cura", ma solo di "presa in carico".

Struttura dell'indicatore: percentuale di pazienti in trattamento residenziale o semiresidenziale nell'anno con percorso di cura "presa in carico"

$$\frac{\text{pazienti in trattamento residenziale o semiresidenziale nell'anno con percorso di cura "presa in carico"}}{\text{pazienti in trattamento residenziale o semiresidenziale nell'anno}} \%$$

Soglia: >95%

(4) Indicatore di completezza informativa (diagnosi)

Descrizione dell'indicatore: Corretto inquadramento diagnostico, rilevato sulle schede anagrafiche presenti in Psicheweb, inserite nel sistema nel sistema informativo da almeno 30 giorni rispetto alla data di controllo.

Struttura dell'indicatore: Percentuale pazienti in trattamento nell'anno con diagnosi principali ICD10 presenti in anagrafica PsicheWeb declinate almeno fino alla 3 cifra del codice alfanumerico ICD 10:

$$\frac{\text{n°. anagrafiche con diagnosi alla 3°
cifra codice ICD 10}}{\text{totale codici diagnostici ICD10 \%
relativi ai pazienti in trattamento
nell'anno}}$$

Soglia: >95% di pazienti con diagnosi ICD 10 a tre cifre

(5) Indicatore di completezza informativa (dati socio-demografici)

Descrizione dell'indicatore: Completezza delle informazioni socio demografiche (stato civile, occupazione, titolo di studio, collocazione socio-ambientale), rilevata sulle schede anagrafiche di Psicheweb dei pazienti in contatto nell'anno, inserite nel sistema nel sistema informativo da almeno 30 giorni rispetto alla data di controllo.

Struttura dell'indicatore Percentuale di pazienti in trattamento nell'anno con presenza delle informazioni socio demografiche relative a stato civile, occupazione, titolo di studio, collocazione socio-ambientale:

$$\frac{\text{n°. anagrafiche con le 4 informazioni
sociodemografiche presenti}}{\text{totale anagrafiche controllate \%
relative ai pazienti in trattamento
nell'anno}}$$

Soglia: >80% di schede anagrafiche con tutte e quattro le informazioni socio demografiche presenti

2.5.2 Neuropsichiatria Infantile

Si invitano le ATS ad esplicitare, nei rispettivi Piani, la pianificazione dei controlli per l'anno 2018 nel rispetto della normativa vigente e della pianificazione regionale.

In particolare, si chiede di illustrare la pianificazione delle visite di controllo che si prevedono di effettuare nelle varie tipologie di unità di offerta secondo lo schema di seguito riportato.

	N. STRUTTURE PER CUI SI PREVEDE VISITA DI CONTROLLO NEL 2018	N. STRUTTURE PRESENTI NEL TERRITORIO
STRUTTURE RESIDENZIALI		
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI		
UONPIA – STRUTTURE AMBULATORIALI		

Nei Piani dovranno essere indicati i criteri /fattori di rischio per la selezione delle strutture da sottoporre a visita di controllo.

Nell'ambito di tale visite si invitano le ATS a dare particolare rilievo alle seguenti dimensioni di controllo:

MULTIPROFESSIONALITA'

Verifica della presenza di tutte le figure professionali richieste (medico npia, psicologo, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità, assistente sociale, educatore professionale, personale infermieristico, personale amministrativo).

REGISTRI DI MONITORAGGIO DEI PERCORSI DEI PAZIENTI

Nell'ambito delle visite di controllo presso le strutture residenziali, dovranno essere verificate la presenza e la completezza dei registri di monitoraggio dei percorsi dei pazienti. Tali registri devono consentire il monitoraggio:

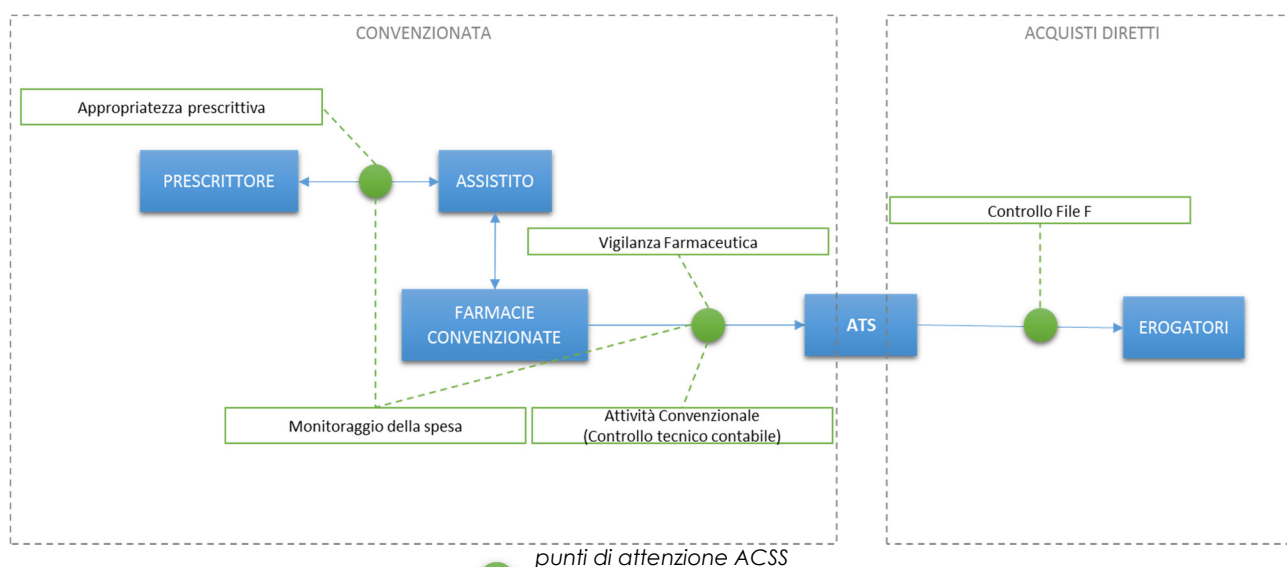
- delle domande di inserimento, con motivazione del perché non accolte
- delle ammissioni
- delle dimissioni, con relativa motivazione
- dei ricoveri in SPDC, in NPJA o in pediatria.

Le risultanze delle visite di controllo e le eventuali criticità riscontrate dovranno essere rendicontate ad ACSS mediante apposita relazione.

2.6 CONTROLLI NELL'AREA FARMACEUTICA

2.6.1 Schema dei controlli ACSS

Ferme restando la piena applicazione della normativa vigente in materia di controlli nonché la salvaguardia di specifiche peculiarità territoriali, viene rappresentata di seguito l'articolazione delle attività di controllo in cui si focalizza ACSS nelle varie fasi dei processi della Farmaceutica Convenzionata e di Farmaceutica per acquisti diretti.



2.6.2 Struttura del Piano ATS

Si invitano le ATS ad articolare la sezione del Piano dei Controlli relativa alla farmaceutica secondo la seguente struttura:

ANALISI DI CONTESTO	Sintetica descrizione dell'assetto della farmaceutica nel territorio di competenza e relativi dati di contesto (es: Farmacie presenti nel territorio, altri esercizi, dati economici e File F)	
FATTORI DI RISCHIO	La pianificazione dei controlli dovrà essere orientata da fattori di rischio, individuati ed esplicitati da ATS nel Piano dei Controlli, al fine di concentrare l'attenzione sulle realtà a maggior rischio e rendere più efficace e mirato il processo di controllo.	
FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Vigilanza Farmaceutica	
	Rendicontazione attività 2017	Pianificazione
	<i>Attività Ispettiva su Farmacie-Controlli su esercizi – grossisti – altro</i>	
	Attività Convenzionale (Controllo Tecnico-contabile)	
	Rendicontazione attività 2017	Pianificazione
	<i>Controllo ricette aperte DPC oltre 12 mesi- Conguaglio contabile anni pregressi (Un Team per ASL)- Controlli su DPC</i>	
	Monitoraggio spesa farmaceutica	
	Rendicontazione attività 2017	Pianificazione
	<i>Andamento obiettivo % DDD farmaci equivalenti e biosimilari</i>	

FARMACEUTICA ACQUISTI DIRETTI	Appropriatezza prescrittiva	
	Rendicontazione attività 2017	Pianificazione
	<i>Monitoraggio per classi ATC secondo indicazioni regionali e iperprescrittori - Verifica della corretta compilazione dei Piani Terapeutici - Verifica Note AIFA</i>	
	Controllo File F	
FARMACEUTICA ACQUISTI DIRETTI	Rendicontazione attività 2017	Pianificazione
	Controlli File F	
	<i>Controlli farmaci File F non soggetti a monitoraggio AIFA in distribuzione diretta</i>	

Analisi di Contesto

Questa sezione dovrà riportare il numero di farmacie convenzionate e dispensari presenti sul territorio di competenza, disaggregato per distretto – ambito territoriale corrispondente a ciascuna Commissione/Sottocommissione.

Dovranno altresì essere riportati i numeri di parafarmacie, grossisti/depositi, esercizi e GDO che erogano alimentazione particolare, esercizi autorizzati al commercio online, RSA – RSD – IDR. Il format dedicato è riportato nell'allegato n°6.C2 farm1.

Per la farmaceutica si propone di esplicitare le peculiarità del territorio di riferimento in ordine a:

- caratteristiche della popolazione dei pazienti;
- caratteristiche dei prescrittori;
- andamento della spesa per I livello ATC e per tipologia di File F.

Si invita ad analizzare i fenomeni in una prospettiva pluriennale e rappresentare le relative determinanti.

Fattori di Rischio

La pianificazione dei controlli dovrà essere orientata da fattori di rischio al fine di concentrare l'attenzione sulle realtà a maggior rischio e rendere più efficace e mirato il processo di controllo. In ciascuna sezione, laddove se ne manifesti la necessità, si invita a renderli espliciti.

2.6.3 Farmaceutica Convenzionata

Al fine di presidiare in maniera sistematica le attività di controllo e di uniformarne la rappresentazione, si chiede di esplicitare le seguenti informazioni (di norma già riportate nei Piani di Controllo degli anni scorsi) secondo il seguente schema:

2.6.3.1 Vigilanza Farmaceutica

Rendicontazione attività 2017

Si chiede alle ATS di riportare nei rispettivi Piani di controllo le seguenti informazioni:

numero di farmacie /dispensari ispezionati	
numero di parafarmacie, grossisti/depositi, esercizi e GDO che erogano alimentazione particolare, esercizi autorizzati al commercio online, RSA – RSD – IDR controllati	
numero di verbali di constatazione e affido stupefacenti	
numero di notizie di reato	
sanzioni e importi notificati	

I dati dovranno essere suddivisi per tipo di ispezione e Commissioni/Sottocommissioni di riferimento.

Il format dedicato è riportato nell'allegato n°7.C2 farm2.

Pianificazione 2018-2019

Le ATS dovranno esplicitare la pianificazione **biennale 2018-2019** e dichiarare la previsione del grado di assolvimento dell'obbligo di legge di ispezionare tutte le farmacie nel biennio.

Il 01/01/2018 costituisce il "tempo zero" da cui avviare la pianificazione biennale con l'obiettivo di verificare tutte le farmacie nel biennio 2018-2019.

Inoltre, con particolare riferimento al calendario annuale delle ispezioni, si dovranno riportare, suddivisi per Commissioni/Sottocommissioni di riferimento:

numero di farmacie e dispensari da ispezionare	
numero di parafarmacie, grossisti/depositi, esercizi e GDO che erogano alimentazione particolare, esercizi autorizzati al commercio online, RSA – RSD – IDR da controllare;	

Il format dedicato è riportato nell'allegato n°8.C2 farm3.

All'atto della costituzione delle Commissioni/Sottocommissioni ispettive, le ATS dovranno trasmettere alla Direzione Generale Welfare le delibere di costituzione e ad ACSS gli elenchi dei componenti con generalità mediante il format allegato n°9.C5 farmComp.

➤ Indicazioni per la rendicontazione 2018

La Rendicontazione delle attività svolte nel 2018 dovrà essere effettuata mediante la compilazione di un apposito format che verrà trasmesso alle ATS in cui dovranno essere riportati i dati e le risultanze di ogni visita ispettiva secondo gli item previsti dal facsimile di verbale predisposto da DG Welfare.

Tale format, da trasmettere a DG Welfare e ACSS con cadenza trimestrale, potrà essere sistematizzato a regime in forma di flusso informativo

2.6.3.2 Attività Convenzionale (Controllo Tecnico Contabile)

Fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente, si specificano i seguenti ambiti di controllo:

Controllo ricette aperte DPC oltre 12 mesi

Rendicontazione attività 2017

Si chiede alle ATS di riportare nei rispettivi Piani di controllo le seguenti informazioni:

numero di ricette per cui sono state effettuate notifiche di addebito	
numero di farmacie per cui sono state effettuate notifiche di addebito	

Pianificazione 2018

Nel Piano di ciascuna ATS dovrà essere esplicitato l'impegno al controllo sulla piattaforma WEB DPC dell'esistenza di ricette DPC aperte da più di 12 mesi al fine dell'addebito alle farmacie del costo di acquisto del farmaco.

➤ **Indicazioni per la rendicontazione 2018**

Il monitoraggio sarà effettuato a cura delle ATS con cadenza trimestrale mediante verifica dei dati disponibili su Web DPC e Farmaimaging e rendicontato alla Direzione Generale Welfare nel piano controlli e ad ACSS con una breve relazione trimestrale che illustri le attività svolte.

Conguaglio contabile anni pregressi - Progetto un Team per ASL

Rendicontazione attività 2017

Si chiede di rappresentare lo stato di avanzamento al 31/12/2017 del progetto "Un Team per ASL" coerentemente con le indicazioni regionali in merito.

Si chiede di riportare in ciascun Piano ATS le seguenti informazioni:

Ultima annualità chiusa nel 2017	
n. ricette controllate nel 2017	
Rientro 2017	€
n. ricette arretrate al 31/12/2017	

Pianificazione 2018-2019

Si chiede di esporre il programma di smaltimento degli arretrati a carattere pluriennale nel rispetto dei termini previsti da Regione Lombardia.

Anno di competenza della ricetta	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTALE
n. ricette arretrate al 31/12/2017										
n. ricette da controllare nel 2018										
n. ricette da controllare nel 2019										

➤ **Indicazioni per la rendicontazione 2018**

Il rispetto del programma di smaltimento dovrà essere oggetto di rendicontazione trimestrale a DG Welfare e ACSS.

Controlli su DPC

I Piani dei Controlli ATS dovranno prevedere l'impegno alla verifica mensile delle quantità di farmaci erogati in DPC. Nel caso vengano rilevate anomalie, anche in termini di non congruenza rispetto a volumi e costi dei servizi distributivi, si invitano le ATS a comunicarle ad ACSS mediante brevi relazioni.

Si invita inoltre a rendicontare la coerenza della spesa per i farmaci PHT con quanto appostato a bilancio.

2.6.3.3 Monitoraggio spesa farmaceutica

Rendicontazione attività 2017

In questa sezione si dovranno riportare le azioni intraprese nel 2017 in ordine al monitoraggio della spesa farmaceutica.

Si invita a dare rappresentazione dell'andamento dell'obiettivo relativo alla percentuale di DDD per farmaci equivalenti e biosimilari mediante il seguente format, utilizzando i dati più aggiornati a disposizione:

% OBIETTIVO REGIONALE 2017	% RAGGIUNTA 2017	% MEDIA LOMBARDIA 2017
%		

La rendicontazione dovrà riportare le eventuali criticità riscontrate.

Pianificazione 2018

Si invitano le ATS a riportare nei rispettivi Piani di controllo le azioni previste per il 2018 coerentemente con le indicazioni delle Regole di Sistema nonché gli interventi da porre in essere per superare eventuali criticità.

In particolare si chiede alle ATS di riportare la pianificazione dei momenti di confronto tra la medicina territoriale e la specialistica per il raggiungimento dell'obiettivo di incremento nella prescrizione/erogazione dei seguenti farmaci biosimilari:

B01AB05	ENOXAPARINA
B03XA01	ERITROPOIETINA
G03GA	GONADOTROPINE
H01AC	01 SOMATROPINA
L01XC02	RITUXIMAB
L04AB01	ETANERCEPT
L04AB02	INFLIXIMAB

Si chiede inoltre di indicare la percentuale attesa per il 2018 di DDD per farmaci equivalenti e biosimilari.

2.6.3.4 Appropriately prescrivere

In ordine alle attività di controllo dell'appropriatezza prescrittiva si individuano i seguenti item di cui rendicontare le attività 2017 ed esporre la programmazione.

Monitoraggio per classi ATC secondo indicazioni regionali e iperprescrittori

Rendicontazione attività 2017

Si chiede di esplicitare la rendicontazione delle seguenti attività:

- messa a disposizione a MMG e PLS delle schede medico;
- iniziative di informazione e sensibilizzazione dei medici prescrittori e relative verifiche;

La rendicontazione dovrà riportare le eventuali criticità riscontrate.

Pianificazione 2018

La pianificazione dovrà dettagliare le azioni da porre in essere relativamente a:

- messa a disposizione a MMG e PLS delle schede medico;
- iniziative di informazione e sensibilizzazione dei medici prescrittori e relative verifiche.

Si invitano inoltre le ATS a pianificare le specifiche attività di formazione ed 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.

Dovranno essere illustrate eventuali nuove modalità di monitoraggio e sensibilizzazione per il superamento delle criticità riscontrate, oltre all'indicazione dei risultati attesi.

Verifica della corretta compilazione dei Piani Terapeutici**Rendicontazione attività 2017**

Si chiede di esplicitare la rendicontazione delle seguenti attività:

- verifica della corretta e completa compilazione dei PT on line da parte degli specialisti ospedalieri;
- raccolta e registrazione di eventuali PT cartacei pervenuti da Distretti, da MMG PLS e strutture.

La rendicontazione dovrà riportare le eventuali criticità riscontrate.

Pianificazione 2018

Dovranno essere illustrate eventuali nuove modalità di monitoraggio e sensibilizzazione per il superamento delle criticità riscontrate, oltre all'indicazione dei risultati attesi.

Verifica Note AIFA**Rendicontazione attività 2017**

Si chiede di esplicitare la rendicontazione delle seguenti attività:

- verifica del 100% delle ricette con nota AIFA errata / omessa in base alle annualità messe a disposizione da Lipa e invio a Farmacie/prescrittori per regolarizzazione /addebito;
- N.ricette regolarizzate e addebitate.

La rendicontazione dovrà riportare le eventuali criticità riscontrate.

Pianificazione 2018

Si chiede di dettagliare la pianificazione di attività e iniziative per il superamento di eventuali criticità. Dovranno essere esplicitate le modalità di controllo ed i risultati della vigilanza sulla corretta applicazione delle note AIFA (n.4, 13, 39, 51, 66, 74, 79 e dei medicinali ATC C10AX09 (ezetimibe) e C10BA02 ezetimibe+simvastatina).

2.6.3.5 Acquisti Diretti

Controlli su File F

Rendicontazione attività 2017

Si invitano le ATS a riportare nel proprio piano la rendicontazione delle seguenti attività di controllo sul File F, come da DGR 5954 del 05/12/2016 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017" paragrafo 8.7 "Monitoraggio di farmaci ad alto costo con registro AIFA": "Si conferma come obiettivo per l'anno 2017, sia per le ATS che per le ASST, IRCCS pubblici, privati e case di cura convenzionate a contratto, il controllo della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2, 1 o 18).

- **farmaci per HCV: 100%, con presenza del dato di targatura nel File F per ogni confezione erogata;**
- **farmaci oncologici: 75%"**

La rendicontazione dovrà riportare le informazioni indicate dal seguente format:

STRUTTURA EROGATRICE	HCV - N. RECORD 2017 CONTROLLATI	HCV - N. RECORD 2017 MODIFICATI	ONCOLOGICI - N. RECORD 2017 CONTROLLATI	ONCOLOGICI - N. RECORD 2017 MODIFICATI	N.VISITE 2017	CRITICITA' RISCONTRATE

Dovrà inoltre essere riportata, con lo stesso formato, la rendicontazione di altre attività di controllo poste in essere.

Pianificazione 2018

Si invitano le ATS ad esplicitare la programmazione dei controlli previsti dalle **Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018**, declinando le specifiche attività da svolgere:

Controllo della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione, così suddiviso:

- farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici): 100%, con presenza del dato di targatura nel File F per farmaci HCV
- farmaci ipercolesterolemia, inibitori PCSK9 (evolocumab e alirocumab): 50%
- farmaci oncologici: 50%

Inoltre, per i seguenti farmaci relativamente alle indicazioni non soggette a scheda AIFA, rituximab, trastuzumab e temozolamide: 50%

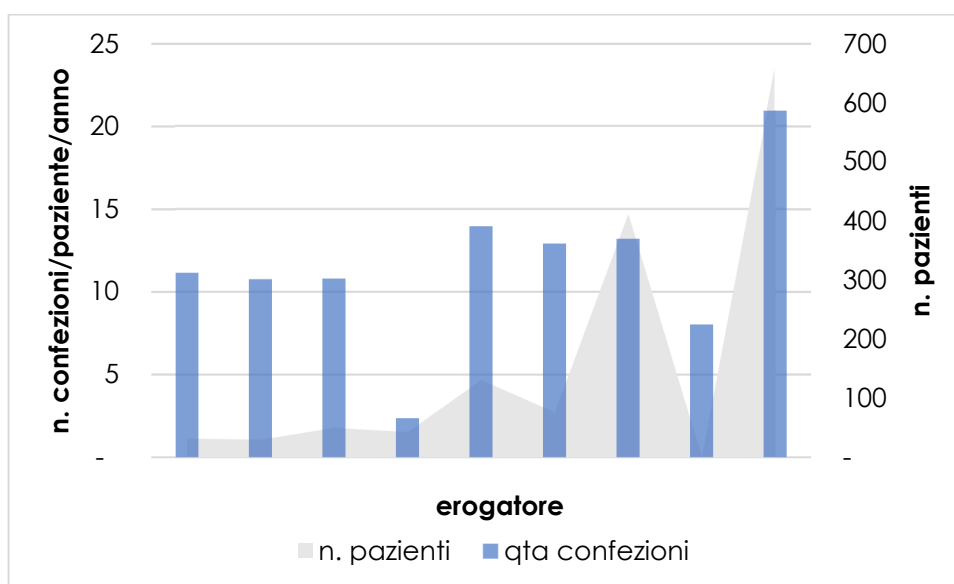
Laddove la pianificazione prevedesse attività di controllo ulteriori, il piano dovrà esplicitare i fattori di rischio individuati che possano rendere maggiormente efficace e mirato il processo di controllo.

Controllo appropriatezza distributiva File F

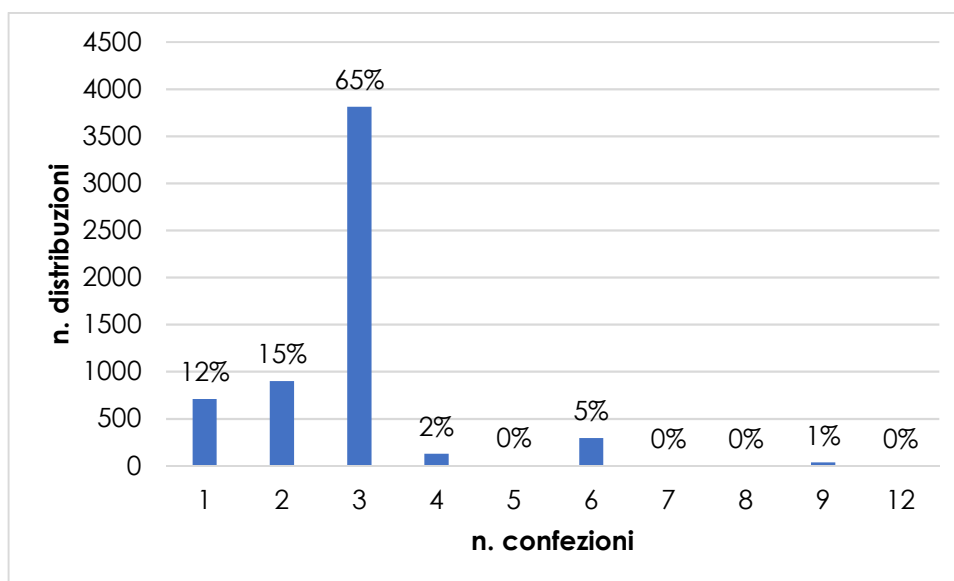
ACSS individua in accordo con DG Welfare, in via sperimentale per il 2018, un controllo dell'appropriatezza distributiva del File F, volto ad individuare i record dai quali per il medesimo paziente risulti erogato, in un periodo selezionato, un quantitativo superiore alla posologia ordinaria. Tale valutazione viene effettuata tenendo in considerazione sia le indicazioni terapeutiche per la specifica patologia, sia il confezionamento del farmaco, nonché le indicazioni regionali con particolare riferimento al punto 27 della DGR 2057 del 28/07/2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2011 – III provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario"⁸.

Analisi preliminare

Un'analisi dei dati del flusso File F relativi all'anno 2016 disponibili nel datawarehouse di Regione Lombardia ha evidenziato, per i farmaci in distribuzione diretta, potenziali anomalie legate alle quantità somministrate ai pazienti. La valutazione è stata effettuata sia per il quantitativo totale erogato ad un paziente nell'anno, sia per il numero di confezioni distribuite in ciascuna erogazione. Tali dimensioni vengono rappresentate, a titolo esemplificativo per un farmaco, nei seguenti grafici.



⁸ "ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9 di cui alla legge n. 405/2001, la frequenza delle prescrizioni ed erogazione dei medicinali rendicontati in File F sono effettuate per la copertura di periodi di terapia non superiori a sessanta giorni, fatto salvo quanto disposto dalla circolare regionale prot. n. H1.2004.54025 del 22 ottobre 2004 per le terapie della Sclerosi Multipla, ai sensi della quale i Centri possono fornire quantitativi sufficienti alla copertura di un fabbisogno terapeutico di novanta giorni di terapia"



Il primo grafico mette a confronto, per diversi erogatori, il numero medio annuo di confezioni di un farmaco distribuite al paziente. Dal momento che per il farmaco in oggetto la terapia prevede una confezione al mese, la soglia pari a 12 confezioni risulta superata in diversi erogatori e, significativamente, in quello che ha trattato un maggior numero di pazienti.

Nel secondo grafico, per un farmaco diverso dal precedente, è rappresentata la distribuzione, rispetto al numero delle confezioni erogate, delle erogazioni a livello regionale. La moda regionale pari a 3 confezioni, che rappresenta anche il valore atteso, viene superata nell'8% dei casi.

Si evince, in entrambe le circostanze, come vi sia una percentuale di record non trascurabile che, presentando valori anomali, risulti meritevole di approfondimento.

Processo di controllo

Il controllo, in base a quanto stabilito a seguito di confronto con DG Welfare (UO Programmazione Polo Ospedaliero – Struttura Farmaco, Dispositivi e HTA), sarà condotto congiuntamente da ATS, erogatori ed ACSS, in una logica di estensione dell'attività di monitoraggio sul File F. Durante i primi mesi del 2018, verrà condivisa con le ATS la metodologia adottata e verranno trasferite le specifiche tecniche per l'attuazione dei controlli.

Tale controllo, in fase sperimentale per l'anno 2018, riguarderà unicamente la modalità di distribuzione diretta e si applicherà soltanto ad alcuni farmaci in maniera mirata; a seguito dell'analisi dei risultati del controllo, potrà essere esteso negli esercizi successivi ad una più ampia gamma di farmaci. La scelta dei farmaci sarà dettata da criteri di significatività in termini di spesa, di numerosità delle strutture erogatrici, di patologia e dalla assenza di un relativo generico/biosimilare.

Fase 1: individuazione dei farmaci e dei valori soglia da parte di ACSS

ACSS, elaborando i dati disponibili, stilerà l'elenco dei farmaci ai quali si chiede di applicare il controllo e, per ciascuno di essi, indicherà dei valori soglia rispetto alle seguenti dimensioni:

- quantità di confezioni distribuite ad un paziente in un periodo;
- numero di confezioni distribuite per singola erogazione.

I valori saranno trasmessi alle ATS entro il 30/06/2018.

Fase 2: Individuazione dei record da controllare

Le ATS selezioneranno, per il periodo di erogazione gennaio-giugno, i record con valori superiori ai valori soglia indicati da ACSS e invieranno entro il 15/09/2018 gli identificativi di tali record agli erogatori di competenza.

Fase 3: controllo svolto dagli erogatori

Gli erogatori provvederanno a controllare i record ricevuti:

- in presenza di un errore formale di rendicontazione procederanno entro il 30/11/2018 alla correzione dei record nel flusso File F
- in assenza di errori formali di rendicontazione, provvederanno a indicare le motivazioni della distribuzione anomala di ciascun paziente oggetto di segnalazione in un'apposita relazione da trasmettere all'ATS di competenza entro e non oltre il 30/11/2018. Qualora le motivazioni fossero legate a criticità interne alla struttura sanitaria, si invita la stessa ad indicare le azioni di miglioramento che si intendono porre in essere.

Fase 4: controllo svolto da ATS

Le ATS effettueranno una valutazione sulla qualità e sulla completezza delle relazioni ricevute; verificheranno, inoltre la corrispondenza tra quanto riportato nelle relazioni e i dati del flusso File F dell'intero anno 2018.

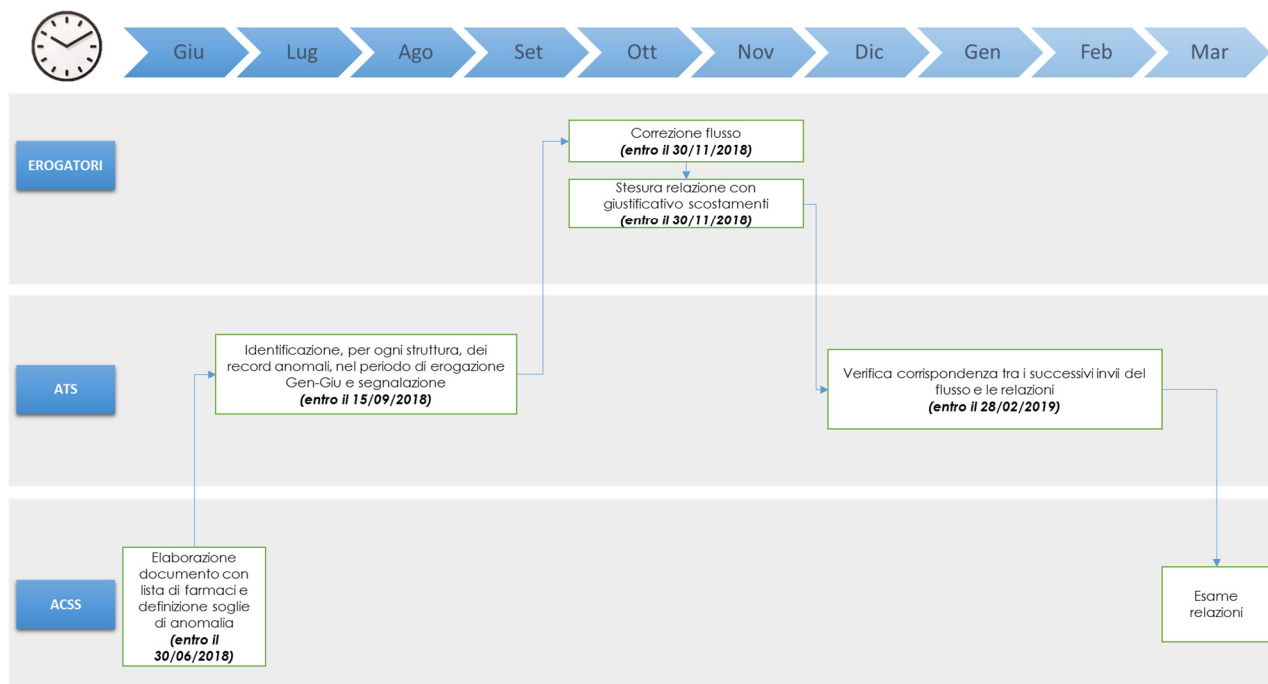
Qualora ad esempio per un paziente sia stata giustificata, in relazione ai dati del primo semestre, l'erogazione di un quantitativo di farmaco superiore al dovuto del periodo, ATS dovrà verificare che la quantità distribuita nei restanti mesi non determini il superamento della soglia massima annua.

Qualora per un paziente risultino, nel primo semestre, singole erogazioni con quantitativi anomali, ATS verificherà che le successive erogazioni rientrino nei quantitativi massimi individuati dalla normativa regionale.

Entro il 28/02/2019 le ATS trasmetteranno ad ACSS le risultanze di tali verifiche in un apposito format che verrà reso disponibile con successiva comunicazione.

Fase 5: controllo svolto da ACSS

ACSS procederà all'analisi dei dati e della documentazione acquisita, nonché dei dati contenuti nel flusso ai fini di valutare i risultati della sperimentazione e definirne il successivo sviluppo.



Rappresentazione grafica del processo

Suggerimenti per il miglioramento della qualità informativa del Flusso File F

Si richiama l'attenzione degli erogatori alla compilazione del campo "medico prescrittore" nel flusso File F, che spesso risulta privo di valorizzazione, nelle more di un'auspicata trasformazione della compilazione dello stesso da facoltativa ad obbligatoria.

Per quanto riguarda strutture che erogano farmaci per unità posologiche, in caso di distribuzioni o somministrazioni che riguardino quantitativi pari ad intere confezioni o loro multipli, si propone la registrazione nel flusso con l'unità di misura confezione.

Con riferimento all'introduzione di possibili nuovi controlli nel flusso File F, si individuano come prioritari la verifica di coerenza tra i valori dei campi importo unitario, quantità e importo totale e la verifica che il prezzo unitario rendicontato non sia superiore al prezzo massimo di cessione al SSN.

Si invitano in ogni caso le ATS ad effettuare specifiche verifiche sui prezzi rendicontati, specialmente laddove risultino valori anomali.

Si rammenta inoltre che è compito delle ATS verificare quanto stabilito dalla DGR 10804 del 16/12/2009 Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2010 (allegato 13 Controlli sul File F – contabilizzazione) con riferimento al reinvio da parte dell'erogatore dei record marcati con la lettera M nel campo "destinazione record":

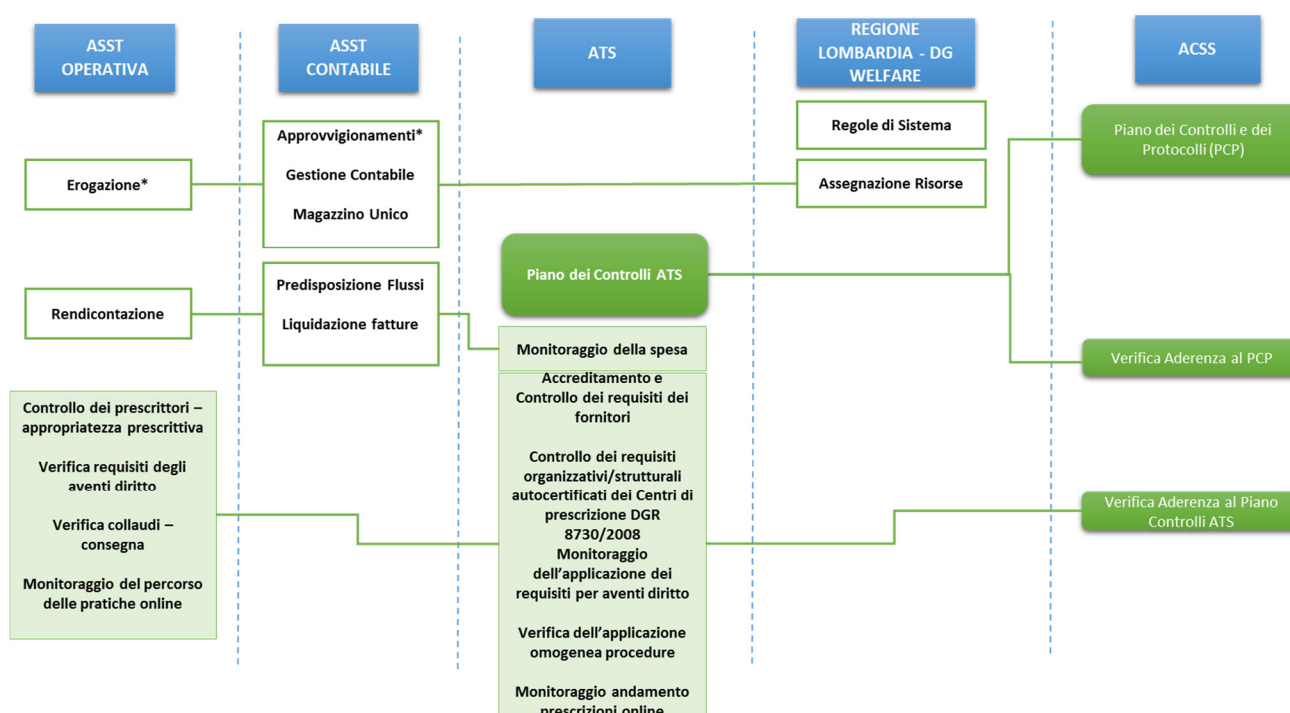
"Per quanto riguarda la gestione contabile degli effetti dei controlli alle strutture erogatrici di File F, si precisa che:

-
- 1) la struttura erogatrice, oggetto del controllo, come da indicazioni regionali vigenti, inserisce nel campo "destinazione record" (posizione 154 file FF1 e posizione 86 del file FF2) il valore M (record modificato a seguito di controlli);
- 2) la ASL riceve mensilmente dalla DG Sanità i record di File F ricevuti dagli erogatori e verifica che gli stessi rendicontino correttamente, indicando il valore M, i record controllati e modificati dalle ASL stesse in occasione dei controlli".

2.7 CONTROLLI AREA PROTESICA MAGGIORE

2.7.1 Schema dei controlli ACSS

Ferme restando la piena applicazione della normativa vigente in materia di controlli nonché la salvaguardia di specifiche peculiarità territoriali, viene rappresentata di seguito l'articolazione delle attività di controllo in cui si focalizza ACSS nelle varie fasi dei processi dell'Assistenza Protesica Maggiore.



ACSS, dopo aver predisposto il Piano dei Controlli e dei Protocolli, verifica che i Piani di Controllo ATS siano ad esso aderenti in termini di indirizzi di controllo e organizzazione dei contenuti e procede alla loro approvazione. Successivamente verifica l'aderenza dell'attività di monitoraggio e controllo dell'Assistenza protesica Maggiore con quanto programmato nei vari piani ATS.

2.7.2 Struttura del Piano ATS

Si invitano le ATS ad articolare la sezione del Piano dei Controlli relativa all'Assistenza Protesica Maggiore secondo la seguente struttura:

ANALISI DI CONTESTO	Sintetica descrizione dell'assetto della protesica nel territorio di competenza e relativi dati di contesto (es: centri di prescrizione presenti nel territorio, fornitori accreditati, dati economici)	
FATTORI DI RISCHIO	La pianificazione dei controlli dovrà essere orientata da fattori di rischio, individuati ed esplicitati da ATS nel Piano dei Controlli, al fine di concentrare l'attenzione sulle realtà a maggior rischio e rendere maggiormente efficace e mirato il processo di controllo.	
ASSISTENZA PROTESICA MAGGIORE	CENTRI DI PRESCRIZIONE	
	Rendicontazione attività 2017	Pianificazione 2018
	controllo dei requisiti organizzativi/strutturali autocertificati dei Centri di prescrizione.	
	PRESCRITTORI	
	Rendicontazione attività 2017	Pianificazione 2018
	Controllo dei requisiti dei prescrittori, con gestione dei relativi elenchi.	
	FORNITORI	
	Rendicontazione attività 2017	Pianificazione 2018
	Controllo accreditamento e requisiti dei Fornitori. Controllo coerenza tipologie forniture rispetto a requisiti di accreditamento dichiarati.	
	AVENTI DIRITTO	
	Rendicontazione attività 2017	Pianificazione 2018
	Monitoraggio generale delle applicazioni dei requisiti di aventi diritto, LEA, controllo applicazione omogenea e corretta delle procedure.	
	PRESCRIZIONI ONLINE	
	Rendicontazione attività 2017	Pianificazione 2018
	Monitoraggio delle strutture per limitare le prescrizioni cartacee.	
	FLUSSI/VALORI ECONOMICI	
	Rendicontazione attività 2017	Pianificazione 2018
	Monitoraggio dell'andamento complessivo delle attività, volumi economici, completezza dei dati in collaborazione con ASST.	

Analisi di Contesto

L'analisi di Contesto dovrà riportare, per l'area di Assistenza Protesica Maggiore, il numero dei Centri di prescrizione pubblici e privati accreditati, il numero di prescrittori e di fornitori accreditati e di cittadini aventi diritto (invalidità civile, tipologia di ausilio in relazione alla disabilità) e numero delle prescrizioni effettuate. Dovrà altresì essere riportato l'andamento della spesa sul territorio di competenza.

Fattori di Rischio

La pianificazione dei controlli dovrà essere orientata da fattori di rischio al fine di concentrare l'attenzione sulle realtà a maggior rischio e rendere più efficace e mirato il processo di controllo. In ciascuna sezione, laddove se ne manifesti la necessità, si invita a renderli espliciti.

2.7.3 Assistenza Protesica Maggiore

Al fine di presidiare in maniera sistematica le attività di controllo e di uniformarne la rappresentazione, si chiede di esplicitare le informazioni seguendo il seguente schema.

2.7.3.1 Centri di Prescrizione

Rendicontazione attività 2017

Si chiede alle ATS di rendicontare le attività svolte nell'ambito del controllo dei requisiti organizzativi e strutturali di accreditamento dei Centri di prescrizione. In particolare si chiede di riportare nei rispettivi piani le seguenti informazioni:

N° Centri di Prescrizione controllati /N. totale Centri di Prescrizione del territorio di competenza (%)	
N° Sanzioni irrogate	

Pianificazione 2018

Si invitano le ATS ad esplicitare, nei rispettivi Piani di Controllo, la pianificazione dei controlli dei requisiti organizzativi e strutturali di accreditamento dei centri di prescrizione da effettuarsi nell'esercizio 2018, nel rispetto della DGR n° X/6917, allegato A paragrafo 6.1 (a). Tale pianificazione dovrà tenere conto delle criticità riscontrate nel corso dell'attività di controllo effettuata negli esercizi precedenti.

2.7.3.2 Prescrittori

Rendicontazione attività 2017

Si chiede alle ATS di rendicontare, nei rispettivi piani di controllo, le attività di monitoraggio e external audit sulle attività di controllo dei prescrittori svolte dalle ASST.

In particolare si chiede di fornire un riscontro quantitativo in ordine a:

- controlli di appropriatezza/congruenza prescrittiva, verificando la corrispondenza tra il dispositivo, il PRI e la diagnosi di invalidità;
- verifica dell'esistenza di procedure per l'aggiornamento dell'anagrafica dei prescrittori.

Pianificazione 2018

Si invitano le ATS ad esplicitare, nei rispettivi piani di controllo, la pianificazione dei controlli sui prescrittori da effettuarsi nell'esercizio 2018, nel rispetto della DGR n° X/6917, allegato A paragrafo 6.1 (a). Tale pianificazione dovrà tenere conto delle criticità riscontrate nel corso dell'attività di controllo effettuata negli esercizi precedenti.

2.7.3.3 Fornitori

Rendicontazione attività 2017

Si chiede alle ATS di rendicontare, nei rispettivi Piani di Controllo, le attività svolte nell'ambito del controllo dei requisiti di accreditamento dei Fornitori Elenco 1 del Nomenclatore Tariffario (DM 332/99). In particolare si chiede di riportare nei rispettivi piani le seguenti informazioni:

N° nuove Aziende fornitrici controllate con sopralluogo/N° attivazioni	
N° sopralluoghi per la verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento in caso di Fornitore già in elenco	
N° Prescrizioni ai fornitori effettuate	
N° Sanzioni irrogate	

Si chiede di indicare nei Piani i criteri adottati dalle ATS per la selezione delle Aziende fornitrici presso cui sono stati effettuati sopralluoghi.

Si chiede inoltre di rendicontare l'attività di controllo di coerenza della tipologia delle forniture rispetto ai requisiti di accreditamento dichiarati, dichiarando la percentuale di casistiche sottoposte a verifica de visu.

Si invita a rendicontare le attività di external auditing sulle ASST previste dal paragrafo 6 (appendice) dell'allegato A alla DGR 6917 del 24/07/2017.

Pianificazione 2018

Si invitano le ATS ad esplicitare, nei rispettivi Piani di Controllo, la pianificazione dei controlli sulle aziende fornitrici da effettuarsi nell'esercizio 2018 e relativi criteri, nel rispetto della DGR n° X/6917, allegato A paragrafo 6.1 (b). Tale pianificazione dovrà tenere conto delle criticità riscontrate nel corso dell'attività di controllo effettuata negli esercizi precedenti.

2.7.3.4 Aveni diritto

Rendicontazione attività 2017

In riferimento al monitoraggio generale dell'applicazione dei requisiti di avari diritto, LEA, controllo applicazione omogenea e corretta delle procedure (comprese le procedure di gara in collaborazione con le ASST) si chiede alle ATS di riportare nel Piano l'attività di monitoraggio dei controlli in capo alle ASST, evidenziando eventuali criticità riscontrate.

Pianificazione 2018

Nel piano dei controlli ATS dovrà essere esplicitata la programmazione dei controlli previsti in ordine al monitoraggio generale dell'applicazione dei requisiti di avari diritto per l'esercizio 2018. Tenendo conto delle criticità riscontrate nell'attività di monitoraggio, si chiede alle ATS di esplicitare gli interventi identificati per il superamento delle stesse.

2.7.3.5 Prescrizioni Online

Rendicontazione attività 2017

Si chiede alle ATS di descrivere l'attività di monitoraggio delle prescrizioni on-line rispetto a quelle cartacee, evidenziando eventuali criticità riscontrate. In particolare si chiede di rappresentare nel Piano dei controlli ATS il rapporto fra numero di prescrizioni online e numero di prescrizioni cartacee suddiviso per ASST.

Pianificazione 2018

Nel piano dei controlli ATS dovrà essere esplicitata la programmazione dei controlli previsti in ordine al monitoraggio delle prescrizioni on-line per l'esercizio 2018. Tenendo conto delle criticità emergenti dall'attività di monitoraggio degli esercizi precedenti, si chiede alle ATS di esplicitare gli interventi identificati per il superamento delle stesse.

2.7.3.6 Flussi e Valori economici

Rendicontazione attività 2017

In riferimento al monitoraggio dell'andamento complessivo delle attività, dei volumi economici, della completezza dei dati, si chiede alle ATS di riportare nel Piano l'attività di monitoraggio svolta e di mettere in evidenza quanto emerso dalla stessa e dalle attività di external auditing sulle ASST prevista dal paragrafo 6 (appendice) dell'allegato A alla DGR 6917 del 24/07/2017

In particolare si chiede di rappresentare:

- il numero di ausili riutilizzabili ritirati a deceduti o ricoverati in RSA suddiviso per ASST;
- spesa e numero prescrizioni per classi omogenee di dispositivi suddivisi per ASST.

Pianificazione 2018

Nel piano dei controlli ATS dovrà essere esplicitata la pianificazione del monitoraggio delle attività, dei volumi economici e della completezza dei dati per l'esercizio 2018. Tenendo conto delle criticità emerse dall'attività di monitoraggio degli esercizi precedenti, si chiede alle ATS di esplicitare gli interventi per il superamento delle stesse.

Approfondimento su ventilazione non invasiva (CPAP, Bilevel, PSV)

Si invitano le ATS ad effettuare, nei rispettivi Piani di controllo, uno specifico approfondimento sull'utilizzo degli apparecchi di ventilazione non invasiva (CPAP, Bilevel, PSV).

Rendicontazione 2017

Nelle more dell'acquisizione da parte di ACSS delle liberatorie per l'accesso ai sistemi informativi e ai flussi dedicati all'assistenza protesica, mediante il quale sarà possibile ricavare informazioni ed effettuare analisi in maniera autonoma, si chiede alle ATS di rappresentare nei rispettivi Piani di Controllo le informazioni indicate nella seguente tabella:

	ASST 1	ASST 2	ASST...
Numero di apparecchi attivi al 01/01/2017			
Consegne effettuate nel 2017			
Ritiri effettuati nel 2017			
Numero di apparecchi attivi al 31/12/2017			

Pianificazione 2018

Si chiede di esplicitare la pianificazione dei controlli presso le ASST in ordine alle procedure di verifica dell'appropriatezza, dell'aderenza dei pazienti e del tempestivo recupero delle apparecchiature al termine della loro utilità.

Nel corso del 2018, con cadenza trimestrale, le ATS dovranno rendere conto ad ACSS, con apposita relazione, dei confronti avvenuti con le ASST, evidenziandone i risultati e le eventuali criticità riscontrate; in tali relazioni inoltre dovranno essere esposte le seguenti informazioni suddivise per ASST erogante secondo questo schema:

	ASST 1	ASST 2	ASST...
Numero di apparecchi attivi a inizio trimestre			
Consegne effettuate nel trimestre			
Ritiri effettuati nel trimestre			
Numero di apparecchi attivi a fine trimestre			
Numero prescrizioni di apparecchi per la ventilazione non invasiva (CPAP, Bilevel, PSV) con tempo di utilizzo inferiore a quanto prescritto			
Tempo medio intercorrente fra la data di richiesta ad ASST e la data di consegna al paziente			
Tempo medio intercorrente fra la data di richiesta di restituzione volontaria da parte del paziente e data di ritiro da parte del fornitore			

2.8 CONTROLLI AREA SOCIO SANITARIA

2.8.1 I controlli di appropriatezza

In aderenza a quanto previsto dalla DGR n. 1185/2013 e dalla DGR 1765/2014 in ordine al perseguimento degli obiettivi di efficacia, sicurezza ed efficienza, il sistema dei controlli deve garantire sempre più l'applicazione del concetto di appropriatezza, anche identificando eventuali aree di miglioramento nell'erogazione dei servizi agli utenti, sulle quali agire in modo integrato tra ACSS, ATS ed Enti erogatori, al fine di offrire interventi/prestazioni sociosanitari realmente appropriati e adeguati al bisogno.

I controlli di appropriatezza sono effettuati dalle ATS, in coerenza con quanto previsto dalle disposizioni nazionali e regionali in materia. Sono rivolti a tutte le strutture sociosanitarie pubbliche e private indipendentemente dallo status erogativo in cui si trovino (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate).

In ambito sociosanitario i controlli di appropriatezza riguardano sia la verifica del contenuto dei flussi informativi, sia il controllo sulla completezza e adeguatezza documentale, così come sono riferiti alla congruenza, 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. 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.

2.8.2 Verifica flussi informativi e nuove metodologie di controllo

Come già scritto nel capitolo introduttivo, sia per quel che riguarda l'attività di vigilanza sia con riferimento ai controlli di appropriatezza, si ritiene fondamentale che l'attività delle ATS vada a verificare i contenuti dei flussi informativi.

Si ritiene prima di tutto necessario controllare che le informazioni derivanti dall'attività di vigilanza, con particolare riguardo all'ambito organizzativo e gestionale, siano coerenti con i bisogni assistenziali dei singoli utenti dei servizi. Ad esempio, va verificata la corrispondenza delle figure professionali previste nei singoli PAI con la dotazione organica; così come si deve verificare la corrispondenza degli interventi previsti nei singoli PAI con la pianificazione delle presenze degli operatori sia diurna che notturna.

Con particolare riguardo ai flussi analitici riferiti agli utenti ed alle prestazioni ad essi erogate, **si chiede alla ATS di verificare, in collaborazione con ACSS:**

- 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;

- Compatibilità delle informazioni presenti nei flussi con quanto riportato nei fascicoli, nonché con riguardo al controllo diretto dei singoli utenti.

Nel corso del 2018, saranno previsti momenti formativi e di confronto tra ACSS ed ATS, riguardo all'attività di controllo dei flussi.

Allo stesso modo, saranno avviate attività affinché tutte le ATS implementino ulteriormente banche dati nonché indicatori di rischio e di appropriatezza.

Per verificare l'adeguatezza delle prestazioni erogate, verranno inoltre implementati flussi strutturati su segnalazioni/reclami da parte di utenti dei servizi, loro familiari, operatori dei servizi o da eventuali altri stakeholder del sistema.

Allo stesso modo, nel corso del 2018, verranno avviate azioni per far sì che vigilanza e controlli di appropriatezza delle prestazioni possano anche essere legati alla rilevazione della Customer Satisfaction di utenti e/o i loro familiari.

Attraverso un più puntuale controllo dei flussi informativi e mediante lo sviluppo di indicatori si ritiene di migliorare l'esercizio dell'attività di controllo.

Conseguentemente, le verifiche di carattere documentale, derivanti da una migliore applicazione di indicatori di rischio, saranno sempre più mirate.

Attraverso controlli documentali mirati e mediante il ricorso a metodologie di autocontrollo, si potrà procedere ad una riduzione di questo tipo di controllo da parte delle ATS.

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. Una riduzione, dopo i primi anni di applicazione della DGR 1765/14, delle percentuali di controllo sui fascicoli, potrebbe permettere alle équipe ispettive di concentrarsi su altri indicatori di qualità specifici per le singole strutture, permettendo una verifica più incisiva su elementi di qualità dell'assistenza all'ospite.

Conseguentemente, gli operatori della ATS potranno occuparsi anche di verificare la coerenza di quanto derivante dai flussi e dalla parte documentale, con l'osservazione diretta degli utenti dei servizi e degli spazi da essi occupati, nei casi in cui ci siano elementi per cui si possa ipotizzare un'assistenza non adeguata ai bisogni del singolo ospite. L'osservazione diretta degli utenti, andrà comunque effettuata utilizzando tutte le cautele del caso ed in condivisione con le figure sanitarie delle unità d'offerta.

Nel corso delle verifiche riferite ai singoli utenti, le ATS dovranno anche controllare che siano state acquisite tutte le liberatorie ed i consensi del caso, sui trattamenti erogati e sull'eventuale ricorso a mezzi di contenzione.

Nel 2018, si cercherà inoltre di implementare ulteriormente gli indicatori di esito, a partire da quelli che erano stati definiti nella DGR 4980/2013.

Al fine di verificare ulteriormente l'appropriatezza delle prestazioni erogate, nel corso del 2018, verranno avviati i lavori finalizzati alla costruzione di un flusso analitico sul consumo di farmaci all'interno delle unità d'offerta sociosanitarie.

2.8.3 Controlli di appropriatezza sulle diverse unità d'offerta

Con riguardo all'appropriatezza riferita ai singoli utenti dei servizi sociosanitari, si ribadisce che le verifiche dovranno essere effettuate in una logica di integrazione con le informazioni

derivanti dall'attività di vigilanza nonché con quanto derivante dalle informazioni presenti nei flussi informativi.

Inoltre, tutta la documentazione riconducibile al singolo utente dovrà essere coerente con quanto ricavabile dall'osservazione diretta della persona.

Considerato che nella gran parte delle unità d'offerta sociosanitarie gli utenti sono assistiti per periodi medio-lunghi, si ritiene utile privilegiare l'attività di controllo nei confronti degli utenti ancora presenti, dove è possibile osservare direttamente le persone nonché verificare livelli di cura in atto.

Nel corso del 2018, tutte le unità d'offerta sociosanitarie attive dovranno essere sottoposte a verifica di appropriatezza, nei termini e con le percentuali definite di seguito, tenuto conto delle percentuali minime di controllo fissate dalla DGR Regole 2018. A partire dal 2018 si ritiene importante che tutte le unità d'offerta sociosanitarie attive siano sottoposte ad almeno un controllo di appropriatezza.

Al fine di non concentrare le verifiche in un unico periodo dell'anno, si richiede alle ATS di effettuare in ogni trimestre almeno 1/5 dei controlli di appropriatezza previsti per l'intera annualità. Tale percentuale va riferita ad ogni singola tipologia di unità d'offerta.

Si ribadisce che le verifiche di appropriatezza, in attuazione di quanto disposto con la Deliberazione che fissa le regole di sistema per l'anno 2018 (DGR 7600/2017), di prassi devono essere effettuate con preavviso all'ente gestore inviato nella giornata lavorativa antecedente la visita.

2.8.4 Controlli su singola unità d'offerta

In questo paragrafo vengono fornite indicazioni per l'effettuazione dei controlli di appropriatezza sulle singole udo.

Quanto segue è riferito alle RSA a titolo esemplificativo. I concetti indicati sono però da ricondurre a tutte le udo sociosanitarie.

Pertanto, per tutte le unità d'offerta le schede riportate nei successivi paragrafi vanno lette in maniera integrata con quanto riportato di seguito.

Con riguardo al numero di Fascicoli Socio Assistenziali e Sanitari (FaSAS) da sottoporre a verifica all'interno di ogni singola unità d'offerta, si deve fare riferimento al numero di ospiti che la struttura ha avuto in carico del corso del 2017. Nel conteggio vanno considerati tutti gli ospiti, a prescindere dalla tipologia di posto occupato, della classificazione, o del luogo di loro residenza.

Considerato quanto definito nella DGR Regole 2018, per ogni singola unità d'offerta, devono essere sottoposti a controllo un numero di Fasas equivalente ad almeno il 8.5% degli ospiti assistiti nel corso dell'anno precedente. In questa percentuale rientrano sia i controlli di appropriatezza mirata sulla base dei criteri definiti dall'ACSS, sia i controlli definiti sulla base di criteri territoriali definiti da ciascuna ATS.

Inoltre, ciascun erogatore deve sottoporre ad autocontrollo un numero di Fasas corrispondente al 3% degli utenti assistiti nel corso dell'anno precedente.

In sede di campionamento, tutti i numeri andranno arrotondati all'unità intera successiva.

Per quelle unità d'offerta che dovessero avviare l'attività nel corso del 2018, il numero di ospiti da considerare sono quelli relativi al primo semestre dell'anno e le percentuali di Fasas da

controllare sopra riportate sono ridotte del 50%. Per tali strutture, le verifiche andranno effettuate nel corso del secondo semestre del prossimo anno.

A) Appropriatezza mirata con criteri ACSS e criteri territoriali definiti dalle ATS

Nel corso del 2018 le ATS dovranno sottoporre a verifica di appropriatezza, per ciascuna RSA, un numero di Fasas corrispondente ad almeno il 8.5% degli ospiti dell'anno precedente, tenuto conto delle seguenti casistiche:

- a) che abbiano avuto più ricoveri ospedalieri o più accessi al PS (almeno 2 nell'ultimo anno) o per cui nell'ultima annualità si siano registrate almeno 15 giorni di assenza a carico del FSR;
- b) per cui si è fatto uso della contenzione;
- c) che presentano piaghe da decubito;
- d) per cui si sono verificate delle cadute;
- e) utenza non tipica presente in Struttura (Alzheimer in nucleo, Stati vegetativi, SLA, DGR 5000, EX OP,...);
- f) che abbiano avuto almeno una variazione della classe sosia nell'ultimo anno;
- g) appartenenti alle classi sosia 7-8;
- h) appartenenti alle classi sosia 1-2;
- i) deceduti in struttura, o entro 5 giorni dalla dimissione definitiva;
- j) **criteri territoriali;**

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). L'arco temporale da prendere in considerazione è di norma rappresentato dalle ultime dodici mensilità antecedenti al momento del campionamento.

Fatta eccezione per la categoria relativa ai deceduti, i Fasas da sottoporre a campionamento per le altre categorie, dalla a) alla i), sono da riferirsi ad ospiti ancora presenti.

Per consentire un'equa distribuzione delle cartelle tra tutte le categorie sopra indicate, si dovrà procedere a distinte operazioni di campionatura casuale all'interno di ciascuna di esse. Per le categorie dalla a) alla i), il campione estratto dovrà rappresentare almeno il 4% del totale degli utenti della categoria stessa. Qualora, in sede di campionatura una cartella sia già stata selezionata in una categoria precedente, si dovrà procedere a selezionare un altro Fasas.

Il numero di Fasas appartenenti alle categorie dalla a) alla i) deve essere almeno pari al 50% del totale delle cartelle sottoposte al controllo delle ATS.

In aggiunta ai criteri di cui alle lettere dalla a) alla i) le ATS potranno sottoporre a controllo sulla base di "criteri territoriali" un numero di Fasas corrispondente ad una percentuale massima del 50% del totale delle cartelle.

In ogni caso, i Fasas individuati con i criteri dalla lettera a) alla j) dovranno essere almeno pari ad un valore corrispondente al 8.5% degli ospiti dell'anno precedente.

Tali criteri territoriali, dovranno essere diversi da quelli definiti nelle lettere precedenti 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 Fisas da verificare.

Per i controlli basati su criteri territoriali, nei piani ATS andranno altresì specificate le metodologie di campionamento utilizzate, nonché l'arco temporale di riferimento dei flussi utilizzati.

Considerata la variabilità del numero di posti delle diverse RSA presenti sul territorio, si ritiene comunque utile fissare un numero minimo di cartelle da controllare in relazione all'utenza trattata da ciascuna struttura.

Per le unità d'offerta che nell'anno precedente hanno avuto almeno 100 ospiti, il campione minimo di Fisas da esaminare per tale ambito è costituito da 8 cartelle per ogni RSA, distribuito possibilmente in maniera equa tra le varie categorie sopra indicate.

Il numero di cartelle minime da esaminare è ridotto a 5 nelle strutture che hanno avuto dai 51 ai 99 ospiti. Nelle RSA con meno di 51 ospiti nell'anno precedente le cartelle da sottoporre a controllo sono almeno 3.

Qualora almeno il 30% dei Fisas controllati evidenzino uno o più elementi di inappropriatezza, le ATS dovranno procedere ad un ulteriore controllo di appropriatezza presso la udo con le medesime modalità e percentuali sopra indicate, previa adozione di tutti i provvedimenti del caso a carattere sanzionatorio o di diffida.

Per le unità d'offerta avviate nel corso del 2018, il numero di cartelle sopra definite andranno ridotte del 50%.

B) Autocontrollo

Oltre alle verifiche di cui al punto precedente, nel corso del 2018 ogni singola RSA dovrà sottoporre ad autocontrollo un numero di Fisas corrispondente ad almeno il 3% degli ospiti dell'anno precedente.

Nell'ambito delle procedure di autocontrollo andranno applicati criteri, casistiche e metodologie identici rispetto a quelli riportati nella precedente lettera A), fatta esclusione del cosiddetto criterio territoriale.

In quest'ambito dovranno essere applicati i medesimi strumenti e check list applicate dalle ATS nel corso delle verifiche di appropriatezza.

In quest'ambito si deve unicamente procedere all'arrotondamento all'unità intera successiva. Non è previsto un numero minimo di Fisas da sottoporre a verifica.

In aggiunta a controlli ordinari, almeno 1/3 dei Fisas oggetto di autocontrollo, per ogni singola udo, dovranno essere controllati dalle ATS 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.

Entro il 28 febbraio 2018, ciascun erogatore dovrà trasmettere all'ATS territorialmente competente l'elenco dei Fisas da sottoporre ad autocontrollo indicando altresì la categoria di appartenenza di ciascuna cartella all'interno delle categorie sopra indicate dalla lettera a) alla lettera i).

Gli esiti dell'attività di autocontrollo dovranno essere trasmessi entro il 30 Aprile 2018, in modo da consentire alle ATS di svolgere le successive verifiche contestualmente alle altre azioni di controllo.

C) Ulteriori controlli

In aggiunta alle verifiche previste ai punti precedenti, l'ACSS potrà richiedere alle ATS di effettuare ulteriori verifiche, orientando prevalentemente i controlli su quelle udo per cui si evidenzia:

- Indice di mortalità, calcolato includendo i decessi avvenuti entro 5 giorni dalla dimissione dalla struttura, superiore al dato medio regionale;
- Numero contenzioni superiori al dato medio regionale;
- Numero cadute superiori al dato medio regionale;
- Presenza di soggetti con piaghe da decubito superiori al dato medio regionale;
- Frequenza ricoveri ospedalieri, accessi PS, o numero giornate assenza a carico FSR superiori al dato medio regionale;
- Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale;
- Standard gestionali, anche con riguardo alle singole figure professionali, non in linea con i dati medi regionali;
- Distribuzioni classi sosia non in linea con i dati medi regionali;
- Numero dimissioni volontarie per trasferimento presso un'altra RSA non in linea con le altre Strutture dello stesso ambito distrettuale;
- Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale;
- Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza.

Nell'allegato n°10.C2, sono riportate le schede riferite a ciascuna unità d'offerta sociosanitaria.

2.8.5 Controlli su altre Misure o Sperimentazioni sociosanitarie

Oltre a quanto definito nelle schede riportate nei paragrafi precedenti, nel corso dell'anno 2018 le ATS dovranno provvedere a verificare l'appropriatezza con riguardo le restanti misure o sperimentazioni sociosanitarie.

Per ciascuna unità d'offerta le ATS dovranno provvedere a verificare i Fasas di almeno il 10% degli utenti.

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 2018.

Per tutte le misure e sperimentazioni sociosanitarie, insieme ai controlli di appropriatezza dovranno anche essere verificati anche gli altri requisiti previsti dalla norma. In particolare, si dovrà controllare la congruità ed il rispetto dei requisiti organizzativi e gestionali

2.9 TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE A FAVORE DI PAZIENTI IN TERAPIA DIALITICA

2.9.1 Schema dei controlli di ACSS

Nel rispetto della normativa vigente in materia di controlli, nonché della salvaguardia di specifiche peculiarità territoriali, viene delineata l'attività di controllo su cui si focalizza ACSS nelle varie fasi dei processi del Trasporto Sanitario a favore di pazienti in terapia dialitica presso i Centri Dialisi del territorio delle ASST Lombarde.

ACSS si riserva di integrare nel corso del 2018 le indicazioni del presente Piano contestualmente al realizzarsi dell'attuazione della Legge Regionale 23/2015 in tema di trasporti sanitari (Art.16), individuando possibili ulteriori attività di controllo.

2.9.2 Struttura del Piano ATS

Si invitano le ATS ad articolare la sezione del Piano dei Controlli relativa al Trasporto di soggetti dializzati secondo la seguente struttura:

FATTORI DI RISCHIO	Individuazione di fattori di rischio che guidano il processo di controllo.	
TRASPORTO PAZIENTI DIALIZZATI	REQUISITI AUTORIZZATIVI	
	Rendicontazione attività 2017	Pianificazione 2018
	Verifiche sul rilascio delle autorizzazioni e sulla permanenza dei requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività di trasporto.	
	CERTIFICAZIONI RILASCIATE DAI CENTRI DIALISI	
	Rendicontazione attività 2017	Pianificazione 2018
	Controllo delle certificazioni rispetto ai requisiti clinici per l'accesso al trasporto protetto.	

Fattori di Rischio

La pianificazione dei controlli dovrà essere orientata da fattori di rischio al fine di concentrare l'attenzione sulle realtà a maggior rischio e rendere maggiormente efficace e mirato il processo di controllo. In ciascuna sezione, laddove se ne manifesti la necessità, si invita a renderli espliciti.

2.9.3 Requisiti autorizzativi

Rendicontazione attività 2017

Si chiede alle ATS di rendicontare, nei rispettivi Piani di Controllo, le attività di:

- rilascio delle autorizzazioni all'esercizio delle attività di trasporto;
- verifica della permanenza dei requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività di trasporto svolta nel corso del 2017;

secondo le modalità previste dalla DGR 5165 del 16/05/2016 "Aggiornamento della disciplina dei servizi in materia di trasporto sanitario semplice, trasporto sanitario e soccorso sanitario extraospedaliero".

In particolare si chiede di riportare nei rispettivi piani le seguenti informazioni:

N. di autorizzazioni rilasciate	
N. di verifiche effettuate sui vettori	
% di vettori controllati	
N. sanzioni irrogate	
Principali criticità rilevate	Es. documentazione autorizzativa, conformità del mezzo di trasporto, presenza del personale in servizio, formazione del personale, ecc.

Pianificazione 2018

Si invitano le ATS ad esplicitare, nei rispettivi Piani di Controllo, la pianificazione dei controlli sui requisiti autorizzativi per l'esercizio 2018. Tenendo conto delle criticità emergenti dall'attività di controllo degli esercizi precedenti, si chiede alle ATS di esplicitare gli interventi identificati per il superamento delle stesse.

In particolare si chiede di programmare l'attività di controllo esplicitando nel Piano i seguenti dati:

N. di verifiche che si prevedono di effettuare	
% di vettori che si prefigge di controllare	

2.9.4 Certificazioni rilasciate dal Centro Dialisi

Rendicontazione attività 2017

Si chiede alle ATS di rendicontare, nei rispettivi Piani di Controllo, le attività svolte nell'ambito del controllo dell'appropriatezza delle certificazioni rilasciate dai Centri Dialisi; tale controllo, espressamente previsto dalla DGR 4702 del 29/12/2015⁹, sub allegato 15 par. 6.2, consiste nella verifica dell'esistenza *"dei requisiti clinici richiesti per accedere al servizio di trasporto protetto mediante ambulanza, furgone finestrato e autovettura."*

Più precisamente la verifica concerne l'appropriatezza delle certificazioni rilasciate dai Responsabili dei Centri Dialisi. I controlli devono essere eseguiti su un campione non inferiore al 30% dei pazienti per ogni Centro Dialisi".

In particolare si chiede di riportare nei rispettivi piani le seguenti informazioni:

N. di certificazione controllate / N. totale delle certificazioni	
N. di irregolarità riscontrate	
Principali criticità rilevate	

Pianificazione 2018

Si invitano le ATS ad esplicitare, nei rispettivi Piani di Controllo, la pianificazione del controllo di cui sopra per l'esercizio 2018 con attenzione ai fattori di potenziale rischio. Tenendo conto delle criticità riscontrate nell'attività di monitoraggio, si chiede alle ATS di esplicitare gli interventi identificati per il superamento delle stesse.

⁹ Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016. Suballegato 15 "Linee guida per la gestione dei trasporti sanitari semplici di soggetti nefropatici sottoposti a sedute dialitiche e aggiornamento delle relative tariffe di rimborso"

3° parte – CONTROLLI SUI LIVELLI DI GARANZIA A TUTELA DELL'UTENZA

3.1 CURE PRIMARIE

Premessa e contesto

Le cure primarie costituiscono il canale di accesso principale per i cittadini al sistema sociosanitario e la loro gestione efficace genera impatti positivi su numerosi aspetti del sistema, tra i quali ad esempio l'affollamento dei PS e le liste d'attesa.

Le cure primarie sono però un settore complesso da governare, non solo a causa di aspetti storici/culturali (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.

Tenuto conto dei limiti citati, **Il PCP-2018 si concentra sull'analisi di alcuni servizi/prestazioni oggetto di report da parte del medico di cure primarie in quanto soggetti a compenso aggiuntivo** come previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN, 2009):

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

Alcuni dati sui volumi di attività ADI, ADP, APA e PIIP a livello Regionale e di ATS, sono riportati nell'Allegato 11.C3. I dati sono relativi all'**attività erogata nel corso del 2016** (salvo diversamente indicato). Non si fa riferimento alla spesa di voucher destinati a pattanti, etc.

3.1.1 Rendicontazione attività 2017

Per dimensionare in modo più puntuale le attività di assistenza domiciliare e le prestazioni aggiuntive erogate dai MMG e dai PLS ed impostarne il controllo a partire dal 2018, si richiede alle ATS di riportare nel **Piano Locale dei Controlli** alcuni dati di contesto relativi al 2017, secondo quanto dettagliato nelle tabelle seguenti. Le prime due tabelle sono utili per dimensionare i servizi citati nei diversi territori e per raccogliere alcune criticità esistenti nel processo di autorizzazione e rendicontazione.

MMG (dato 2017)	ADP	ADI	PIIP
N° MMG che rendicontano la prestazione			
N° Autorizzazioni richieste			
N° Autorizzazioni rilasciate			
Principali motivi di rifiuto autorizzazione			
Eventuali altre criticità riscontrate in fase di autorizzazione			
N° di prestazioni rendicontate dai MMG			
N° di prestazioni retribuite ai MMG			
N° di utenti +65 (ovvero pazienti che hanno ricevuto almeno 1 prestazione nel 2017)			
N° di utenti under 65 (ovvero pazienti che hanno ricevuto almeno 1 prestazione nel 2017)			

PEDIATRI (dato 2017)	ADP	ADI	APA	PPIP
N° PLS che rendicontano la prestazione				
N° Autorizzazioni richieste				
N° Autorizzazioni rilasciate				
Principali motivi di rifiuto autorizzazione				
Eventuali altre criticità riscontrate in fase di autorizzazione				
N° di prestazioni rendicontate dai PLS				
N° di prestazioni retribuite ai PLS				
N° di utenti assistiti (ovvero pazienti che hanno ricevuto almeno una prestazione nel corso del 2017)				
N° utenti per patologia (ovvero pazienti che hanno ricevuto almeno una prestazione nel corso del 2017, suddivisi per patologia)				

Le tabelle seguenti riguardano le **attività di verifica** sull'attività svolta nel 2017.

(MMG – dato 2017)	ADP	ADI	PPIP
N° Tot. verifiche effettuate sull'attività rendicontata			
N° verifiche effettuate, con dettaglio della tipologia di verifica (es. ispettiva in studio MMG, verifica informatica, verifica scheda accessi, telefonate ai pazienti, altro, etc.)			
Segnalazioni/Lamentele ricevute dagli utenti (N° e motivo)			
Mancata remunerazione (N° e €)			
Sanzioni applicate (N°, motivo, esito della sanzione)			

(PLS – dato 2017)	ADP	ADI	APA	PPIP
N° Totale verifiche effettuate sull'attività rendicontata				
N° verifiche effettuate, con dettaglio della tipologia di verifica (es. ispettiva in studio MMG, verifica informatica, verifica scheda accessi, telefonate ai pazienti, altro, etc.)				
Segnalazioni/Lamentele ricevute dagli utenti (N° e motivo)				
Mancata remunerazione (N° e €)				
Sanzioni applicate (N°, motivo ed esito della sanzione)				

Le tre tabelle sottostanti richiedono alcuni dati di dettaglio relativi alle **PPIP**.

PPIP più richieste dai MMG e dai PLS:

5 PPIP più richieste dai MMG	5 PPIP più richieste dai PLS
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

Spesa per PIPP per MMG e PLS, con dettaglio categoria C - PRESTAZIONI DI TIPO DIAGNOSTICO DI NORMA ESEGUIBILI NELL'AMBITO DI ACCORDI REGIONALI soggette a tariffe non inserite nel nomenclatore tariffario (anno 2017):

	Costo totale attività PPIP anno 2017	Costo attività PPIP categoria C anno 2017	Incidenza % del costo categoria C rispetto al costo totale PPIP
MMG			
PLS			

Numero e spesa per PIPP per prima e seconda medicazione (anno 2017):

	N° totale PPIP prima medicazione	N° totale PPIP seconda medicazione	Costo totale medicazioni
MMG			
PLS			

Le tabelle seguenti sono utili per avviare una riflessione sul processo di autorizzazione e retribuzione degli accessi domiciliari nel nuovo modello di presa in carico, delineato dalle DDGGR X/6164 e X/6551.

(MMG – dato 2017)	#prestazioni autorizzate 2017					#prestazioni rendicontate 2017				
	L1*	L2	L3	L4	L5	L1	L2	L3	L4	L5
ADI										
ADP										
PPIP										

Legenda: * L1 = numero di prestazioni autorizzate per pazienti afferenti al livello 1 secondo la classificazione proposta nella DGR X/6164.

(PLS – dato 2017)	#prestazioni autorizzate 2017					#prestazioni rendicontate 2017				
	L1*	L2	L3	L4	L5	L1	L2	L3	L4	L5
ADI										
ADP										
APA										
PPIP										

Legenda: * L1 = numero di prestazioni autorizzate per pazienti afferenti al livello 1 secondo la classificazione proposta nella DGR X/6164.

	Numero di utenti che hanno usufruito del servizio nel 2017								
	Assistiti da MMG Gestore**			Assistiti da MMG co-gestore			Assistiti da MMG che non partecipa alla presa in carico		
	L1*	L2	L3	L1	L2	L3	L1	L2	L3
ADI									
ADP									
PPIP									

Legenda: ** si intende paziente assistito da MMG che prende parte alla presa in carico in qualità di gestore, non necessariamente paziente effettivamente preso in carico dal gestore.

	Numero di utenti che hanno usufruito del servizio nel 2017								
	Assistiti da PLS Gestore**			Assistiti da PLS co-gestore			Assistiti da PLS che non partecipa alla presa in carico		
	L1*	L2	L3	L1	L2	L3	L1	L2	L3
ADI									
ADP									
APA									
PPIP									

Legenda: ** si intende paziente assistito da PLS che prende parte alla presa in carico in qualità di gestore, non necessariamente paziente effettivamente preso in carico dal gestore.

3.1.2 Pianificazione attività 2018

Oltre ai dati richiesti al paragrafo precedente, utili per il dimensionamento dell'attività svolta e degli utenti che ne usufruiscono, si invitano le ATS ad esplicitare nei rispettivi Piani di Controllo le attività pianificate per monitorare l'attività del 2018.

In particolare, si chiede di dare evidenza dell'attività di controllo su ADP, ADI, APA e PPIP negli ambiti citati nella tabella sottostante. Se reputata non esaustiva, la tabella può essere ulteriormente integrata nei Piani Locali.

Tabella 1 - Programmazione controlli 2018 sui servizi e prestazioni aggiuntive (ADI/ADP/APA/PPIP)

Possibili rischi	Dettaglio attività di controllo	Possibili indicatori
Rischi per ATS		
Difficoltà a presidiare l'attività svolta dai MMG/PLS	Dettagli in merito a: - Tipologia di verifica programmata 2018 (ad es. documentale, osservato in studio o al domicilio del pz., telefonate al pz, verifica informatica, etc.); - Ambito/servizio oggetto di controllo (anche in relazione a criticità emergenti dai controlli degli esercizi precedenti).	- % MMG/PLS da verificare; - N° (oppure %) di verifiche programmate per ciascun tipo di prestazione (ADI/ADP/APA/PPIP); - N° visite ispettive in studio programmate; - N° visite al domicilio programmate; - Altro.

Possibili rischi	Dettaglio attività di controllo	Possibili indicatori
Rischi legati alle prestazioni erogate		
Mancata corrispondenza tra l'attività autorizzata e l'attività rendicontata.	Dettagli in merito a: - Tipologia di verifica programmata 2018 (es. documentale, osservato in studio o al domicilio del paziente, telefonate al paziente, verifica informatica, etc.); - Strumenti di controllo per tipologia di verifica documentale e informatica: • autorizzazioni (es. adeguatezza studio per le prestazioni rendicontate); • scheda accessi paziente; • Report di rendicontazione trasmessi dal MMG; • Altro.	- Prestazioni ADI rendicontate / autorizzate; - Prestazioni ADP rendicontate / autorizzate; - Prestazioni APA rendicontate / autorizzate; - Frequenza prestazioni ADI erogate / frequenza autorizzata; - Frequenza prestazioni ADP erogate / frequenza autorizzata; - Frequenza prestazioni ADP erogate / frequenza autorizzata; - Altro.
Mancata corrispondenza tra l'attività erogata e l'attività rendicontata.		
Non appropriatezza PPIP effettuate		- N° medio di prestazioni PPIP rendicontate per lo stesso paziente; - Altro.

3.2 SERVIZI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA TERRITORIALE (GIÀ NRS)

Per dimensionare la diffusione dei Servizi di Assistenza Specialistica Territoriale (già Nuove Reti Sanitarie) e implementare un adeguato controllo sui percorsi attivi o in avvio, anche in vista della loro possibile riconduzione al nuovo modello di presa in carico della cronicità (DDGGRR X/6164 e X/6551), il PCP-2018 si focalizza sui soli percorsi di **telesorveglianza domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco cronico (SCC) medio grave (protocollo NRS-PTS)** e con **BPCO grave e molto grave (protocollo NRS-PTP)**.

3.2.1 Rendicontazione attività 2017

Si invitano le ATS ad articolare la sezione specifica del Piano dei Controlli secondo la struttura illustrata nelle Tabelle che seguono, riferite all'attività 2017 e ai suoi utenti. Se ritenute non esaustive, le tabelle possono essere ulteriormente integrate.

Tabella 1 – attività svolta in ATS nel 2017 sui servizi di assistenza specialistica territoriale

(dato 2017)	NRS-PTS (SCC)	NRS-PTS (BPCO)
N° strutture aderenti al 01/01/2017		
N° nuove strutture aderenti nel corso del 2017 (con dettaglio del processo attuato per valutare idoneità)		
N° strutture aderenti che hanno avviato percorsi nel 2017		
N° percorsi avviati nel 2017 per struttura (alta intensità)		
N° percorsi avviati nel 2017 per struttura (bassa intensità)		
N° mesi totali di percorso per struttura (alta intensità)		
N° mesi totali di percorso per struttura (bassa intensità)		
N° di utenti arruolati (ovvero pazienti che hanno almeno un percorso attivato nel 2017 in alta e/o bassa intensità)		
N° utenti arruolati / N° utenti autorizzati per struttura		
N° di percorsi rendicontati SMAF (alta intensità)		
N° percorsi remunerati (alta intensità)		
Spesa totale 2017 per percorsi ad alta intensità		
N° di percorsi rendicontati SMAF (bassa intensità)		
N° percorsi remunerati (bassa intensità)		
Spesa totale 2017 per percorsi a bassa intensità		
Eventuali criticità riscontrate in fase di autorizzazione e remunerazione		

Tabella 2 – Attività svolta in ATS nel 2017 sui servizi di assistenza specialistica territoriale, con identificazione del livello di cronicità degli utenti

(dato 2017)	N° utenti servizi 2017					N° percorsi attivati 2017				
	L1*	L2	L3	L4	L5	L1	L2	L3	L4	L5
NRS-PTS (SCC)										
NRS-PTP (BPCO)										

Legenda: * L1 = numero di utenti o percorsi attivati per pazienti afferenti al livello 1 secondo la classificazione più recente inviata alle ATS dalla Regione. Inseriti per completezza anche L4 e L5, anche se ci si aspetta che non siano state erogate prestazioni in favore di soggetti afferenti a queste categorie.

3.2.2 Pianificazione attività 2018

La tabella seguente è finalizzata a mappare le attività di controllo previste su questi servizi per il 2018, fatte salvo eventuali indicazioni specifiche della DGW per l'attività 2018 (Regole 2018). Oltre all'individuazione di possibili fattori di rischio, la Tabella richiede i dettagli dell'attività pianificata e propone alcuni possibili indicatori da utilizzare.

Tabella 3 - Programmazione attività di controllo 2018 sui Servizi di Assistenza Specialistica Territoriale

Possibili rischi	Dettaglio attività di controllo	Possibili indicatori
Manca di evidenza dei punti qualificanti del percorso i.e. visita arruolamento, contatti telefonici programmati, accessi domiciliari (se previsti), gestione database clinico, visita di fine percorso	Dettagli in merito a: - N° strutture da verificare; - N° verifiche programmate per tipo di servizio (PTS / PTP, anche in relazione a eventuali criticità emergenti dall'attività di controllo degli esercizi precedenti); - Tipologia di verifica programmata 2018 (es. documentale, osservato presso la struttura, osservato presso il centro servizi, telefonate al paziente, osservato da flusso SMAF, etc.); - Strumenti di controllo per tipologia di verifica documentale e informatica: • Flusso SMAF; • Database clinico di percorso; • Dati attività centro servizi; • Lettera di fine percorso; • Altro.	- N° record compilati interamente (almeno dati ammissione e monitoraggio) / N° percorsi attivati nel 2017; - N° chiamate programmate / N° percorsi conclusi nel 2017 (alta intensità); - N° chiamate programmate / N° percorsi conclusi nel 2017 (bassa intensità); - N° chiamate occasionali / N° percorsi conclusi nel 2017 (alta intensità); - N° chiamate occasionali / N° percorsi conclusi nel 2017 (bassa intensità); - N° visite domiciliari / N° percorsi conclusi nel 2017 (alta intensità); - N° visite domiciliari / N° percorsi conclusi nel 2017 (bassa intensità); - Altro.
Mancato rispetto dei requisiti di esclusione del paziente dal servizio	• Altro.	PTS-2017 - N° percorsi interrotti / N° percorsi con >2 DH per DRG 127; - N° percorsi interrotti / N° percorsi con ospedalizzazione per SCC>12 gg; - Altro. PTP-2017 - N° percorsi interrotti / N° percorsi con

Possibili rischi	Dettaglio attività di controllo	Possibili indicatori
		ospedalizzazione >6 gg (in caso di dimissione con sola diagnosi di BPCO riacutizzata); - N° percorsi interrotti / N° percorsi con ospedalizzazione >14 gg (in caso di BPCO con comorbidità); - N° percorsi interrotti / N° percorsi con ospedalizzazione >21 gg (in caso di trasferimento in riabilitazione); - Altro.
Mancato rispetto delle durate previste per i percorsi ad alta e bassa intensità		- Numero di servizi attivati per lo stesso paziente; - Frequenza di attivazione dello stesso servizio (alta o bassa intensità) per lo stesso paziente; - Altro.

3.3 PRESA IN CARICO: CONCLUSIONE SPERIMENTAZIONE CREG

Per valutare le attività rese dalle Cooperative di MMG che hanno stipulato un contratto in qualità di "gestori CReG" nel 2017, si propone alle ATS di fare riferimento agli indicatori già stabiliti dall'Agenzia nella Determinazione ACSS n. 27/2017, ad eccezione di quelli legati all'arruolamento dei pazienti. Infatti, nel 2017 i Gestori CReG non sono stati autorizzati al reclutamento di nuovi pazienti e non sarà quindi possibile apprezzare variazioni negli indicatori di arruolamento rispetto a quanto evidenziato nel 2016.

Si richiede alle ATS in sperimentazione di esplicitare nel Piano Locale i risultati del controllo svolto sull'attività CReG 2017 (fase conclusiva), fatti salvo gli indicatori che richiedono l'utilizzo di flussi non disponibili al momento della stesura del Piano Locale.

Le DDGGRR X/6164/2017 e X/6551/2017 (e successivi provvedimenti) hanno delineato un sistema di presa in carico, che richiede di mettere in campo nuove modalità di controllo, meno focalizzate sul singolo punto di erogazione e più orientate al controllo dell'intero processo di presa in carico. Il 2018 sarà un anno di avvio della programmazione governata dalla DGW, prevalentemente dedicato all'arruolamento dei pazienti. Pertanto è prematuro richiedere alle ATS di esplicitare i rispettivi piani di controllo sull'attività di presa in carico.

Con la DGR X/6502/2017, la Giunta Regionale ha stabilito che: *'... con riferimento alle osservazioni di cui al parere n. 130 (ndr: parere 130/2017 della Commissione III del Consiglio Regionale), ... l'Agenzia, nell'ambito delle funzioni alla stessa attribuite, dovrà garantire gli indirizzi per i controlli sull'aderenza ai Piani Assistenziali Individuali sulla base delle modalità definite dalla programmazione regionale'.*

Per ottemperare a tale richiesta, è auspicabile che ACSS sia coinvolta in un gruppo di lavoro con la DGW e le ATS, finalizzato a definire aspetti tecnici e operativi dei controlli riguardanti il percorso di presa in carico dei pazienti cronici, anche sulla base delle prime evidenze concrete derivanti dall'attività. L'ACSS metterà a disposizione del gruppo l'esperienza di sviluppo del set di indicatori già proposti per i controlli della sperimentazione CReG, adeguatamente adattati al nuovo modello di presa in carico (si veda la Determinazione ACSS n. 27/2017).

3.4 TEMPI DI ATTESA ACCESSIBILITA' IN AMBITO SANITARIO

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 IX/1775/2011 (in recepimento del Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa 2010-2012, tuttora vigente) e successivamente aggiornato nel 2015 con DGR X/3993.

Oltre a rappresentare ambito prioritario di intervento per la DGW, il tema è stato oggetto di richieste di approfondimento da parte del 'Comitato Regionale dei Controlli', e più recentemente 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.

Prima di entrare nel merito dell'analisi, 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, come risulta evidente nelle sezioni che seguono, è stato possibile implementare in modo ottimale il processo di analisi solo sulle analisi che attingono al flusso ex-post delle prestazioni ambulatoriali (flusso 28-San), l'unico a cui ACSS può accedere in modo esaustivo.

Ne consegue che, in attesa dell'acquisizione da parte di ACSS anche dei flussi ex-ante, e di tutti i campi del flusso SDO, tutte le raccomandazioni riferite a tali flussi richiedono il coinvolgimento diretto delle ATS anche nell'elaborazione degli indicatori.

Alcuni richiami di contesto sui flussi per la rilevazione tempi di attesa (controlli ex-ante ed ex-post) e sul calcolo dei TdA nei diversi processi erogativi (ambulatoriale e ricoveri programmati) sono riportati nell'Allegato 12.C3.

3.4.1 Processo di controllo sui tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri programmati

Nella Figura sottostante, si riportano le **fasi del processo di controllo sui TdA in capo ad ACSS e alle ATS**, che prevede l'introduzione di **nuovi indicatori** e si strumenti atti ad individuare criticità, potenziali aree di miglioramento, comportamenti inappropriati da parte degli Erogatori.

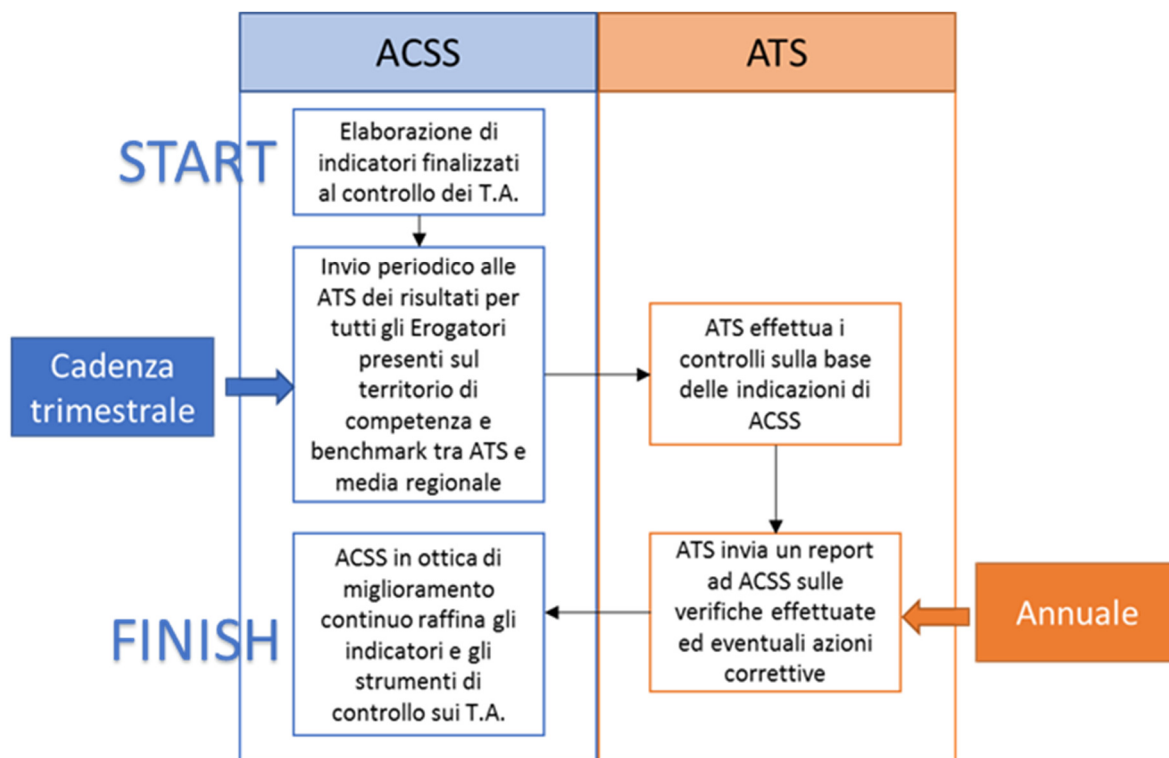
Alcuni risultati delle elaborazioni presentate successivamente, possono rappresentare un supporto alla programmazione e pianificazione delle azioni di governo sui tempi di attesa inserite nei PGTA.

Ad oggi, il processo riportato di seguito può essere implementato in modo ottimale solo sulle analisi elaborate a partire dal flusso 28-San.

In attesa dell'acquisizione da parte di ACSS dei flussi ex-ante, **tutte le raccomandazioni riferite a tali flussi richiedono il coinvolgimento diretto delle ATS anche nell'elaborazione degli indicatori proposti.**

Gli indicatori sui flussi ex-ante (MTA Regionale e Ministeriale - ALPI) e sul flusso SDO non verranno al momento inviati da ACSS ma dovranno essere calcolati a livello di ATS.

Figura 1 - Fasi del processo di controllo sui Tempi d'Attesa:



Per la trasmissione del Report Annuale ad ACSS, sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri programmati, sono stati predisposti appositi **Format**, riportati nell'Allegato 13.C3.

3.4.2 Indicatori e strumenti di controllo

3.4.2.1 Prestazioni ambulatoriali

Fonte dati: Flusso 28/SAN.

Criteri di inclusione:

- Prestazione di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio regionale (DGR 1775/2011 e ss.mm.ii.);
- Descr. tipo prescrizione = "ordinario" O "urgente differibile"
- Descr. Onere Prestazione= "S.S.N";
- Orizzonte temporale: Terzo e Quarto trimestre 2016;
- Classi di Priorità: "U", "B", "D" e "P";
- Prestazioni per cui il tempo di attesa è compreso tra zero e 365 giorni.

Formula per il calcolo del tempo d'attesa:

- (prima data prospettata - data di prenotazione) se presente la prima data prospettata; altrimenti,
- (data di erogazione - data prenotazione).

Per ciascuna ATS (e per ente/struttura in Allegato 12.C3 è stata calcolata la percentuale di casi con:

1. tempo di attesa NON CALCOLABILE: data prenotazione mancante;
2. tempo di attesa NEGATIVO: data erogazione precedente alla data di prenotazione;
3. tempo di attesa PARI A ZERO;
4. tempo di attesa SUPERIORE A ZERO e INFERIORE A 365;
5. tempo di attesa SUPERIORE A 365.

Il **primo** e il **secondo** caso potrebbero rappresentare un comportamento **opportunistico o negligente** da parte delle strutture: senza la corretta compilazione del campo "data prenotazione" non è possibile utilizzare il record che dovrà quindi essere escluso dal calcolo ex-post del tempo di attesa e non potrà contribuire, in positivo o in negativo, al raggiungimento della soglia minima del 95% per la prestazione in analisi.

Il **terzo** caso potrebbe 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 dopo un tempo superiore alla validità di un'impegnativa.

Ulteriori **alert** per individuare possibili comportamenti **inappropriati** sono dati:

- dalla percentuale di "**prime date prospettate**" presenti sul totale delle prestazioni erogate;
- dall'eventuale significatività della distribuzione del tempo d'attesa considerando i tempi di prestazioni prenotate fuori dalla settimana in cui cade il giorno indice (rilevazione ex-ante - flusso MTA) con i TdA per prestazioni prenotate nella settimana della rilevazione.

Nelle valutazioni occorre comunque tenere conto delle progettualità e della specificità dei singoli erogatori.

Primo step - Verifica di qualità del dato "ex-post"

Nella seguente tabella sono riportati i risultati aggregati per ATS, in particolare il numero di prestazioni totale erogate e il numero e la percentuale sul totale di prestazioni per cui il tempo è negativo, non calcolabile, uguale a zero o valido. Sono posti in evidenza i dati che si discostano (superiori o inferiori a seconda dei casi) dalla media regionale.

Tabella 1 – Analisi della qualità del dato per ATS

ATS	TOT	TA NON CALC		TA<0		TA=0		0<TA≤365		TA>365	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
321 ATS DELLA CITTA' METROP. DI MILANO	1331243	3121	0.2	877	0.1	271356	20.4	1049913	78.9	5976	0.5
322 ATS DELL'INSUBRIA	468747	2	0.0	49	<0.1	63378	13.5	401621	85.7	3697	0.8
323 ATS DELLA MONTAGNA	86427	1032	1.2	74	0.1	11995	13.9	73315	84.8	11	0.0
324 ATS DELLA BRIANZA	319264	21	0.0	21	<0.1	50843	15.9	267800	83.9	579	0.2
325 ATS DI BERGAMO	353707	695	0.2	10	<0.1	44690	12.6	306501	86.7	1811	0.5
326 ATS DI BRESCIA	332713	6416	1.9	31	<0.1	85161	25.6	240740	72.4	365	0.1
327 ATS DELLA VAL PADANA	283457	.	.	3	<0.1	58127	20.5	225259	79.5	68	0.0
328 ATS DI PAVIA	155899	.	.	10	<0.1	35807	23.0	119928	76.9	154	0.1
Dato Regionale	3331457	11287	0.3	1075	<0.1	621357	18.7	2685077	80.6	12661	0.4

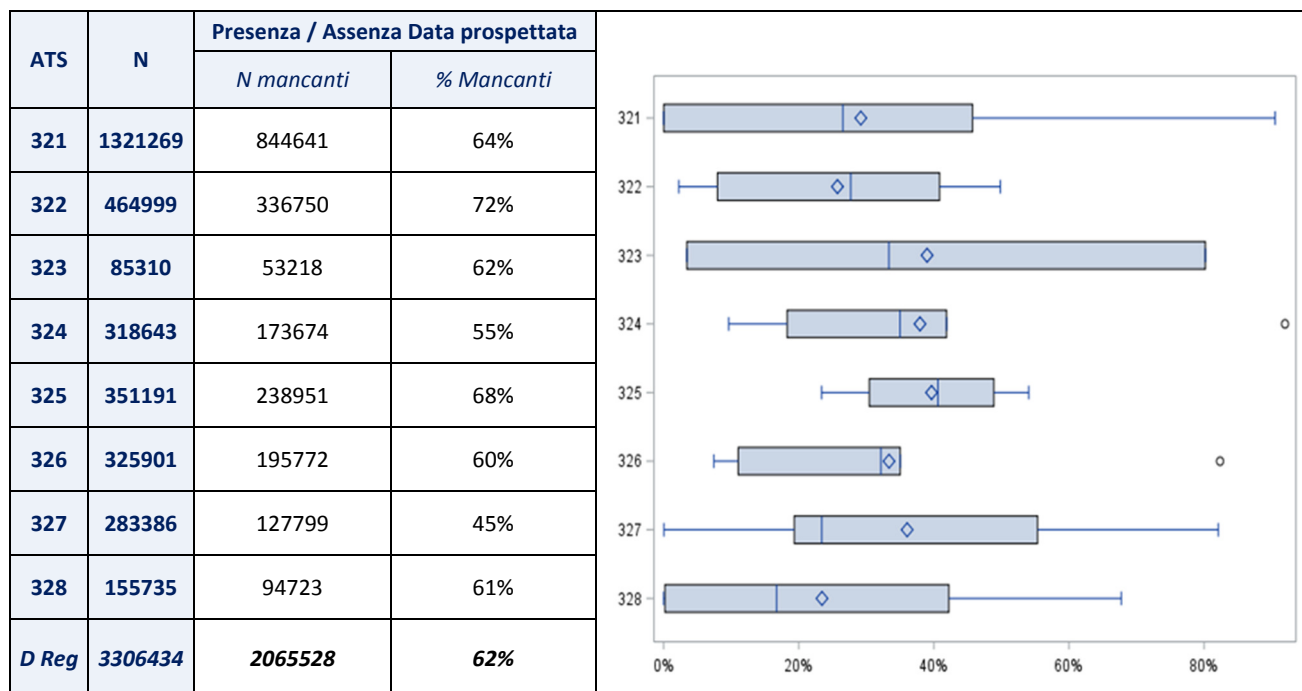
Prima di escludere dalle analisi successive le prestazioni per cui il tempo d'attesa è superiore a 365 giorni, è stato fatto un approfondimento per comprendere quali siano i tipi di prestazioni maggiormente coinvolte nel fenomeno e la loro distribuzione per ATS e per struttura. È emerso che le prestazioni strumentali sono le più numerose tra quelle con un tempo di attesa oltre i 365 giorni. Sarà resa disponibile ad ogni ATS, per il territorio di competenza, l'analisi a livello di singola struttura erogatrice, per classe di priorità e tipologia di prestazione.

In Allegato 12.C3 è disponibile un esempio sull'ATS 321 per ente inviante.

Prima data prospettata

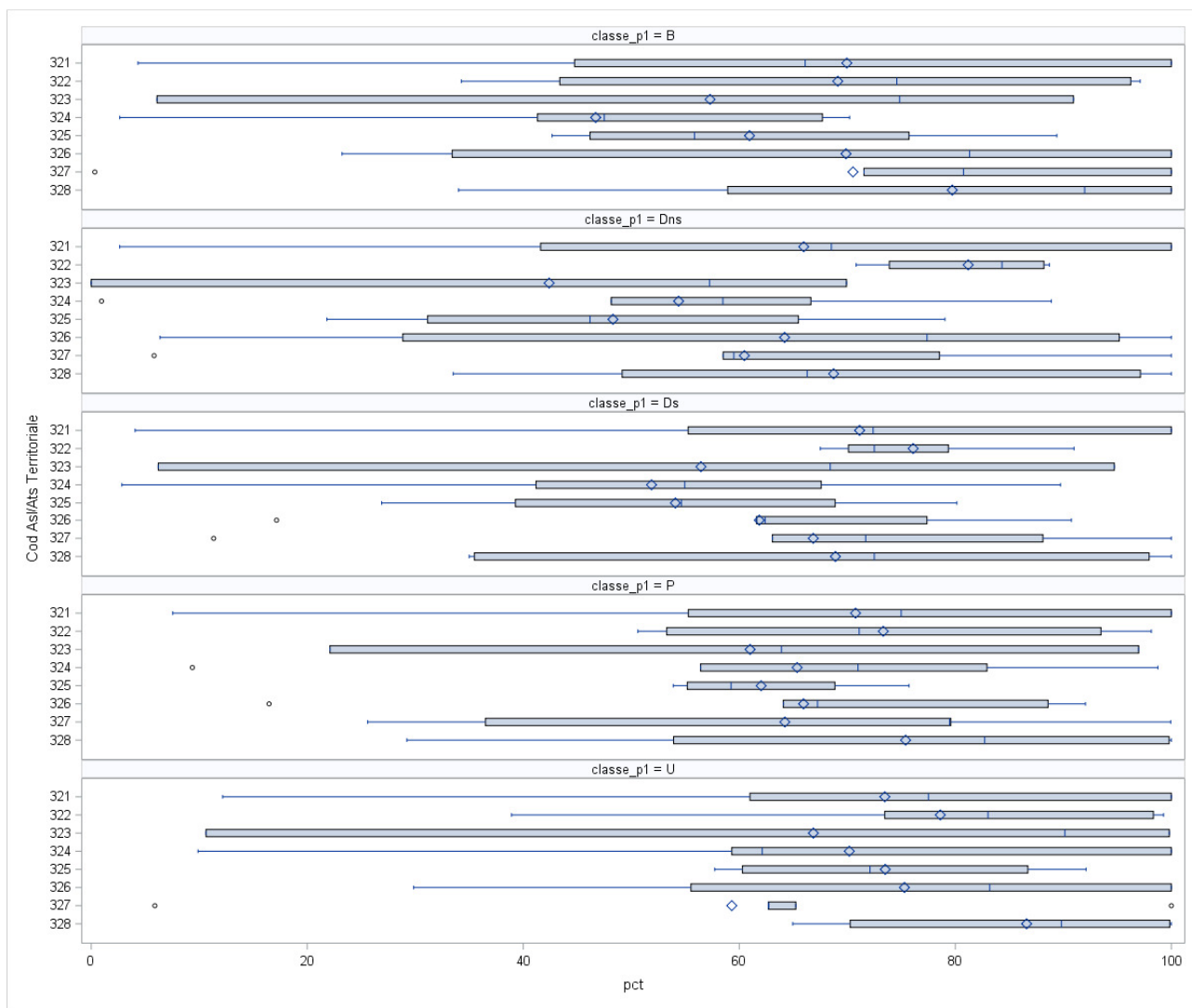
Di seguito si riporta il numero di prestazioni per cui non viene inserita la data prospettata e la relativa percentuale. I boxplot mostrano la variabilità della percentuale tra le strutture di ogni ATS.

Tabella 2 – Presenza della data prospettata



Di seguito, per evidenziare la variabilità tra gli enti invianti di ciascuna ATS relativamente alla distribuzione dell'assenza della data prospettata, si propone la rappresentazione in boxplot.

Figura 2 – Variabilità di assenza della data prospettata per ATS e per classe di prestazioni



In Allegato 12.C3, sempre considerando la variabilità di comportamento tra gli enti invianti, si include la rappresentazione per gruppo di prestazione e il confronto tra le ATS.

Raccomandazioni:

Ai fini di migliorare la qualità del dato “ex-post” e di individuare possibili comportamenti opportunistici da parte degli erogatori, si chiede alle ATS di dare precedenza alle verifiche sulle strutture in cui le percentuali di:

- 1. tempi di attesa NON CALCOLABILE;**
- 2. tempi di attesa PARI A ZERO;**
- 3. “prime date prospettate”;**

sul totale delle prestazioni erogate si discostano in misura significativa dalla media regionale.

Il contenuto del report inviato trimestralmente è il seguente:

- Qualità del dato:
 - Risultati complessivi di ogni ATS e confronto con dato regionale;
 - (Per ogni ATS) Risultati di dettaglio per Struttura Erogatrice appartenente alla propria ATS e confronto con il dato medio regionale.
- T>365:
 - Dimensioni del fenomeno (numerosità e percentuali) per ATS;
 - (Per ogni ATS) Risultati di dettaglio sulla classe di priorità, prestazione ed eventualmente strutture per cui si caratterizza il fenomeno.
- Prima data prospettata
 - Dimensioni del fenomeno (numerosità e percentuali) per ATS;
 - (Per ogni ATS) Risultati di dettaglio sulla classe di priorità ed eventualmente strutture per cui si caratterizza il fenomeno.

Secondo step – tempo medio di attesa e % di prestazioni erogate entro il tempo massimo previsto (ex-post)

Per ogni ATS si riportano il numero di prestazioni erogate per classe di priorità, il tempo medio d'attesa per l'erogazione della prestazione, la percentuale di prestazioni erogate entro i limiti previsti dalla classe di priorità e il confronto con il dato regionale. Si segnala che per il calcolo della percentuale di prestazioni erogate nei tempi previsti, le classi B e D hanno rispettato le aggregazioni previste dalla DGR 1775/2011 e ss.mm.ii. che prevede che si garantisca il 95% delle prestazioni erogate in tempo per le classi B e D nel complesso, aggregate come sopra.

Si pongono in evidenza i dati sotto la media regionale.

Tabella 3 – TdA e % delle prestazioni erogate nei tempi previsti (per ATS e Classe di priorità)

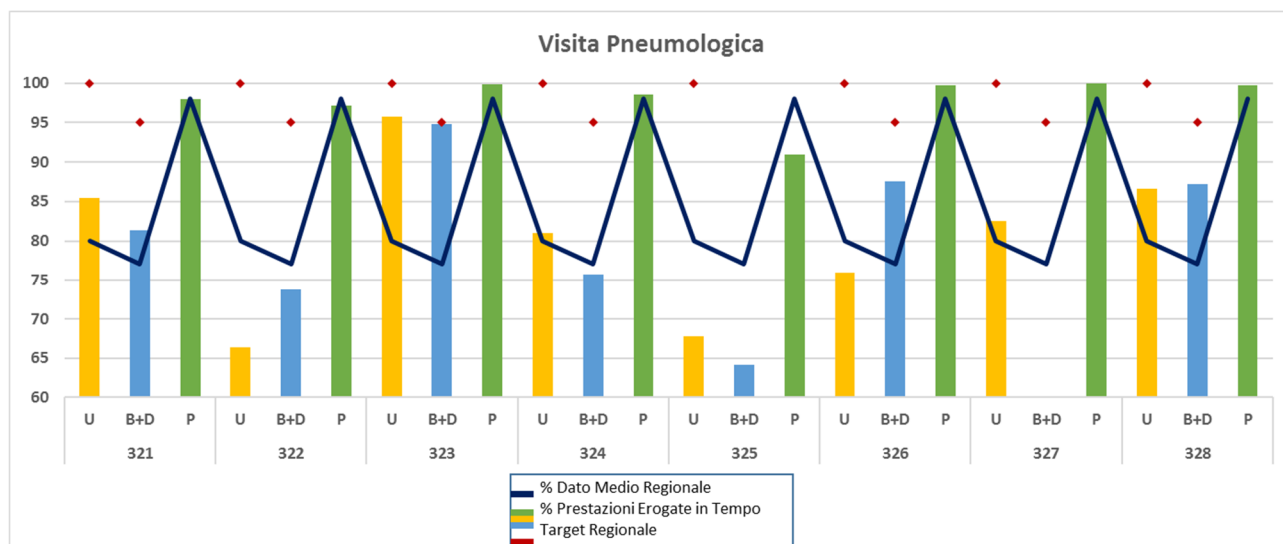
ATS	Classe Priorità	N Prestazioni	TA medio	% Prest entro soglia	% Prest entro soglia (B + D)	Delta Rispetto Al dato regionale (B + D)	% entro soglia - Dato regionale (B + D)
321 ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	U	56617	2	81.0	81.0	0.5	80.4
	B	49056	7	82.8	87.9	-0.2	88.1
	Dns	61825	19	82.0			
	Ds	88608	18	93.7			
	P	1072016	33	95.8	95.8	-1.5	97.3
322 ATS DELL'INSUBRIA	U	24080	3	71.8	71.8	-8.6	80.4
	B	16084	11	72.4	85.8	-2.3	88.1
	Dns	21498	26	78.4			
	Ds	45511	19	93.8			
	P	361572	40	95.6	95.6	-1.7	97.3
323 ATS DELLA MONTAGNA	U	4501	1	93.5	93.5	13.1	80.4
	B	2059	6	92.0	94.1	6.0	88.1
	Dns	1437	12	92.9			
	Ds	1166	18	98.3			
	P	76232	19	98.4	98.4	1.0	97.3

ATS	Classe Priorità	N Prestazioni	TA medio	% Prest entro soglia	% Prest entro soglia (B + D)	Delta Rispetto Al dato regionale (B + D)	% entro soglia - Dato regionale (B + D)
324 ATS DELLA BRIANZA	U	19567	4	69.6	69.6	-10.8	80.4
	B	16648	7	82.8	87.3	-0.8	88.1
	Dns	19125	23	79.4			
	Ds	29990	18	94.8			
	P	233913	31	96.8	96.8	-0.5	97.3
325 ATS DI BERGAMO	U	16655	3	82.3	82.3	1.9	80.4
	B	7199	7	79.3	91.5	3.4	88.1
	Dns	9483	13	92.0			
	Ds	12123	13	98.2			
	P	307552	32	96.6	96.6	-0.7	97.3
326 ATS DI BRESCIA	U	12229	2	86.3	86.3	5.9	80.4
	B	8667	5	88.2	93.0	4.8	88.1
	Dns	5419	14	91.6			
	Ds	6257	7	98.3			
	P	293725	18	96.6	96.6	-0.8	97.3
327 ATS DELLA VAL PADANA	U	16610	2	89.0	89.0	8.6	80.4
	B	9561	9	75.4	89.2	1.1	88.1
	Dns	27284	18	80.1			
	Ds	52655	13	96.4			
	P	177347	17	99.3	99.3	2.0	97.3
328 ATS DI PAVIA	U	10051	2	84.2	84.2	3.8	80.4
	B	5359	5	90.5	87.1	-1.1	88.1
	Dns	8607	19	80.9			
	Ds	10432	21	90.3			
	P	121450	20	98.8	98.8	1.4	97.3

Accade che in alcuni casi la classe B, meno frequente, ma sicuramente più rilevante da un punto di vista clinico rispetto alla D, influenzi in misura minore la performance dell'azienda.

Graficamente si può rappresentare la percentuale di prestazioni erogate entro i tempi indicati dalla classe di priorità relativa, per ogni ATS e per prestazione. A titolo esplicativo, si inserisce il grafico relativo ad una prestazione non strumentale, e si evidenzia il posizionamento del dato medio regionale e del target. In allegato 12.C3, si riporta un esempio dei risultati relativi ai tempi medi di attesa per ogni prestazione per l'ATS.

Figura 2 – Percentuale delle prestazioni erogate in tempo per ATS e classe di priorità – Visita Pneumologica



A titolo di esempio di quanto sarà restituito alle ATS, si riporta anche il dettaglio dei tempi per il medesimo gruppo di prestazioni. In evidenza lo scostamento sotto la media regionale.

Tabella 4 – Tempi medi e prestazioni erogate nel rispetto dei tempi e scostamento dal dato medio per ATS – Visita Pneumologica

ATS	Gruppo PR	Classe P	N Prest	TA Medio	% entro soglia (B+D)	Delta	% Med entro soglia REG CON (B+D)
321	V Pneumologica	U	1233	2	85.5	5.5	80.0
	V Pneumologica	B	802	7	81.4	4.3	77.1
	V Pneumologica	Dns	1832	17	81.4	4.3	77.1
	V Pneumologica	P	8983	27	98.0	-0.1	98.1
322	V Pneumologica	U	579	3	66.3	-13.6	80.0
	V Pneumologica	B	255	7	73.8	-3.2	77.1
	V Pneumologica	Dns	658	39	73.8	-3.2	77.1
	V Pneumologica	P	3187	51	97.3	-0.8	98.1
323	V Pneumologica	U	117	2	95.7	15.8	80.0
	V Pneumologica	B	27	4	94.8	17.8	77.1
	V Pneumologica	Dns	31	12	94.8	17.8	77.1
	V Pneumologica	P	851	17	99.9	1.8	98.1
324	V Pneumologica	U	552	2	81.0	1.0	80.0
	V Pneumologica	B	386	7	75.7	-1.3	77.1
	V Pneumologica	Dns	434	25	75.7	-1.3	77.1
	V Pneumologica	P	1899	33	98.5	0.5	98.1
325	V Pneumologica	U	298	5	67.8	-12.2	80.0
	V Pneumologica	B	116	10	64.1	-13.0	77.1
	V Pneumologica	Dns	118	29	64.1	-13.0	77.1
	V Pneumologica	P	1508	57	91.1	-7.0	98.1
326	V Pneumologica	U	324	3	75.9	-4.0	80.0
	V Pneumologica	B	141	7	87.5	10.5	77.1
	V Pneumologica	Dns	172	16	87.5	10.5	77.1
	V Pneumologica	P	2934	24	99.7	1.7	98.1
327	V Pneumologica	U	464	2	82.5	2.6	80.0
	V Pneumologica	B	152	12	59.0	-18.0	77.1
	V Pneumologica	Dns	644	29	59.0	-18.0	77.1
	V Pneumologica	P	1347	29	99.9	1.9	98.1
328	V Pneumologica	U	365	2	86.6	6.6	80.0
	V Pneumologica	B	163	1	87.2	10.2	77.1
	V Pneumologica	Dns	401	13	87.2	10.2	77.1
	V Pneumologica	P	2278	11	99.8	1.7	98.1

Considerando nel complesso i gruppi di prestazioni, per dare una sintesi della percentuale delle prestazioni in tempo e della variabilità tra gli enti, si riportano per due classi di priorità, "D-strumentali" e "D-non-strumentali", i boxplot relativi (si precisa, come indicato in Allegato 12.C3, che il gruppo di prestazioni indicato come 'Radiografie' include anche le 'Risonanze magnetiche'). In Allegato 12.C3 si possono trovare le rappresentazioni per le restanti classi di priorità.

Figura 3 – Percentuale e variabilità delle prestazioni erogate in tempo per ATS e gruppo di prestazioni – Classe D strumentali

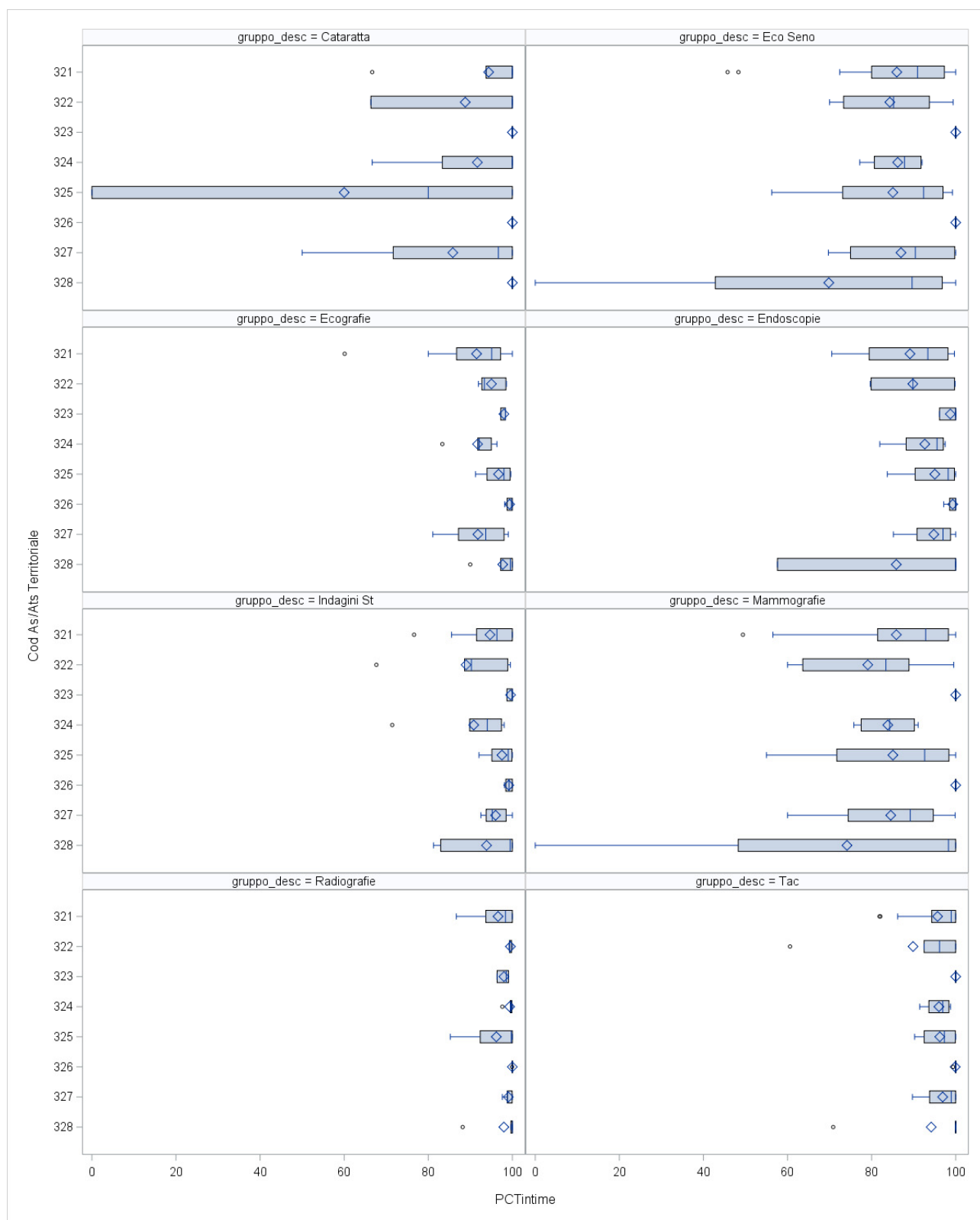
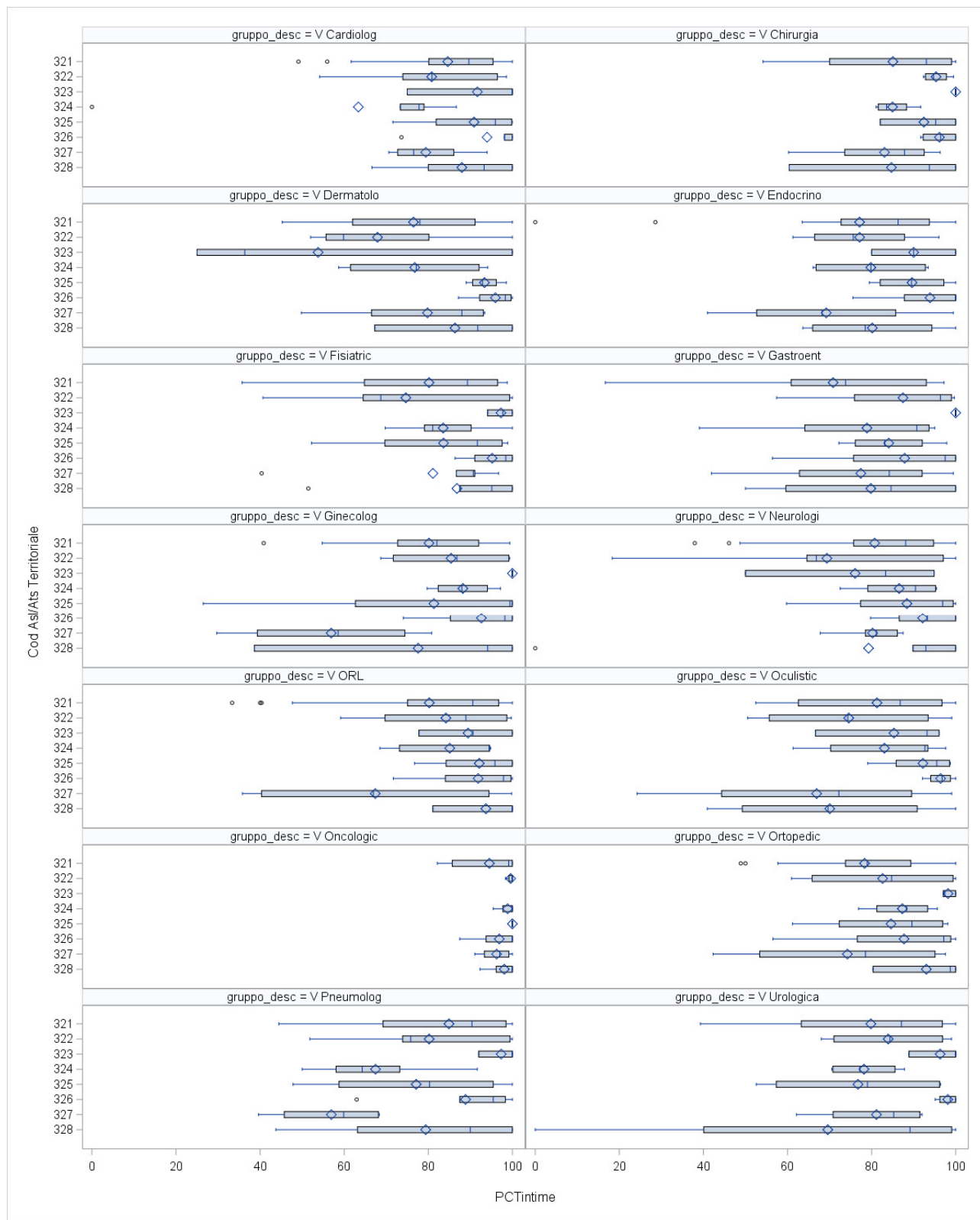


Figura 4– Percentuale e variabilità delle prestazioni erogate in tempo per ATS e gruppo di prestazioni – Classe D non strumentali



Raccomandazioni:

È necessario valutare la % di raggiungimento dell'obiettivo per Classi di priorità, mettendo in atto azioni di governo sui tempi di attesa (PGTA) che privilegino l'erogazione in tempi congrui delle prestazioni in classe U, B e D in quest'ordine.

Il contenuto del report inviato trimestralmente è il seguente:

- Risultati complessivi di ogni ATS relativi a numero di prestazioni tempo medio, deviazione standard, percentuale di prestazioni erogate entro il tempo indicato per la classe di priorità prevista e confronto rispetto al dato medio regionale per classe di priorità;
- Analisi di approfondimento per gruppo di prestazione per ATS e classe di priorità.

Approfondimento sui tempi medi di attesa rilevati nel giorno indice

- 1) Flusso 28 SAN
- 2) Stessi criteri di inclusione ed esclusione delle analisi precedenti
- 3) Prestazioni erogate dopo il 1/1/2016 e prenotate nell'orizzonte 1/1/2016 – 30/09/2016
- 4) Analisi per i dati per cui vale che il tempo di attesa è superiore o uguale a 0 ed inferiore o uguale a 365 giorni.

I confronti vengono fatti considerando numerosità media e tempo medio tra dati relativi al giorno di rilevazione (cade sempre di mercoledì nell'orizzonte temporale considerato) e i dati relativi ai mercoledì immediatamente precedenti e successivi al giorno di rilevazione. Pertanto:

- Numero dei giorni di rilevazione ("GG Rilevazione")= 9;
- Numero degli altri giorni ("Altri GG") = 18.

A seguire, a puro titolo esemplificativo, i dati dell'elaborazione ottenuti sull'ATS 321.

Si evidenzia la numerosità, quando inferiore rispetto al giorno indice, e il tempo d'attesa, quando superiore.

Tabella 5– Tempo medio e numero prestazioni per ATS (confronto tra giorno indice e altri giorni)

Cod Asl/Ats Territoriale	N Tot	TA			N/gg		
		GG Rilev	Altri GG	Delta	GG Rilev	Altri GG	Delta
321	322401	24	26	-2	13151	11336	1815
322	108434	31	31	0	4376	3836	540
323	17485	21	20	1	692	625	67
324	75512	23	27	-4	3051	2669	382
325	77501	28	28	0	3130	2741	389
326	75683	15	17	-1	3043	2683	359
327	62817	13	15	-2	2507	2236	270
328	37182	17	19	-1	1579	1276	303
Totale (ALL)	777015	23	25	-1	31528	27404	4124

Sarà resa disponibile ad ogni ATS, per il territorio di competenza, l'analisi a livello di singola struttura erogatrice, per classe di priorità e tipologia di prestazione.

Terzo step – tempo medio di attesa e % di prestazioni erogate entro il tempo massimo previsto (ex-ante)

Fonte dati: Flusso MTA

È necessario replicare la stessa analisi sviluppata nel punto precedente.

Ai fini di individuare possibili comportamenti opportunistici, un ulteriore *alert* che può essere implementato sul flusso MTA deriva dalla percentuale di “utenti virtuali” sul totale delle prestazioni prenotate.

Incrociando il dato contenuto in MTA e in 28/SAN (tramite il codice fiscale che permette l'identificazione univoca dell'utente) è possibile verificare che nessuna prestazione sia stata prenotata da un utente reale nel giorno indice.

Raccomandazioni:

Occorre dare precedenza alle verifiche sulle strutture in cui il fenomeno degli “utenti virtuali” si discosta in misura significativa dalla media regionale.

Come sviluppo futuro, è di fondamentale importanza verificare la congruenza tra i tempi di attesa dichiarati in MTA e quelli rendicontati in 28/SAN sia per classe di priorità che per regime di erogazione.

Quarto step – volume delle prestazioni erogate in ALPI

Fonte dati: Flusso 28/SAN e MTA ministeriale (ALPI volumi)

Criteri di inclusione:

- Prestazione di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio regionale (DGR 1775/2011 e ss.mm.ii.)

Per ciascuna ASST e per ciascun privato accreditato, viene calcolato:

- il volume delle prestazioni erogate in ALPI nel flusso 28SAN;
- il volume delle prestazioni erogate in ALPI nel flusso MTA (ministeriale).

Qualora vengano riscontrate incongruenze tra i volumi riportati nei due flussi, occorre verificare dove (MTA o 28 SAN), per quali prestazioni e in quale percentuale si sia verificata la mancata rendicontazione.

Incrociando il dato contenuto in MTA con 28 SAN è possibile verificare a livello di singolo utente l'effettiva erogazione della prestazione erogata in ALPI.

Si raccomanda di presiedere alla corretta ed esaustiva rendicontazione in 28SAN delle prestazioni erogate in ALPI.

3.4.2.2 Ricoveri Programmati

Come descritto nel processo erogativo riportato in Allegato 12.C3, la modalità di inserimento in lista d'attesa per il paziente che deve eseguire un intervento in regime di ricovero programmato, deve essere univoca.

Per '**data di inserimento del paziente in agenda**', si deve intendere la data in cui il soggetto previsto dalla struttura (di solito lo specialista del reparto) conferma la necessità di ricovero e provvede all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione.

Questa data, relativa alla identificazione del bisogno e validata dallo specialista, è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Si raccomanda alle ATS di verificare i processi erogativi dei ricoveri programmati relativi alle strutture ospedaliere presenti sul loro territorio, evidenziando quale sia la data inserita nel campo 'data di prenotazione' e le modalità con cui si inserisce quest'informazione (in modo automatico, inserimento manuale, in sede di prericovero, in sede di accettazione, ecc.) e riportare i risultati dell'indagine nel **report annuale** da inviare ad ACSS, insieme ad altre informazioni previste nel Format dell'Allegato 13.C3.

3.5 CONTROLLI SULLA QUALITÀ PERCEPITA DALL'UTENTE DEI SERVIZI

I sistemi di misurazione della Customer Satisfaction (CS) stanno assumendo a livello internazionale un ruolo sempre più rilevante nel monitoraggio dei servizi sociosanitari. La valutazione di 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.

Già dal 1998, le norme regionali prevedevano che la rilevazione di CS fosse effettuata sul 10% degli utenti in almeno il 20% delle UO di tutte le strutture accreditate ad eccezione - per la peculiarità delle attività svolte - delle strutture mono-specialistiche pediatriche o psichiatriche, nei PS (le cui attività sono oggetto di misurazione con strumenti dedicati) e nei Laboratori di analisi (DGR VI/38133/98). Le norme attuali, descritte nell'Allegato 14.C3, prevedono che la qualità percepita sia misurata attraverso due modalità:

1. **Questionari di CS** (n° predefinito, indirizzi forniti dagli atti regionali: DGR VII/8504/2002, e successivi DDG 14890/2006, DDG 282/2009), somministrati in Degenza (ricoveri ordinari e Day Hospital) e dopo prestazioni Ambulatoriali;
2. **Segnalazioni** (Reclami, Osservazioni o Encomi) che pervengono agli erogatori e alle ATS da parte di cittadini, pazienti, familiari o *caregiver*.

Non esiste un Flusso Informativo strutturato, ma solo un Debito Informativo dagli erogatori verso le ATS, e dalle ATS verso la DGW, relativo sia ai Questionari di CS sia alle Segnalazioni.

Nel presente PCP si riportano:

- alcuni risultati sintetici dell'analisi che ACSS ha effettuato sui dati 2016 del debito informativo, che ne evidenzia i principali limiti; i risultati di dettaglio (anche per singola ATS) saranno resi disponibili alle ATS a partire dal 2018, e saranno oggetto della Relazione annuale al Consiglio Regionale (prevista dalla L.R. 23/2015, art. 11, comma 4, lettera i).
- indicazioni per la rendicontazione 2017
- indicazioni per la pianificazione dei controlli del 2018.

3.5.1 Analisi del debito informativo e criticità emerse

3.5.1.1 Questionari customer satisfaction (2016)

L'analisi ha evidenziato numerose **criticità** relative alla qualità e completezza dei dati. Per ogni ATS, è stato conteggiato il numero totale di errori¹⁰ e calcolato un '**Indicatore di Qualità**

¹⁰ Sono stati conteggiati gli errori riscontrati in tutti i campi del tracciato record e non solo nelle risposte agli item "D". Sono esclusi dal conteggio gli errori relativi ai campi 'codici ATS', 'azienda' e 'struttura' (sebbene siano state riscontrate incongruenze anche in questi campi).

del dato, per ogni ATS (v. Allegato 14.C3). Alcuni errori hanno inficiato la “validità” del Questionario e comportato l'eliminazione del record dal database, secondo le indicazioni regionali. È stato necessario eliminare in tutto 15.697 questionari ‘non validi’ (considerando le sole risposte fornite agli item ‘D’). Le analisi riportate si riferiscono pertanto a **119.397** questionari validi per area Degenza, e a **291.462** questionari per l'ambito ambulatoriale. Le analisi sono riportate nell'Allegato 14.C3.

Si sottolinea la tendenza dei pazienti ad esprimere i valori più alti della scala di gradimento, che sembra indicare un livello effettivamente elevato di soddisfazione; d'altro canto, la **metodologia** di raccolta e restituzione dei questionari non consente di identificare potenziali opportunismi/criticità, quali ad esempio:

- la mancanza di terzietà (si tratta di auto-valutazione da parte delle strutture);
- la mancanza di controllo sul campionamento: il debito informativo basato sul ‘quota sampling’ forza le strutture a raggiungere il numero predeterminato di questionari basato sui volumi di attività pregressa, ma non è possibile verificare se preventivamente all'invio del debito siano stati scartati i questionari con valori più bassi di soddisfazione.

Le risposte a tutti gli item ‘D’ esprimono valori elevati di soddisfazione, sempre >6 e la qualità percepita ha andamento simile sui singoli item, sebbene le strutture private accreditate si attestino costantemente su valori più alti. Per entrambe le tipologie di struttura, i **‘tempi di attesa’** risultano l'area tematica con soddisfazione inferiore.

3.5.1.2 Questionario “area degenza ordinaria/D.H.” (2016)

Per quanto concerne la CS in area degenza ordinaria/DH, le risposte a tutti gli item ‘D’ esprimono valori elevati di soddisfazione, sempre >6. La qualità percepita ha andamento simile sui singoli item, sebbene le strutture private accreditate si attestino costantemente su valori più alti. Per entrambe le tipologie di struttura, i **‘tempi di attesa’** risultano l'area tematica con soddisfazione inferiore. Il trend 2014-2016 della ‘soddisfazione complessiva’ per le otto ATS, calcolata come media dei punteggi nei singoli item (da D02 a D13), pur se si tratta di variazioni poco significative dal punto di vista numerico, consente di osservare un trend in crescita dal 2014 al 2016 nelle ATS Insubria, Montagna, Brescia, Val Padana, e Pavia.

3.5.1.3 Questionario “area ambulatoriale” (2016)

Anche per l'area ambulatoriale, le risposte a tutti gli item esprimono buoni livelli di soddisfazione, compresi tra 5,75 (‘tempi d'attesa’ - D03) e 6,33 (‘rispetto riservatezza personale’ - D10). Anche per l'ambulatoriale, i **‘tempi d'attesa’** presentano livelli di soddisfazione inferiori rispetto ad altri ambiti (media 5,43 nelle strutture pubbliche e 5,88 nelle private). Non si rilevano differenze pubblico/privato per la soddisfazione su attività pertinenti alla cura e assistenza (i.e. rispetto riservatezza personale, personale sanitario, informazioni ricevute, personale medico). Si evidenziano invece differenze negli item che valutano aspetti gestionali-organizzativi della struttura (tempi d'attesa, rispetto degli orari, comfort e pulizia), con valori di soddisfazione sempre maggiori nelle strutture private.

3.5.2 Segnalazioni (2016)

Anche per le segnalazioni, ACSS ha evidenziato numerose **criticità relative alla qualità** e completezza dei dati. Ad esempio, le ATS non hanno sempre osservato l'adempimento previsto dalla DG Sanità in merito alla classificazione delle segnalazioni (Nota DGSan 25/07/2008). Nella Nota citata si prevede che le segnalazioni attinenti più argomenti/categorie (con riferimento alle 13 categorie identificate dalla Circolare DGSan; Prot. H1 2007.0053415 del 21.12.2007), debbano essere ripetute, ossia registrate come segnalazione in ciascuna delle 13 categorie cui si riferiscono, qualora non sia possibile attribuirle ad una categoria unica. Per ottemperare agli indirizzi forniti nella Nota DG San/2008, ACSS ha dovuto rielaborare i dati, ed è stato inoltre necessario eliminare i record contenenti errori.

Le analisi riportate nell'Allegato 14.C3 dopo la rielaborazione di ACSS, riguardano un totale di **30.366 record** (23.330 reclami e 7.036 encomi). La maggior parte dei reclami riguarda la categoria "prestazioni" (che include: tempo d'attesa, mancata prestazione, inadeguatezza organizzativa e qualità tecnico-professionale). Confrontando i dati delle segnalazioni 2015-2016, si osserva un evidente calo delle segnalazioni totali pervenute nel 2016 rispetto al 2015.

3.5.3 Sintesi delle criticità e proposte di revisione

Alla luce della criticità riscontrate all'analisi svolta e della crescente rilevanza delle valutazioni della qualità percepita dall'utente, **nel PCP-2018 si riportano alcune proposte di miglioramento dell'attuale sistema rilevazione, che potranno essere oggetto di successivo approfondimento e/o sperimentazione in condivisione con la DGW.**

Oltre ai già discussi limiti nella qualità del debito informativo, le principali criticità relative alla valutazione di CS attraverso i **Questionari** riguardano:

1. Campionamento e selezione dei rispondenti ai questionari;
2. Strategia di rilevazione;
3. Modalità di somministrazione del questionario;
4. Momento di rilevazione;
5. Strumento di rilevazione e *data-entry* (e conseguente qualità del dato).

Suggerimenti per la rilevazione dei Questionari di CS

CRITICITA'	SUGGERIMENTI
1. Campionamento e selezione dei rispondenti:	
Campionamento con <i>quota sampling</i> dei pazienti a cui chiedere la valutazione di CS	Non è possibile valutare alcuni aspetti importanti della rilevazione (es. rappresentatività, non rispondenti, etc.). <u>Suggerimenti:</u> • Campionamento casuale di un N° predefinito di pazienti selezionati all'accesso, chiedendo alle

CRITICITA'	SUGGERIMENTI
	strutture di definire una 'lista di campionamento' (per es. numero progressivo SDO o accessi amb.) disponibile prima della rilevazione. Valutare un campionamento che garantisca rappresentatività del campione rispetto alla popolazione che afferisce alla struttura (per es. per area medica/chirurgica, per presidio, etc.¹¹);
Selezione del rispondente al termine della prestazione puntuale (Ric., Amb.)	Non si rileva se il paziente sia inserito in un percorso specifico. <u>Suggerimento:</u> si propone di sperimentare valutazioni di CS secondo una logica di percorso di cura.
2. Strategia di rilevazione:	
Autovalutazione	È necessaria una vigilanza delle ATS sull'autocontrollo di CS. - Sviluppare in ATS modalità di valutazione indipendente, attraverso verifiche campionarie (che potrebbero essere gestite dall'ATS stessa). - Affiancare all'autocontrollo momenti di valutazione gestiti da organismi indipendenti (per es. ACSS, Università, etc.), secondo protocolli di campionamento definiti.
Periodicità della rilevazione	Richiedere raccolta e analisi dei flussi più sistematica (e non solo due volte/anno), utilizzando le informazioni che ne derivano per il miglioramento continuo dei servizi.
3. Modalità di somministrazione del questionario:	
Questionario cartaceo	Valutare l'introduzione graduale di metodi di rilevazione alternativi al data-entry manuale, che consentono di limitare gli errori di digitazione (ad es. online, somministrazione guidata da un operatore, etc.).
Auto-compilazione	Attualmente il questionario viene compilato in autonomia dal paziente, senza che siano sempre esplicitate chiaramente le finalità della rilevazione. <u>Suggerimenti:</u> compilazione guidata (richiede la presenza di personale – se possibile indipendente – al momento della compilazione); - compilazione mediante intervista telefonica; - laddove emergessero criticità, effettuare attività ulteriori di approfondimento (ad es. tramite focus group), per comprendere l'origine della criticità emerse e impostare attività di miglioramento.
4. Momento di rilevazione:	

¹¹ Nota: queste analisi sarebbero già possibili con i debiti informativi attualmente inviati, se i campi relativi fossero compilati in modo adeguato.

CRITICITA'	SUGGERIMENTI
Al termine della prestazione ambulatoriale o in fase di dimissione	Al termine della prestazione (specie in degenza), il paziente si trova in una situazione di fragilità che potrebbe invalidare le risposte. <u>Suggerimento:</u> Valutare modalità di somministrazione della CS in un momento successivo e non immediatamente seguente la prestazione.
5. Strumento di rilevazione e data entry:	
Strumento attualmente in uso	Scarsa variabilità osservata nelle risposte ottenute <u>Suggerimento:</u> Rivedere il questionario e la modalità di risposta
Qualità dato nei Questionari	In generale, bassa qualità dei dati inviati ad ATS e dalle ATS in RL. <u>Suggerimento:</u> Definire un flusso regionale strutturato . In attesa di un eventuale flusso, sarebbe opportuno che prima dell'invio del debito, le strutture stesse e – in seconda battuta – le ATS provvedessero a un controllo di qualità per: - Verificare la completezza dei campi compilati nei Questionari ed emendare, ove possibile (es. Questionari senza indicazione codice Reparto, etc.); - Verificare la completezza numerica della rilevazione (verificare n° in base al volume prestazioni); (ATS) Effettuare verifiche campionarie sui questionari cartacei (vigilanza su accreditamento); (ATS) Effettuare verifiche sulle date di compilazione; (ATS) Applicare Indicatori di <i>compliance</i> alla rilevazione (Questionari restituiti/questionari Attesi; a questo proposito si veda quanto definito da RL con DDG n.282 del 20/01/2009).

Suggerimenti sul debito informativo relativo alle Segnalazioni

Le principali criticità da risolvere sono riconducibili a:

- Compilazione parziale o imprecisa dei report pervenuti (per es. codici struttura inesistenti);
- Non sono definiti in modo univoco i 13 campi in cui è possibile classificare le segnalazioni; questo lascia ampio spazio alla discrezionalità dell'operatore e induce ad un uso diffuso della classe "varie", che limita la possibilità di un'analisi critica dei risultati e di impostare eventuali azioni di miglioramento;
- Mancata registrazione di segnalazioni che pervengono ad altre istituzioni o mediante uso di altri strumenti; il cittadino può infatti inviare direttamente la

segnalazione in ATS, alla DGW o al call-center regionale. Inoltre, può utilizzare i profili social delle strutture (dove esistenti) o blog/portali di associazioni di pazienti. Tutte queste segnalazioni non sono ad oggi completamente tracciate né analizzate ai fini del miglioramento.

3.5.4 Rendicontazione attività 2017

In attesa di condividere con DGW e le ATS un aggiornamento degli indirizzi per la rilevazione della Qualità Percepita, si chiede alle ATS di restituire nei Piani Locali i dati relativi ai Questionari di CS e delle Segnalazioni, secondo il format di rendicontazione già definito dalla DGW (v. **DDG n. 282 del 10/01/2009**), in particolare:

1. Numero Questionari di CS e Segnalazioni pervenuti per struttura (2017)

Codice Struttura	Nome Struttura	Degenza		Ambulatorio		Segnalazioni	Note
		Question. attesi (N)	Question. rilevati (N)	Question. attesi (N)	Question. rilevati (N)	Segnalazioni pervenute (N)	

2. Risultati Questionari di CS (Degenza e Ambulatoriale) per Struttura (2017)

Riportare 2 Tabelle:

- Tabella Area Ambulatoriale coi risultati per i 12 item 'D'
- Tabella Area Degenza coi risultati per i 13 item 'D'

Secondo il format sotto riportato come esempio per la sola Area Ambulatoriale.

Esempio Tabella Area Ambulatoriale

Cod. Struttura	Nome Strutt.		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12
			...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	N° Media SD	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
TOTALE ATS		N° Media SD	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

3. Risultati relativi alle Segnalazioni pervenute per Categoria e per Struttura (2017)

Riportare il numero delle segnalazioni pervenute per singola categoria, secondo la classificazione proposta nel Nota DGSan 25/07/2008.

Cod. Struttura	Nome Strutt.	CATEGORIE												
		Cod 1	Cod 2	Cod 3	Cod 4	Cod 5	Cod 6	Cod 7	Cod 8	Cod 9	Cod 10	Cod 11	Cod 12	Cod 13
...	...													
...	...													
TOTALE ATS														

3.5.5 Pianificazione attività 2018

Come affermato, alla luce delle criticità evidenziate, ACSS ritiene indispensabile avviare **un Piano di Lavoro nel 2018**, in sinergia con la DGW e in collaborazione con le ATS, finalizzato a una revisione dei criteri, delle metodologie e degli strumenti per valutare la Qualità Percepita dagli utenti del SSL.

Per contribuire a questo processo, si invitano le ATS ad esplicitare nei rispettivi Piani Locali di Controllo eventuali attività programmate per monitorare la qualità percepita nel 2018.

Si chiede in particolare, di avanzare suggerimenti e proposte per migliorare il sistema di rilevazione in attesa di nuove linee di indirizzo da parte della DGW, in relazione alle criticità e proposte citate nella tabella sottostante (oltre a quanto già definito nella precedente Sezione (cfr. Sintesi delle Criticità e Proposte di Revisione), sono riportati alcuni esempi nella tabella sottostante; se reputata non esaustiva, la tabella può essere ulteriormente integrata nei Piani Locali).

AMBITI	PROPOSTE
Criteri di campionamento	
Strategia di rilevazione (autocontrollo verso rilevazione indipendente esterna, momento della rilevazione, valutazione di CS nel percorso di cura, etc.)	<i>Per es. impostare indicatori di rischio/qualità e procedure di intervento nel caso in cui:</i> - le segnalazioni pervenute siano in numero insufficiente, - vi siano evidenti errori nei file Excel trasmessi, - vi siano punteggi molto superiori/inferiori alla media regionale o con variabilità molto alta/bassa;
Periodicità della rilevazione	<i>Per es. definire modalità per supportare le strutture nella rilevazione delle criticità e nell'impostazione di adeguate azioni di miglioramento.</i>
Strumento di rilevazione e data entry (questionario)	<i>Per es. Segnalazioni:</i> - Condivisione di una proposta di integrazione del glossario, per risolvere eventuali ambiguità; - Condivisione di una modalità di gestione delle segnalazioni anonime.
Modalità di somministrazione	
Momento di rilevazione	
Definizione di un flusso strutturato per registrare trasmettere i dati di CS	

4° parte - INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITA' DI CONTROLLO CENTRATE SUL PAZIENTE

Premessa

La nuova visione avviata dalla L.R.23 vede in ATS il concentrarsi di attività di governo della rete d'offerta basato su un'approfondita analisi della domanda, e ha richiesto un profondo cambio di prospettiva del modello di programmazione (si veda, ad esempio, l'istituzione del nuovo Dipartimenti PIPSS) che deve trovare una parallela trasformazione del sistema di verifica e controllo. Alle nuove ATS è attribuito il compito di assicurare la corretta erogazione dei LEA, l'integrazione tra servizi e di migliorare l'accessibilità, governando l'intero percorso di presa in carico della persona secondo principi di appropriatezza clinica e organizzativa.

Anche per le attività di controllo è necessaria una progressiva transizione da una logica verticale (a silos) verso un approccio integrato e trasversale ai vari livelli e unità d'offerta. Si sottolinea nel merito che, nello spirito della riforma, orientamento al paziente, integrazione, presa in carico e continuità delle cure **non sono temi esclusivi dell'ambito della cronicità**, ma sono trasversali a qualunque percorso di diagnosi e cura, anche limitato a episodi di malattia di breve durata, e ogniquale volta sia necessario per il paziente ricomporre l'iter diagnostico-terapeutico-assistenziale entro un processo unico, in grado di estendersi oltre il servizio puntuale (ricovero, prestazione diagnostica o riabilitativa, erogazione protesica, etc.) e di allineare modalità operative di diversi livelli/strutture (ambiti specialistici, cure primarie) per facilitare i trasferimenti del paziente da un livello all'altro.

In altre parole, al nuovo modello di programmazione orientato a ricomporre la frammentazione delle unità d'offerta, si deve associare un parallelo modello di controllo dell'orientamento al paziente. **Vanno dunque implementati e consolidati nelle ATS nuovi ambiti di controllo finalizzati a promuovere la capacità del SSL di integrare i propri servizi per garantire un maggior orientamento al paziente.**

Per quanto riguarda il ruolo di ACSS, infine, si richiama la DGR 6502/2017 che stabilisce tra l'altro che, con riferimento alle osservazioni della Commissione III del Consiglio Regionale (Parere n. 130/2017), l'Agenzia *"...dovrà predisporre un documento con le indicazioni del metodo di lavoro da fornire ai NOC, al fine di potenziare anche la funzione di controllo sull'appropriatezza clinica"*.

4.1 Sperimentazione

A partire dal 2018 ACSS intende dare avvio a un progetto sperimentale di controllo dell'appropriatezza dei percorsi di cura, implementando una logica innovativa di verifica, nel quale l'unità di controllo non è il singolo episodio di cura/prestazione, o la struttura erogatrice, bensì il paziente e l'insieme del suo percorso di diagnosi, cura e assistenza, prendendo in considerazione per le verifiche sia aspetti di tipo amministrativo (ad esempio, rispetto dei diritti di esenzione, e di altre regole/normative), sia aspetti più prettamente clinici (ad esempio, verifica di possibili interazioni tra farmaci, etc.).

La sperimentazione avrà i seguenti elementi caratterizzanti:

Campionamento casuale di un numero predefinito di pazienti, secondo metodi di 'randomizzazione clusterizzata/a grappolo', in cui la selezione dei casi da controllare è attuata nell'ambito di cluster/gruppi di pazienti predefiniti in base ad ambiti di interesse prevalenti (area geografica, patologia, ambito medico/chirurgico, specifici alert, etc.).

Aniché verificare il singolo episodio di cura (es. ricovero ospedaliero/SDO), dopo aver identificato il cluster di pazienti di interesse sulla base dei criteri sopra esposti, le ATS potranno identificare un qualunque nodo di erogazione che intercetta il percorso di cura del paziente selezionato (ad esempio, episodio di ricovero) e, a partire dai database amministrativi, **ricostruire il percorso del paziente** precedente e susseguente al ricovero, per successive verifiche di congruenza rispetto a standard definiti.

A titolo di esempio, potrebbero essere intercettati, a partire da un episodio di ricovero:

- esami diagnostici (strumentali/di laboratorio) effettuati entro 6 mesi precedenti il ricovero
- consumo di farmaci (pre/post ricovero)
- visite di follow-up post-ricovero
- esami (strumentali/di laboratorio) di follow-up effettuati nell'anno successivo al ricovero
- erogazione ADI post-ricovero
- attivazione di Cure Intermedie
- Intervento di riabilitazione
- Altro.....

Oggetto di valutazione, a titolo di esempio, potrebbero essere:

- i TdA per l'accesso alle prestazioni pertinenti per quell'episodio di cura
- la pertinenza del ricovero
- la presenza di possibili interazioni tra farmaci
- l'aderenza alle Note AIFA
- la duplicazione di accertamenti diagnostici/di laboratorio e la relativa pertinenza
- l'appropriatezza prescrittiva
- appropriatezza clinica del percorso (individuare équipes specialistiche di valutazione)
- il rispetto delle normative vigenti (a livello nazionale/regionale) a garanzia dell'utente (ad es., erogazione di fondi aggiuntivi per la non autosufficienza, presenza di esenzione di patologia, attivazione di percorsi per il riconoscimento di invalidità civile, etc.).

ALLEGATI

PIANO DEI CONTROLLI E PROTOCOLLI

2018

INDICE ALLEGATI

- 1.C2 processo selezione
- 2.C2 valutazione concordanza
- 3.C2 tab. prestazioni non associabili
- 4.C2 tab. prestazioni BIC
- 5.C2 provvedimenti materno infantile
- 6.C2 farm1
- 7.C2 farm2
- 8.C2 farm3
- 9.C2 farmComp
- 10.C2 schede Udo
- 11.C3 cure primarie
- 12.C3 tempi d'attesa
- 13.C3 format tempi d'attesa
- 14.C3 customer

Esempio del processo di selezione e controllo del campione individuato da ACSS

Supponiamo che ATS abbia eseguito una visita ispettiva presso la struttura 030072 in maggio ed esegua la visita ispettiva successiva a settembre 2018.

Nel mese di giugno 2018, Llspa rende disponibile la produzione degli erogatori lombardi relativa ad aprile 2018, che supponiamo ammonti a 125.251 SDO. ACSS esegue il modello predittivo e seleziona 2.505 cartelle per la verifica (2,0%). Di queste, 37 SDO sono state erogate dalla struttura 030072. Delle 37, 19 vengono selezionate ed inviate alla ATS per il controllo NOC e 18 vengono selezionate per l'autocontrollo dell'erogatore.

A luglio 2018, Llspa rende disponibile la produzione degli erogatori lombardi relativa a maggio 2018, che supponiamo ammonti a 130.250 SDO. ACSS esegue il modello predittivo e seleziona 2.605 cartelle per la verifica (2,0%). Di queste, 40 SDO sono state erogate dalla struttura 030072. Delle 40, 20 vengono selezionate ed inviate alla ATS per il controllo NOC e 20 vengono selezionate per l'autocontrollo dell'erogatore.

Ad agosto 2018, Llspa rende disponibile la produzione degli erogatori lombardi relativa a giugno 2018, che supponiamo ammonti a 120.800 SDO. ACSS esegue il modello predittivo e seleziona 2.416 cartelle per la verifica (2,0%). Nessuna di queste è stata erogata dalla struttura 030072.

Durante la visita ispettiva di settembre, oltre a controllare le cartelle presenti nel campione individuato secondo il proprio piano, i NOC procederanno al controllo delle 39 (19+20+0) cartelle individuate da ACSS – che chiameremo campione (A).

Entro la stessa data, l'erogatore dovrà procedere all'autocontrollo delle 38 (18+20+0) cartelle – che chiameremo campione (E) – e all'invio alla ATS degli esiti di tale controllo.

Al termine della visita ispettiva, i NOC confronteranno le proporzioni di cartelle modificate del campione (A) controllato dai NOC con quelle modificate del campione (E) controllato dall'erogatore.

Se il confronto dà esito negativo (cioè i due risultati sono compatibili), non è necessaria nessuna azione ulteriore; l'autocontrollo può essere accettato.

Se il confronto dà esito positivo (cioè i due risultati non sono compatibili), i NOC dovranno procedere al controllo di tutte le 38 cartelle precedentemente "autocontrollate" dall'erogatore.

Procedura per valutare la concordanza relativa al campione individuato per l'autocontrollo

La concordanza tra le valutazioni dell'erogatore e dell'ATS sul campione individuato da ACSS è valutata attraverso un test statistico che dipende dalla dimensione dei campioni e dal numero di modifiche apportate dall'erogatore e dall'ATS nei propri campioni.

A tal scopo, viene rilasciato da ACSS un programma in formato excel, che permette di inserire le dimensioni dei campioni di erogatore e di ATS (anche differenti tra loro) e il numero di modifiche apportate da entrambi. Il programma restituisce quindi l'esito del test indicando la necessità o meno di ricorrere all'estensione (Figura 1). Nell'esempio mostrato in figura, relativo a un campione di 40 cartelle (20 valutate dall'erogatore e 20 dai NOC ATS) a fronte di 8 modifiche dell'erogatore, sono necessarie 17 cartelle modificate dai NOC affinché scatti l'estensione del controllo a tutto il campione (di 20 cartelle) individuato da ACSS.

	Erogatore	ATS		Erogatore	ATS
Numero cartelle analizzate	20	20	Numero cartelle analizzate	20	20
Numero cartelle modificate	8	16	Numero cartelle modificate	8	17
% modificate	40%	80%	% modificate	40%	85%
Chi-square	0.0239		Chi-square	0.0090	
	Non estendere			Estendere	

Figura 1. Macro excel per valutare se estendere l'autocontrollo

Nella tabella sottostante sono riportati alcune situazioni in cui – al variare della numerosità campionaria e del numero di modifiche apportate da entrambi – si verifica la discordanza tra le valutazioni di erogatore e ATS che porta all'estensione dell'autocontrollo.

Dimensione dei campioni di erogatore e ATS	Numero di modifiche apportate dall'erogatore	Numero di modifiche da parte ATS per arrivare a estensione
20	8	17
50	20	34
100	40	60
150	60	84
200	80	107

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
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

Condizione	Codice1	Codice2
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
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

Condizione	Codice1	Codice2
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
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

Condizione	Codice1	Codice2
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
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

Condizione	Codice1	Codice2
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
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

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
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

IC	Prestazioni incluse
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
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

IC	Prestazioni incluse
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
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

IC	Prestazioni incluse
8026	96592
8026	96593
8026	8901G
8026	897A1
8061	0391
8061	0531
8061	04811
8061	04812
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
8229	0531
8229	04811
8229	04812
8229	8901
8229	9659
8229	9789
8229	89015
8229	90622

IC	Prestazioni incluse
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
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

IC	Prestazioni incluse
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
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

IC	Prestazioni incluse
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
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

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: – Strutture posizionate nel quartile più remunerato; – 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
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 monospecialistici materno infantili con casistica complessa	Applicazione di incrementi tariffari del 15% per alcuni DRG, per i dimessi dai seguenti presidi: – Presidio Ospedale dei Bambini di Brescia; – FMMB di Monza; – Presidi Buzzi e Macedonio Melloni di Milano; – 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). Ictero 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 di stress 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	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.	

	inferiore alle soglie previste per gli stessi tipi 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 – 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".	

ANALISI DI CONTESTO

ATS							
DISTRETTO ATS	N. FARMACIE CONVENZIONATE	N. DISPENSARI	N. PARAFARMACIE	N. GROSSISTI	N. ESERCIZI AUTORIZZATI AL COMMERCIO ONLINE	N. NEGOZI/GDO ALIMENTI PARTICOLARI	N. RSA- RSD- IDR

COMMENTO

RENDICONTAZIONE 2017
ISPEZIONI E SANZIONI FARMACIE

ATS							
COMMISSIONE/SOTTOCOMMISSIONE	TIPO ISPEZIONE	N. FARMACIE CONVENZIONATE	N. DISPENSARI	N. NOTIZIE DI REATO	N. RILIEVI/PRESCRIZIONI	N. SANZIONI IRROGATE	IMPORTI NOTIFICATI

COMMENTO		

ALTRO

ATS								
N. PARAFARMACIE	N. GROSSISTI	N. NEGOZI/GDO ALIMENTI PARTICOLARI	N. ESERCIZI AUTORIZZATI AL COMMERCIO ONLINE	N. RSA- RSD- IDR	N. NOTIZIE DI REATO	N. RILIEVI/PRESCRIZIONI	N. SANZIONI IRROGATE	IMPORTI NOTIFICATI

COMMENTO

COMMENTO	

CALENDARIO ANNUALE ALTRI ESERCIZI CON CONTROLLO PREVISTO

ATS				
N. GROSSISTI	N. PARAFARMACIE	N. ESERCIZI AUTORIZZATI AL COMMERCIO ONLINE	N. RSA-RSD-IDR	N. NEGOZI/GDO ALIMENTI PARTICOLARI

COMMENTO

[illegible]

Scheda Residenze Sanitario Assistenziali per Anziani (RSA)

Tipologia UDO	% Controlli	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo		Indicatori di rischio per ulteriori controlli richiesti da ACSS
		Casistiche controllo	Numero minimo Fasas da controllare	
RSA	8.5% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (almeno 4% dalla lettera a) alla i) 3% Autocontrollo	a) che abbiano avuto più ricoveri ospedalieri o più accessi al PS (almeno 2 nell'ultimo anno) o per cui nell'ultima annualità si siano registrate almeno 15 giorni di assenza a carico del FSR; b) per cui si è fatto uso della contenzione; c) che presentano piaghe da decubito; d) per cui si sono verificate delle cadute; e) utenza non tipica presente in Struttura (Alzheimer in nucleo, Stati vegetativi, SLA, DGR 5000, EX OP,...); f) che abbiano avuto almeno una variazione della classe sosia nell'ultimo anno; g) appartenenti alle classi sosia 7-8; h) appartenenti alle classi sosia 1-2; i) deceduti in struttura, o entro 5 giorni dalla dimissione definitiva; j) criteri territoriali. 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.	- Num. utenti ≥ 100: 8 Fasas; - Num. utenti ≥ 51 e <100: 5 Fasas; - Numero utenti <51: 3 Fasas.	- Indice di mortalità, calcolato includendo i decessi avvenuti entro 5 giorni dalla dimissione, superiore al dato medio regionale; - Numero contenzioni superiori al dato medio regionale; - Numero cadute superiori al dato medio regionale; - Presenza di soggetti con piaghe da decubito superiori al dato medio regionale; - Frequenza ricoveri ospedalieri, accessi PS, o numero giornate assenza a carico FSR superiori al dato medio regionale; - Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale; - Standard gestionali, anche con riguardo alle singole figure professionali, non in linea con i dati medi regionali; - Distribuzioni classi sosia non in linea con i dati medi regionali; - Numero dimissioni volontarie per trasferimento presso un'altra RSA non in linea con le altre Strutture dello stesso ambito distrettuale, così come definiti dalla L.R. 23/2015; - Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale; - Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza.

Scheda Centri Diurni Integrati per Anziani (CDI)

Tipologia UDO	% Controlli per ogni categoria	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo		Indicatori di rischio per ulteriori controlli richiesti da ACSS
		Casistiche controllo	Numero minimo Fasas da controllare	
CDI	8.5% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (almeno 4% dalla lettera a) alla g) 3% Autocontrollo	a) per cui si evidenziano delle gravi compromissioni cognitive e/o motorie; b) il cui punteggio della scala ADL sia pari 1 (indipendente) o 3 (totalmente dipendente); c) che presentano problemi comportamentali; d) che presentano piaghe da decubito o lesioni cutanee; e) per cui nell'ultima annualità si siano registrate almeno 15 giorni di assenza a carico del FSR; f) di età inferiore ai 65 anni o superiore a 90 anni; g) con frequenza part-time (sia orizzontale che verticale); h) criteri territoriali. I Fasas da sottoporre a campionamento sono da riferirsi ad ospiti ancora presenti.	2 Fasas.	• Frequenza ricoveri ospedalieri o accessi PS superiori al dato medio regionale; • Standard gestionali, anche con riguardo alle singole figure professionali, non in linea con i dati medi regionali; • Numero dimissioni volontarie per trasferimento presso un altro CDI non in linea con le altre Strutture dello stesso ambito distrettuale; • Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale; • Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale; • Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza. • Livello di fragilità degli ospiti non in linea con i dati medi regionali; • Numero utenti che beneficiano anche di ADI/Misure non in linea con i dati medi regionali; • Presenza di soggetti con piaghe da decubito o lesioni cutanee superiori al dato medio regionale.

Scheda Residenze Sanitario Assistenziali per Disabili (RSD)

Tipologia UDO	% Controlli per ogni categoria	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo		Indicatori di rischio per ulteriori controlli richiesti da ACSS
		Casistiche controllo	Numero minimo Fasas da controllare	
RSD	11.5% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (almeno 5% dalla lettera a) alla i) 6% Autocontrollo	a) che abbiano avuto più ricoveri ospedalieri o più accessi al PS (almeno 2 nell'ultimo anno) o per cui nell'ultima annualità si siano registrate almeno 15 giorni di assenza a carico del FSR; b) per cui è fatto uso della contenzione e/o che presentano problemi comportamentali; c) utenza non tipica presente in Struttura (Stati vegetativi, SLA, DGR 5000, EX OP,...); d) per cui si evidenziano delle gravi compromissioni cognitive e/o motorie e/o che presentano doppia diagnosi; e) di età inferiore ai 18 anni o superiore a 65 anni; f) deceduti in struttura, o entro 5 giorni dalla dimissione; g) che abbiano avuto almeno una variazione della classe Sidi nell'ultimo anno; h) appartenenti alla classe Sidi 5; i) appartenenti alla classe Sidi 1; j) criteri territoriali. Fatta eccezione per la categoria relativa ai deceduti, i Fasas da sottoporre a campionamento per le altre categorie sono da riferirsi ad ospiti ancora presenti.	- Num. utenti >= 100: 8 Fasas; - Num. utenti >= 51 e <100: 5 Fasas; - Numero utenti <51: 3 Fasas.	• Frequenza ricoveri ospedalieri, accessi PS, o numero giornate assenza a carico FSR superiori al dato medio regionale; • Standard gestionali, anche con riguardo alle singole figure professionali, non in linea con i dati medi regionali; • Numero dimissioni volontarie per trasferimento presso un'altra RSD non in linea con le altre Strutture della stessa ATS; • Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale; • Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale; • Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza. • Livello di fragilità degli ospiti non in linea con i dati medi regionali.

Scheda Centri Diurni Integrati per Disabili (CDD)

Tipologia UDO	% Controlli per ogni categoria	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo		Indicatori di rischio per ulteriori controlli richiesti da ACSS
		Casistiche controllo	Numero minimo Fasas da controllare	
CDD	11.5% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (almeno 5% dalla lettera a) alla g) 6% Autocontrollo	a) per cui nell'ultima annualità si siano registrate almeno 15 giorni di assenza a carico del FSR; b) per cui si evidenziano delle gravi compromissioni cognitive e/o motorie e/o che presentano doppia diagnosi; c) per cui è fatto uso della contenzione e/o che presentano problemi comportamentali; d) di età inferiore ai 18 anni o superiore a 65 anni; e) che abbiano avuto almeno una variazione della classe Sidi nell'ultimo anno; f) appartenenti alla classe Sidi 5; g) appartenenti alla classe Sidi 1; h) criteri territoriali. I Fasas da sottoporre a campionamento sono da riferirsi ad ospiti ancora presenti.	2 Fasas.	• Frequenza ricoveri ospedalieri, accessi PS, o numero giornate assenza a carico FSR superiori al dato medio regionale; • Standard gestionali, anche con riguardo alle singole figure professionali, non in linea con i dati medi regionali; • Numero dimissioni volontarie per trasferimento presso un altro CDD non in linea con le altre Strutture dello stesso ambito distrettuale; • Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale; • Numero utenti che siano anche ospiti di CSS non in linea con i dati medi regionali; • Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale; • Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza. • Livello di fragilità degli ospiti non in linea con i dati medi regionali.

Scheda comunità Alloggio Socio Sanitarie per Disabili (CSS)

Tipologia UDO	% Controlli per ogni categoria	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo		Indicatori di rischio per ulteriori controlli richiesti da ACSS
		Casistiche controllo	Numero minimo Fasas da controllare	
CSS	11.5% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (almeno 5% dalla lettera a) alla g) 6% Autocontrollo	a) che abbiano avuto più ricoveri ospedalieri o più accessi al PS (almeno 2 nell'ultimo anno) o per cui nell'ultima annualità si siano registrate almeno 15 giorni di assenza a carico del FSR; b) per cui si evidenziano delle gravi compromissioni cognitive e/o motorie e/o che presentano doppia diagnosi; c) Che contemporaneamente frequentino altre tipologie d'offerta sociosanitarie o siano destinatari di Misure o altri interventi sociosanitari; d) che abbiano avuto almeno una variazione della classe Sidi nell'ultimo anno; e) appartenenti alla classe Sidi 5; f) appartenenti alla classe Sidi 1 o 2; g) deceduti in struttura, o entro 5 giorni dalla dimissione; h) criteri territoriali. Fatta eccezione per la categoria relativa ai deceduti, i Fasas da sottoporre a campionamento per le altre categorie sono da riferirsi ad ospiti ancora presenti.	2 Fasas.	• Frequenza ricoveri ospedalieri, accessi PS, o numero giornate assenza a carico FSR superiori al dato medio regionale; • Standard gestionali, anche con riguardo alle singole figure professionali, non in linea con i dati medi regionali; • Consumo di farmaci degli ospiti non in linea con i dati medi regionali; • Numero dimissioni volontarie per trasferimento presso un'altra CSS non in linea con le altre Strutture dello stesso ambito distrettuale; • Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale; • Numero utenti che frequentino contemporaneamente altre Udo sociosanitarie/Misure non in linea con i dati medi regionali; • Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale; • Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza. • Livello di fragilità degli ospiti non in linea con i dati medi regionali.

Scheda Hospice sociosanitari

Tipologia UDO	% Controlli per ogni categoria	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo		Indicatori di rischio per ulteriori controlli richiesti da ACSS
		Casistiche controllo	Numero minimo Fasas da controllare	
Hospice sociosanitari	8.5% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (almeno 4% dalla lettera a) alla f) 3% Autocontrollo	a) Presenti in Struttura per più di 60 giorni; b) Con dimissione diversa dal decesso; c) Non provenienti da Struttura Ospedaliera o da udo sociosanitaria; d) Oncologici; e) Non Oncologici; f) Inseriti nell'ultimo trimestre; g) criteri territoriali. Solo per la categoria "inseriti nell'ultimo trimestre" si dovranno possibilmente considerare gli utenti ancora presenti. Nel caso "con dimissione diversa dal decesso", si dovrà fare riferimento agli utenti non più presenti. In tutti gli altri casi, non è necessario una distinzione tra utenti presenti e quelli dimessi.	- Num. utenti ≥ 100: 8 Fasas; - Num. utenti ≥ 51 e < 100: 5 Fasas; - Numero utenti < 51: 3 Fasas.	• Degenza media degli utenti superiore al dato medio regionale; • Frequenza ricoveri ospedalieri o accessi PS, superiori al dato medio regionale; • Numero dimissioni diverse dal decesso non in linea con i dati medi regionali; • Standard gestionali, anche con riguardo alle singole figure professionali, non in linea con i dati medi regionali; • Numero dimissioni volontarie per trasferimento presso un'altra udo sanitaria o socianitaria non in linea con le altre Strutture dello stesso ambito distrettuale; • Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale; • Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale; • Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza.

Scheda Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Tipologia UDO	% Controlli per ogni categoria	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo		Indicatori di rischio per ulteriori controlli richiesti da ACSS
		Casistiche controllo	Numero minimo Fasas da controllare	
ADI	2,5% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (almeno 1% dalla lettera a) alla g) 1% Autocontrollo	a) che abbiano avuto più ricoveri ospedalieri o più accessi al PS (almeno 2 nell'ultimo anno); b) con un periodo di presa in carico superiore a 250 giorni; c) per cui si evidenziano delle gravi compromissioni cognitive e/o motorie; d) distinti per singolo profilo di cura; e) utenti con età inferiore a 65 anni o superiore a 85 anni. f) che nel periodo considerato abbiano frequentato altre udo sociosanitarie/Misure; g) che non beneficino di indennità di accompagnamento; h) criteri territoriali. I Fasas da sottoporre a campionamento sono da riferirsi ad ospiti ancora in carico. Del campione di cartelle da verificare dovranno fare parte tutte quelle relative ad utenti che nell'unità d'offerta, nel corso delle ultime dodici mensilità, hanno assorbito risorse del FSR per un importo maggiore o uguale a euro 12.000.	Non è previsto un numero minimo di Fasas	• Periodo di presa in carico degli utenti non in linea con il dato medio regionale; • Distribuzione profili utenti non in linea con i dati medi regionali; • Livello di fragilità degli utenti non in linea con i dati medi regionali; • Frequenza ricoveri ospedalieri o accessi PS, superiori al dato medio regionale; • Prestazioni erogate ai singoli utenti, anche con riguardo alle figure professionali, non in linea con i dati medi regionali; • Standard gestionali, anche con riguardo alle singole figure professionali, non in linea con i dati medi regionali; • Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale; • Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale; • Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza.

Scheda Cure Palliative Domiciliari UCP-DOM (ex ADI)

Tipologia UDO	% Controlli per ogni categoria	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo		Indicatori di rischio per ulteriori controlli richiesti da ACSS
		Casistiche controllo	Numero minimo Fasas da controllare	
UCP-DOM	2,5% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (almeno 1% dalla lettera a) alla f) 1% Autocontrollo	a) con un periodo di presa in carico superiore a 90 giorni; b) Con dimissione diversa dal decesso; c) Non provenienti da Struttura Ospedaliera o da udo sociosanitaria; d) Oncologici; e) Non Oncologici; f) Inseriti nell'ultimo trimestre; g) criteri territoriali. Solo per la categoria “inseriti nell’ultimo trimestre” si dovranno possibilmente considerare gli utenti ancora presenti. Nel caso “con dimissione diversa dal decesso”, si dovrà fare riferimento agli utenti non più presenti. In tutti gli altri casi, non è necessario una distinzione tra utenti presenti e quelli dimessi. Del campione di cartelle da verificare dovranno fare parte tutte quelle relative ad utenti che nell’unità d’offerta, nel corso delle ultime dodici mensilità, hanno assorbito risorse del FSR per un importo maggiore o uguale a euro 10.000.	Non è previsto un numero minimo di Fasas	• Periodo di presa in carico degli utenti non in linea con il dato medio regionale; • Distribuzione profili utenti non in linea con i dati medi regionali; • Livello di fragilità degli utenti non in linea con i dati medi regionali; • Frequenza ricoveri ospedalieri o accessi PS, superiori al dato medio regionale; • Prestazioni erogate ai singoli utenti, anche con riguardo alle figure professionali, non in linea con i dati medi regionali; • Standard gestionali, anche con riguardo alle singole figure professionali, non in linea con i dati medi regionali; • Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale; • Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale; • Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza.

Scheda Riabilitazione extra-ospedaliera residenziale /Cure Intermedie

Tipologia UDO	% Controlli per ogni categoria	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo		Indicatori di rischio per ulteriori controlli richiesti da ACSS
		Casistiche controllo	Numero minimo Fasas da controllare	
RIA Residenziale/ Cure Intermedie	8.5% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (almeno 4% dalla lettera a) alla i) 3% Autocontrollo	a) Ricoveri non provenienti da Ospedale per acuti, da altra Area all'interno della medesima udo, o con evento indice con data antecedente a tre mesi; b) Ricoveri delle diverse aree oltre soglia; c) Ricoveri con provenienza da regimi/aree a minore intensità all'interno della stessa unità d'offerta; d) Utenti che siano transitati su più Aree di ricovero/Regimi; e) Ricoveri in Area Specialistica; f) Ricoveri in Area Generale/Geriatria; g) Ricoveri in Area di Mantenimento; h) utenza non tipica presente in Struttura (Stati vegetativi, DGR 5000, EX OP,...); i) Utenza in regime DH; j) Criteri territoriali. Nella selezione delle cartelle, non sarà necessario distinguere tra utenti presenti o dimessi. Del campione di cartelle da verificare dovranno fare parte tutte quelle relative ad utenti che nell'unità d'offerta, nel corso delle ultime dodici mensilità, hanno assorbito risorse del FSR per un importo maggiore o uguale a euro 30.000.	- Num. utenti ≥ 100: 8 Fasas; - Num. utenti ≥ 51 e <100: 5 Fasas; - Numero utenti <51: 3 Fasas.	• Degenza media degli utenti superiore al dato medio regionale; • Numero utenti transitati su più aree di degenza non in linea con i dati medi regionali; • Presenza di utenti non esenti; • Presenza di utenti provenienti direttamente dal domicilio o da altra unità d'offerta sociosanitaria; • Presenza di utenti per cui non sia tracciato un evento indice o che sia significativamente antecedente al ricovero riabilitativo; • Presenza di utenti con passaggi verso regimi con maggiore intensità assistenziale; • Presenza di utenti transitati su più aree e/o su più unità d'offerta; • Indice di rotazione dei posti letto non in linea con i dati medi regionali; • Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale; • Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale; • Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza.

Scheda Riabilitazione extra-ospedaliera Diurna, Ambulatoriale e Domiciliare

Tipologia UDO	% Controlli per ogni categoria	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo		Indicatori di rischio per ulteriori controlli richiesti da ACSS
		Casistiche controllo	Numero minimo Fasas da controllare	
RIA Diurna, Ambulatoriale e Domiciliare	2,5% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (almeno 1% dalla lettera a) alla k) 1% Autocontrollo	a) con un numero di trattamenti nel periodo considerato superiore a 100 in caso di utenti adulti o superiore a 200 per gli utenti minori; b) con un numero di prestazioni per regime pari ad almeno il 90% del valore soglia; c) che sono transitati su più Aree di ricovero/Regimi; d) che nel periodo considerato sono transitati in altre tipologie di offerta sociosanitarie o altre strutture di RIA (esclusa Prima visita); e) con un numero di giornate/trattamenti di assenza a carico del FSR superiore a 10; f) con un numero di prestazioni "indirette" superiore al 10% del totale delle prestazioni ambulatoriali; g) che hanno ricevuto prestazioni in altre strutture di RIA extra-ospedaliera (esclusa Prima visita); h) non esenti; i) che hanno ricevuto prestazioni di Diurno Continuo; j) che hanno ricevuto prestazioni Ambulatoriali; k) che hanno ricevuto prestazioni Riabilitazione Domiciliare; l) criteri territoriali. Nella determinazione del numero degli utenti, non vanno considerati coloro che hanno ricevuto solo una prima visita a cui non è seguita una presa in carico. Nella selezione delle cartelle, non sarà necessario distinguere tra utenti presenti o dimessi. Del campione di cartelle da verificare dovranno fare parte tutte quelle relative ad utenti che nell'unità d'offerta, nel corso delle ultime dodici mensilità, hanno assorbito risorse del FSR per un importo maggiore o uguale a euro 15.000.	Non è previsto un numero minimo di Fasas.	• Numero prestazioni medie per utente superiore al dato medio regionale; • Numero utenti transitati su più aree di degenza non in linea con i dati medi regionali; • Presenza di utenti non esenti; • Presenza di utenti con passaggi verso regimi con maggiore intensità assistenziale; • Presenza di utenti con prestazioni indirette non in linea con i dati medi regionali; • Presenza di utenti con assenze a carico FSR non in linea con i dati medi regionali; • Presenza di utenti transitati su più aree e/o su più unità d'offerta; • Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale; • Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale; • Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza.

Scheda Comunità per le Dipendenze

Tipologia UDO	% Controlli per ogni categoria	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo		Indicatori di rischio per ulteriori controlli richiesti da ACSS
		Casistiche controllo	Numero minimo Fasas da controllare	
Comunità per le Dipendenze	8.5% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (almeno 4% dalla lettera a) alla g) 3% Autocontrollo	a) Utenti di recente inserimento; b) Utenti minorenni, utenti, compresi in una fascia di età tra i 18 e i 30 anni, per verificare lo sviluppo del percorso terapeutico. c) Utenti con polidipendenze; d) Utenti che hanno abbandonato la Struttura; e) Utenti per i quali si sono verificate delle assenze remunerate; f) Utenti provenienti da altre CTD; g) fascicoli chiusi di utenti la cui permanenza in struttura si discosta dalla media dell'anno precedente; h) Criteri territoriali. Fatta eccezione per la categoria relativa agli abbandoni, i Fasas da sottoporre a campionamento per le altre categorie sono da riferirsi ad utenti ancora presenti.	- Num. utenti ≥ 20: 3 Fasas; - Numero utenti < 20: 2 Fasas.	• Degenze medie per utente superiore al dato medio regionale; • Presenza di utenti con assenze a carico FSR non in linea con i dati medi regionali; • Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale; • Numero dimissioni volontarie per trasferimento presso un'altra udo non in linea il dato medio regionale; • Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale; • Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza.

Scheda Servizi Territoriali per le Tossico Dipendenze (SERT/SMI)

Tipologia UDO	% Controlli per ogni categoria	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo		Indicatori di rischio per ulteriori controlli richiesti da ACSS
		Casistiche controllo	Numero minimo Fasas da controllare	
SERT/SMI	2,5% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (almeno 1% dalla lettera a) alla k) 1% Autocontrollo	a) Utenti i di recente inserimento; b) utenti minorenni giovani, compresi in una fascia di età tra i 18 e i 30 anni, per verificare lo sviluppo del percorso terapeutico; c) utenti con polidipendenze; d) utenti con disturbi di gioco d'azzardo; e) Utenti provenienti da altre udo per le dipendenze; f) utenti di recente dimissione per conclusione del progetto terapeutico; g) utenti che hanno abbandonato il progetto di cura; h) criteri territoriali. Fatta eccezione per la categoria relativa agli abbandoni ed alle dimissioni, i Fasas da sottoporre a campionamento per le altre categorie sono da riferirsi ad utenti ancora in carico.	Non è previsto un numero minimo di Fasas.	• Prestazioni medie per utente superiore al dato medio regionale; • Numero abbandoni superiore al dato medio regionale; • Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale; • Numero dimissioni volontarie per trasferimento presso un'altra udo non in linea il dato medio regionale; • Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale; • Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza.

Scheda Consulori Familiari

Tipologia UDO	% Controlli per ogni categoria	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo		Indicatori di rischio per ulteriori controlli richiesti da ACSS
		Casistiche controllo	Numero minimo Fasas da controllare	
Consultori Familiari	2,5% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (almeno 1% dalla lettera a) alla k) 1% Autocontrollo	a) Nuovi utenti; b) con prestazioni ad alta integrazione socio sanitaria contemplate dalla DGR 6131/2017, con codici: 101-102-001-003-801-802; c) utenti minori con prestazioni previste dalla legge 194/78; d) criteri territoriali.	Non è previsto un numero minimo di Fasas.	• Prestazioni medie per utente superiore al dato medio regionale; • Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale; • Numero dimissioni volontarie per trasferimento presso un'altra udo non in linea il dato medio regionale; • Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale; • Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza.

Scheda Misura "RSA APERTA"

Tipologia UDO	% Controlli per ogni categoria	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo		Indicatori di rischio per ulteriori controlli richiesti da ACSS
		Casistiche controllo	Numero minimo Fasas da controllare	
Misura RSA Aperta	8% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (almeno 4% dalla lettera a) alla i) 4% Autocontrollo	a) che abbiano avuto più ricoveri ospedalieri o più accessi al PS (almeno 2 nell'ultimo anno); b) con un periodo di presa in carico superiore a 250 giorni; c) utenti con demenza; d) utenti anziani non autosufficienti; e) distinti per singolo profilo di cura; f) utenti con età inferiore a 65 anni o superiore a 85 anni. g) che nel periodo considerato abbiano frequentato udo sociosanitarie; h) che non beneficino di indennità di accompagnamento; i) che nel periodo considerato abbiano avuto almeno 30 giorni di sospensione del trattamento; j) criteri territoriali. I Fasas da sottoporre a campionamento sono da riferirsi ad ospiti ancora in carico. Del campione di cartelle da verificare dovranno fare parte tutte quelle relative ad utenti che nella Misura, nel corso delle ultime dodici mensilità, hanno assorbito risorse del FSR per un importo maggiore o uguale a euro 6.000.	Non è previsto un numero minimo di Fasas.	• Periodo di presa in carico degli utenti non in linea con il dato medio regionale; • Distribuzione profili utenti non in linea con i dati medi regionali; • Livello di fragilità degli utenti non in linea con i dati medi regionali; • Frequenza ricoveri ospedalieri o accessi PS, superiori al dato medio regionale; • Prestazioni erogate ai singoli utenti, anche con riguardo alle figure professionali, non in linea con i dati medi regionali; • Standard gestionali, anche con riguardo alle singole figure professionali, non in linea con i dati medi regionali; • Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale; • Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale; • Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza.

Scheda Misura "RESIDENZIALITÀ ASSISTITA/LEGGERA"

Tipologia UDO	% Controlli per ogni categoria	Appropriatezza mirata ACSS, Criteri Territoriali ed Autocontrollo		Indicatori di rischio per ulteriori controlli richiesti da ACSS
		Casistiche controllo	Numero minimo Fasas da controllare	
Misura Residenzialità Assistita	8% Criteri mirati ACSS e criteri territoriali (almeno 4% dalla lettera a) alla i) 4% Autocontrollo	a) che abbiano avuto più ricoveri ospedalieri o più accessi al PS (almeno 2 nell'ultimo anno); b) con un periodo di presa in carico superiore a 250 giorni; c) distinti in base ai punteggi delle scale di valutazione applicate; d) utenti con età inferiore a 65 anni o superiore a 85 anni. e) che nel periodo considerato abbiano frequentato udo sociosanitarie; f) che nel periodo considerato abbiano avuto almeno 30 giorni di sospensione del trattamento; g) criteri territoriali. I Fasas da sottoporre a campionamento sono da riferirsi ad ospiti ancora in carico. Del campione di cartelle da verificare dovranno fare parte tutte quelle relative ad utenti che nella Misura, nel corso delle ultime dodici mensilità, hanno assorbito risorse del FSR per un importo maggiore o uguale a euro 6.000.	Non è previsto un numero minimo di Fasas.	• Periodo di presa in carico degli utenti non in linea con il dato medio regionale; • Livello di fragilità degli utenti non in linea con i dati medi regionali; • Frequenza ricoveri ospedalieri o accessi PS, superiori al dato medio regionale; • Standard gestionali, anche con riguardo alle singole figure professionali, non in linea con i dati medi regionali; • Qualità, completezza e coerenza dei flussi informativi aziendali non in linea con la media regionale; • Numero segnalazioni/lamentele superiore al dato medio regionale; • Verificarsi di altre situazioni per cui si possa ritenere non adeguato il livello dell'assistenza.

Volumi regionali di attività

In questo paragrafo sono riportati alcuni dati relativi ai volumi di attività ADI, ADP, APA e PPIP a livello Regionale e di ATS. I dati riportati nelle tabelle sono relativi all'**attività erogata nel corso del 2016** (salvo diversamente indicato).

Tabella 1 – Dati riepilogativi su ADI, ADP e PPIP e spesa totale 2016 in Regione Lombardia (MMG):

[Fonte: Elaborazione DGW da DWH Regionale]

PRESTAZIONE	TARIFFA/ACCESSO	COSTO TOTALE RL 2016
ADI	18,90 €	2.802.813,30
ADP	18,90 €	13.059.509,95
PPIP		3.469.617,55

Tabella 2 – Dati riepilogativi su ADI, ADP, APA e PPIP e spesa totale 2016 in Reg. Lombardia (PLS):

[Fonte: Elaborazione DGW da DWH Regionale]

PRESTAZIONE	TARIFFA/ACCESSO	COSTO TOTALE RL 2016
ADI	18,90 €	24.740,10
ADP	18,90 €	13.059,90
APA	18,90 €	1.035.946,80
PPIP		6.069.277,09

Tabella 3 – spesa per ADI e ADP erogata da MMG, suddivisa per ATS (attività erogata nel 2016):

[Fonte: Elaborazione DGW da DWH Regionale]

	Spesa tot per ADI MMG [€]	Spesa tot per ADP MMG [€]
ATS Milano	500.528,70	3.049.692,39
ATS Insubria	442.656,90	2.023.303,83
ATS Montagna	209.865,60	624.339,04
ATS Brianza	85.579,20	2.346.006,28
ATS Bergamo	862.709,40	1.418.287,91
ATS Brescia	273.142,80	1.581.979,83
ATS Val Padana	302.154,30	1.295.040,16
ATS Pavia	126.176,40	720.860,51
TOTALE REGIONE LOMBARDIA	2.802.813,30	13.059.509,95

Tabella 4 –ADI, ADP e APA erogata da PLS, suddivisa per ATS (attività erogata nel 2016):
[Fonte: Elaborazione DGW da DWH Regionale]

	Spesa tot per ADI PLS	Spesa tot per ADP PLS	Spesa tot per APA PLS
	[€]	[€]	[€]
ATS Milano	2.608,20	1.115,10	305.386,20
ATS Insubria	0	1.757,70	74.295,90
ATS Montagna	75,60	113,40	17.085,60
ATS Brianza	1.152,90	529,20	178.397,10
ATS Bergamo	6.331,50	94,50	148.383,90
ATS Brescia	9.015,30	8.221,50	149.499,00
ATS Val Padana	5.556,60	680,40	126.762,30
ATS Pavia	0	548,10	36.136,80
TOTALE REGIONE LOMBARDIA	24.740,10	13.059,90	1.035.946,80

Tabella 5 – PPIP erogate da MMG e PLS, suddivise per ATS (attività erogata nel 2016):
[Fonte: Elaborazione DGW da DWH Regionale]

	Spesa tot per PPIP MMG	Spesa tot per PPIP PLS
	[€]	[€]
ATS Milano	640.084,00	2.230.155,71
ATS Insubria	707.007,81	415.614,99
ATS Montagna	208.441,34	164.376,37
ATS Brianza	497.695,96	1.125.638,14
ATS Bergamo	401.293,09	725.559,91
ATS Brescia	426.705,06	754.513,54
ATS Val Padana	389.360,89	315.885,93
ATS Pavia	199.029,40	337.532,50
TOTALE REGIONE LOMBARDIA	3.469.617,55	6.069.277,09

1. Rilevazione tempi di attesa, controlli ex-ante ed ex-post

La normativa vigente individua una serie di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera da sottoporre a monitoraggio per garantire il rispetto dei **tempi massimi di attesa**, sulla base di definite classi di priorità:

- U = urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore);
- B = entro 10 giorni;
- D= entro 30 giorni per le prime visite e 60 giorni per i primi accessi di diagnostica strumentale;
- P = programmabile, in quanto il TdA per l'erogazione non influenza lo stato clinico/prognosi del paziente.

Regione Lombardia, tramite l'approvazione del **PRGLA**, ha individuato i tempi massimi di attesa per un set definito di prestazioni relative a: **specialistica ambulatoriale, ricovero e radioterapia**.

Non rientrano nel calcolo dei TdA le **visite e gli esami di controllo**, le cui tempistiche vengono definite dal MMG o dallo specialista sulla base di criteri clinici e dei piani diagnostico terapeutici.

I **flussi** che tracciano i TdA possono essere ricondotti essenzialmente a due tipologie:

Rilevazione “ex-ante” o prospettica: è il TdA calcolato come differenza tra la data di erogazione prospettata e la data in cui l'utente si rivolge alla struttura per prenotare la prestazione (punto di vista dell'utente) all'interno di un periodo temporale circoscritto (giorno o settimana indice)	Fornisce informazioni puntuali e in tempi brevi alle Aziende che possono identificare tempestivamente le situazioni problematiche e predisporre azioni correttive prima che si generino esiti significativi sull'utenza e sul sistema stesso. I limiti di questo approccio sono riconducibili a: 1. analisi effettuate su un campione e non sulla totalità delle prestazioni oggetto di monitoraggio; 2. possibilità che l'erogatore disattenda la data prospettata e che il tempo di attesa effettivo dell'utente non coincida con quanto rilevato nel giorno (o settimana) indice.
Rilevazione “ex-post” o retrospettiva: è il TdA calcolato come differenza tra la prima data prospettata (o, quando non presente, la data di erogazione effettiva) e la data in cui l'utente si rivolge alla struttura per	Permette alle ATS, preposte al governo dei TdA per il territorio di competenza, e a DG Welfare per una visione globale sulla Regione, di conoscere in modo esaustivo e completo il percorso del paziente. Si verifica in questo modo l'effettiva possibilità di accesso alle prestazioni, ambulatoriali e di ricovero, entro il tempo

prenotare la prestazione (punto di vista del sistema)	ritenuto idoneo al momento della prescrizione (individuazione del bisogno di salute). Limiti: a causa della complessità organizzativa e delle caratteristiche dei processi informatici, e dei tempi di erogazione, tali dati sono disponibili con un importante ritardo rispetto al manifestarsi dell'evento in esame.
---	---

Entrambi i metodi di rilevazione presentano punti di forza e di criticità, per questa ragione è necessario utilizzare un sistema di monitoraggio che integri le informazioni derivanti da flussi diversi ai fini di una più efficiente ed efficace azione di governo sui tempi di attesa.

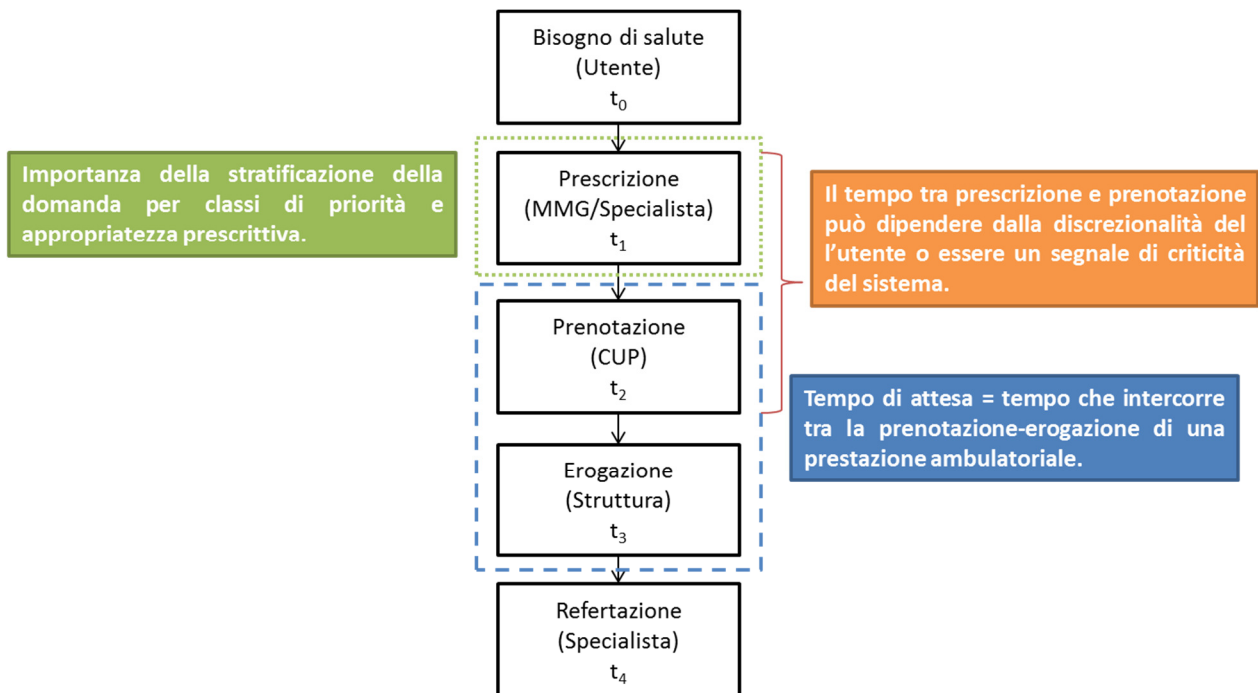
I flussi relativi ai tempi di attesa implementati in Regione Lombardia sono i seguenti:

Rilevazione	Prestazioni ambulatoriali	Ricoveri programmati
Ex-ante	MTA regionale	MTA regionale
	MTA ministeriale (ALPI)	MTA ministeriale (ALPI)
	MOSA	MOSA
Ex-post	28 SAN	SDO

Ad oggi, ACSS accede solo ai flussi ex-post.

2. Processo erogativo delle Prestazioni Ambulatoriali

Nella rilevazione “ex-post”, generalmente il TdA di una prestazione è il tempo che intercorre tra la data di prenotazione di una prestazione e la data di effettuazione della prestazione stessa. Il percorso dell'utente inizia nel momento in cui viene percepito un problema di salute (t_0) e termina con la compilazione e trasmissione del referto (t_4).

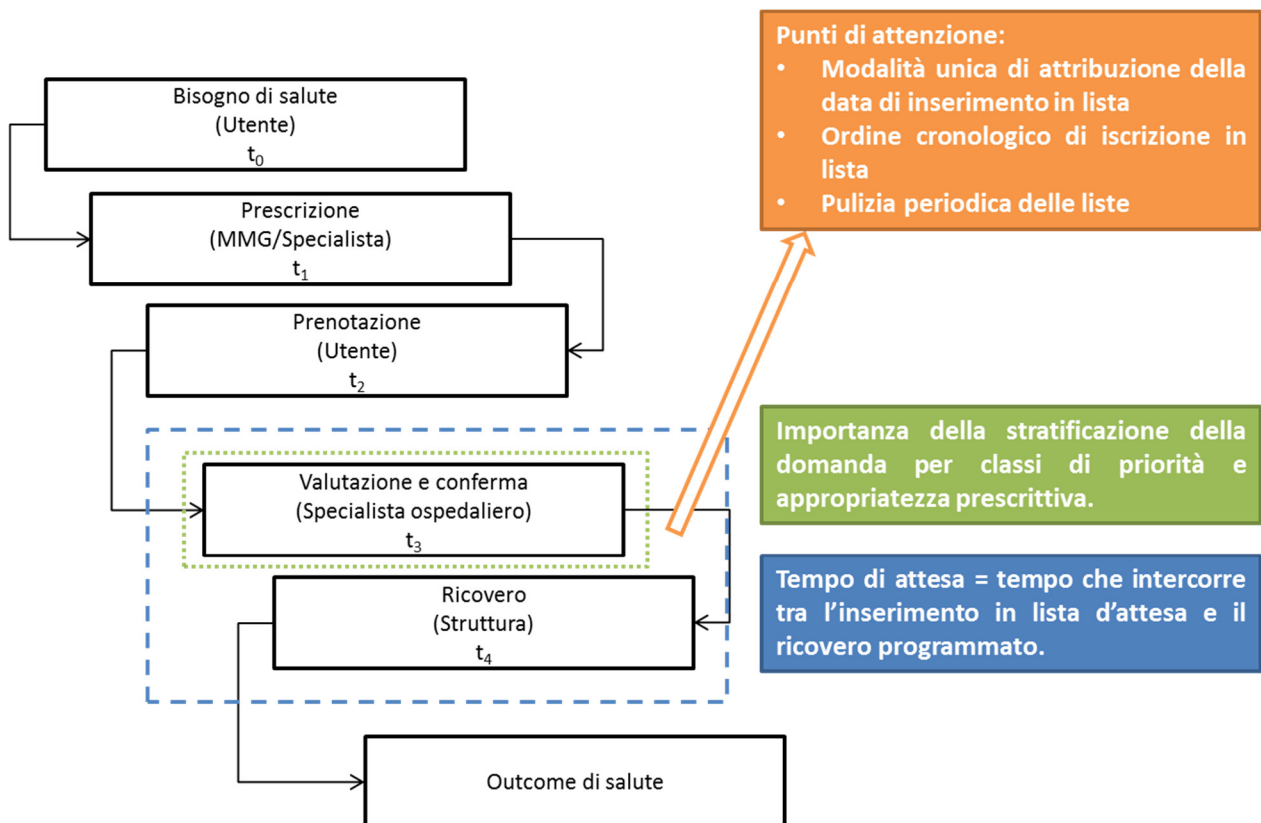


Ad oggi, **per le finalità di controllo il tempo considerato è quello relativo al tempo intercorso tra la prenotazione e l'erogazione ($t_3 - t_2$).**

Non può comunque essere trascurata, nella valutazione complessiva del processo, l'importanza della stratificazione della domanda per classi di priorità e dell'appropriatezza della prescrizione da parte del MMG / Specialista al tempo t_1 , oltre che le preferenze espresse dal cittadino (libertà di scelta).

3. Processo erogativo dei ricoveri programmati

Nella rilevazione “ex-post”, generalmente il TdA di un ricovero programmato è il tempo che intercorre tra la data di prenotazione per intervento chirurgico (= inserimento in lista) e la data di ricovero. Da qui la necessità di definire univocamente la data di prenotazione e la modalità di registrazione della stessa.



Aspetto di notevole importanza, anche se non incide direttamente sulla rilevazione ex-post (ma su quella "ex-ante"), riguarda la **pulizia periodica delle liste d'attesa**.

Soprattutto su liste molto lunghe, accade che il numero di pazienti inseriti in lista non corrisponda al numero effettivo di pazienti in attesa, non consentendo da una parte una corretta stima del tempo di attesa in fase di prenotazione, dall'altra un'adeguata programmazione delle risorse aziendali (sala operatoria).

4. Analisi dei risultati: aspetti metodologici

Sono state effettuate le seguenti operazioni sul dataset per le elaborazioni dei dati:

- 1) **Ricodifica della classe di priorità** secondo la DGR IX/1775 (24/05/2011) per cui:
 - a. Le classi di priorità "GE" (Area Geriatrica), "CV" (Area Cardiovascolare), "ON" (Area Oncologica), "MI" (Area Materno-Infantile) sono state ricondotte alla classe "B";
 - b. La classe di priorità non indicata è stata analizzata come classe "P".
- 2) Si sono **escluse dalle analisi dei TdA le prestazioni per cui il tempo è > a 365 giorni**, in quanto il dato costituisce un'anomalia e impatta sul calcolo dei tempi medi. Verrà comunque data indicazione riguardo alla numerosità di questi dati e all'ATS di appartenenza e struttura inviante.

-
- 3) Dal momento che in classe D sono comprese le prestazioni strumentali che vanno erogate entro 60 giorni e le prestazioni non strumentali che vanno erogate entro 30 giorni, **per il calcolo dei TdA si suddividerà la classe in due sezioni:**
- a. "Ds": "classe D per prestazioni strumentali";
 - b. "Dns": "classe D per prestazioni NON strumentali";
- 4) Per quanto riguarda il gruppo di prestazioni indicato come "Radiografie", si precisa che in realtà sono incluse in questo gruppo anche le risonanze magnetiche.

Nota sui boxplot riportati nel documento

Le **scatole** identificano il 50% dei casi (quelli che cadono tra il 25° al 75° percentile). Più sono piccole più si può dire che ci sia una scarsa variabilità nei risultati, più sono grandi più la variabilità dei risultati è ampia. I pallini al di fuori delle scatole indicano gli outlier.

5. Primo Step – Verifica della Qualità del Dato

Qualità del dato per ente inviante - Esempio per l'ATS 321

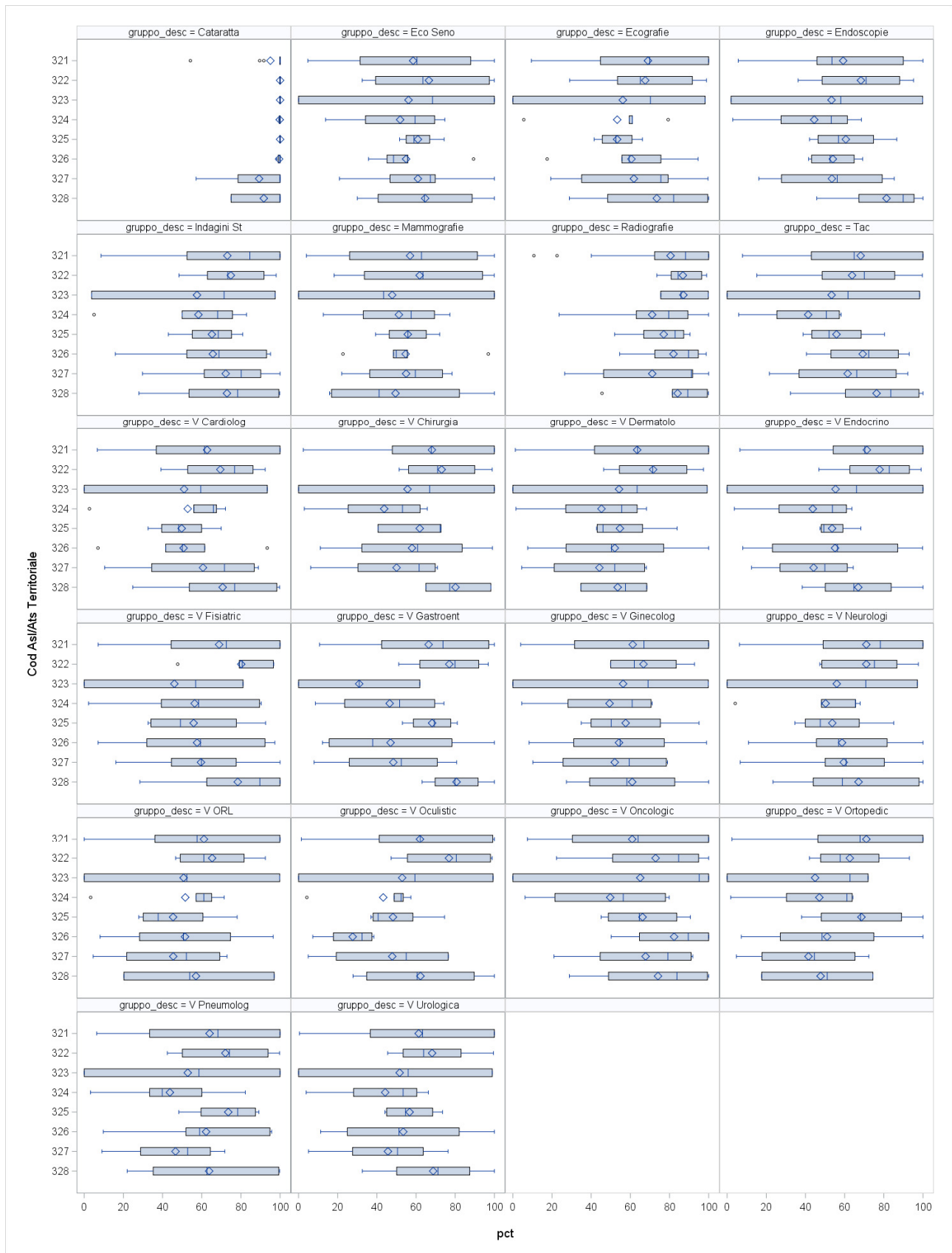
Ente Inviante (ATS 321)		N	NON CALCOLABILE		NEGATIVO		ZERO		VALIDO		T>365	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
321	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	468072	945	0.2	501	0.11	70769	15.12	395668	84.53	189	0.04
701	ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	34778	.	.	.	.	8943	25.71	25729	73.98	106	0.3
702	ASST SANTI PAOLO E CARLO	40225	.	.	2	0	3233	8.04	36856	91.62	134	0.33
703	ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	89466	.	.	262	0.29	29122	32.55	60005	67.07	77	0.09
704	ASST CENTRO SPECIALISTICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO GAETANO PINI/CTO	27189	.	.	.	.	4588	16.87	22592	83.09	9	0.03
705	ASST OVEST MILANESE	96455	.	.	106	0.11	18144	18.81	77260	80.1	945	0.98
706	ASST RHODENSE	63355	.	.	.	.	10595	16.72	52732	83.23	28	0.04
707	ASST NORD MILANO	135779	.	.	5	0	44122	32.5	91637	67.49	15	0.01
708	ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	64164	.	.	.	.	21762	33.92	42394	66.07	8	0.01
709	ASST DI LODI	51079	.	.	.	.	15768	30.87	35285	69.08	26	0.05
922	ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI- MI	5817	.	.	.	.	4239	72.87	1577	27.11	1	0.02
923	ISTITUTO NEUROLOGICO BESTA - MI	2858	.	.	.	.	31	1.08	2826	98.88	1	0.03
925	FONDAZIONE IRCCS OM POLICLINICO MANGIAGALLI REGINA ELENA	57731	.	.	.	.	20108	34.83	37069	64.21	554	0.96
934	FOND. MONZINO - CENTRO CARDIOLOGICO- MI	6125	.	.	.	.	763	12.46	5298	86.5	64	1.04
935	S. RAFFAELE- MI	56714	7	0.01	.	.	169	0.3	54969	96.92	1569	2.77
936	OSPEDALE S. LUCA - MI	18558	.	.	.	.	2024	10.91	16530	89.07	4	0.02
937	PRO JOVENTUDE DON C. GNOCCHI - MI	11282	.	.	.	.	1305	11.57	9975	88.42	2	0.02
941	ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	25396	.	.	1	0	12154	47.86	11248	44.29	1993	7.85
943	ISTITUTO CLINICO HUMANITAS - ROZZANO	17420	.	.	.	.	2816	16.17	14558	83.57	46	0.26
946	ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI S.P.A. - MILANO	22149	.	.	.	.	25	0.11	22122	99.88	2	0.01
947	ISTITUTO POLICLINICO SAN DONATO MILANESE	18420	2169	11.78	.	.	265	1.44	15971	86.7	15	0.08
948	MULTIMEDICA HOLDING SPA- SESTO S.G.	7819	.	.	.	.	260	3.33	7541	96.44	18	0.23
949	I.R.C.C.S. "FOND.NE S.MAUGERI - IST. DI RIABILITAZIONE	460	.	.	.	.	23	5	437	95	.	.
950	SAN RAFFAELE TURRO	9932	.	.	.	.	128	1.29	9634	97	170	1.71

Qualità del dato – Assenza di data prospettata per ente inviante

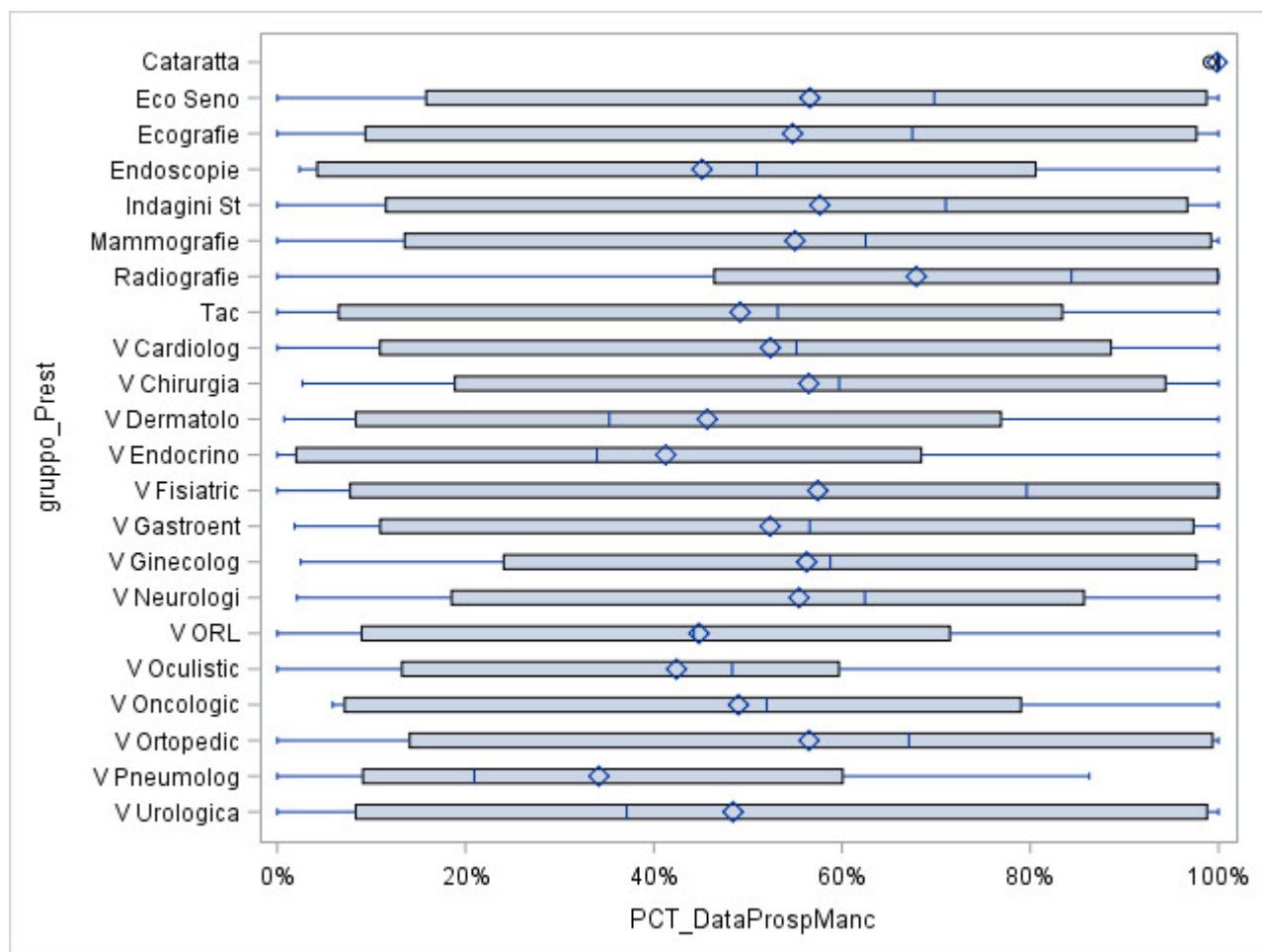
ATS	Descr_Ente_Inviante	N Prestazioni	N Prestazioni con Data Prosp mancante	%Data Prosp mancante
321	ASST CENTRO SPECIALISTICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO GAETANO PINI/CTO	27189	8024	30%
321	ASST DI LODI	51079	25815	51%
321	ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	89466	23501	26%
321	ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	34778	14070	40%
321	ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	64164	56194	88%
321	ASST NORD MILANO	135779	89244	66%
321	ASST OVEST MILANESE	96455	25834	27%
321	ASST RHODENSE	63355	26628	42%
321	ASST SANTI PAOLO E CARLO	40225	19868	49%
321	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	468072	152145	33%
321	FOND. MONZINO - CENTRO CARDIOLOGICO- MI	6125	1337	22%
321	FONDAZIONE IRCCS OM POLICLINICO MANGIAGALLI REGINA ELENA	57731	0	0%
321	I.R.C.C.S. "FOND.NE S.MAUGERI - IST. DI RIABILITAZIONE	460	0	0%
321	ISTITUTO CLINICO HUMANITAS - ROZZANO	17420	6525	37%
321	ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	25396	22984	91%
321	ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI- MI	5817	4762	82%
321	ISTITUTO NEUROLOGICO BESTA - MI	2858	53	2%
321	ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI S.P.A. - MILANO	22149	0	0%
321	ISTITUTO POLICLINICO SAN DONATO MILANESE	18420	10	0%
321	MULTIMEDICA HOLDING SPA-SESTO S.G.	7819	0	0%
321	OSPEDALE S. LUCA - MI	18558	681	4%
321	PRO JOVENTUDE DON C. GNOCCHI - MI	11282	1374	12%
321	S. RAFFAELE- MI	56714	0	0%
321	SAN RAFFAELE TURRO	9932	0	0%
322	ASST DEI SETTE LAGHI	81609	1828	2%
322	ASST DELLA VALLE OLONA	66118	27008	41%
322	ASST LARIANA	51820	25826	50%
322	ATS DELL'INSUBRIA	266214	73722	28%
322	FONDAZIONE CLINICA DEL LAVORO - TRADATE	2986	238	8%
323	ASST DELLA VALCAMONICA	21472	17218	80%
323	ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	42551	14188	33%
323	ATS DELLA MONTAGNA	22404	768	3%
324	ASST DI LECCO	59300	54541	92%
324	ASST DI MONZA	54892	19206	35%
324	ASST DI VIMERCATE	40627	13368	33%
324	ATS DELLA BRIANZA	156382	56216	36%
324	FONDAZIONE S. MAUGERI - LISSONE	364	35	10%
324	INRCA CENTRO PER LE BRONC. - CASATENOV	5920	1082	18%
324	IST.SCIENT. E. MEDEA - BOSISIO PARINI	1779	745	42%
325	ASST DI BERGAMO EST	43727	23630	54%
325	ASST DI BERGAMO OVEST	41266	15468	37%
325	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	53785	23508	44%

ATS	Descr_Ente_Inviante	N Prestazioni	N Prestazioni con Data Prosp mancante	%Data Prosp mancante
325	ATS DI BERGAMO	214929	50279	23%
326	ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	78246	23798	30%
326	ASST DEL GARDA	42890	35324	82%
326	ASST DELLA FRANCIACORTA	35269	12351	35%
326	ATS DI BRESCIA	172289	58395	34%
326	FONDAZIONE CLINICA DEL LAVORO - GUSSAGO	3639	270	7%
326	OSP.LE SACRO CUORE F.B.F. - BRESCIA	380	42	11%
327	ASST DI CREMA	29389	5684	19%
327	ASST DI CREMONA	31410	7350	23%
327	ASST DI MANTOVA	77906	63956	82%
327	ATS DELLA VAL PADANA	142062	78627	55%
327	FOND.CL.LAV.-PV-RRF CASTELGOFFREDO	2690	1	0%
328	ASST DI PAVIA	55442	37555	68%
328	ATS DI PAVIA	56614	9467	17%
328	FOND. CL. DEL LAVORO - MONTECANO	4924	29	1%
328	FOND. CLINICA DEL LAVORO - PAVIA	5189	10	0%
328	FONDAZIONE S. MAUGERI - PAVIA	72	0	0%
328	ISTITUTO MONDINO - PAVIA	4423	1620	37%
328	POLICLINICO S. MATTEO - PV	29235	12344	42%

Qualità del dato – Boxplot mostra variabilità di assenza della data prospettata per ATS e per gruppo di prestazioni



**Qualità del dato – Assenza di data prospettata per un gruppo di prestazioni – es: ATS 324
(per struttura)**



Cod_Struttura	gruppo_Prest	N	N_Miss	PCT_DataProspManc
324000995	Eco Mammella	42	42	100%
324000995	Ecografie	669	669	100%
324000995	Mammografie	50	50	100%
324000995	Radiografie	794	794	100%
324000997	V Dermatolo	475	42	9%
324000997	V Fisiatric	717	181	25%
324000998	Eco Mammella	342	0	0%
324000998	Ecografie	2632	0	0%
324000998	Indagini St	1046	0	0%
324000998	Mammografie	344	0	0%
324000998	Radiografie	4336	0	0%
324000998	Tac	381	0	0%
324000998	V Cardiolog	253	0	0%
324000998	V Ortopedic	132	0	0%
324001009	Ecografie	244	80	33%
324001009	Indagini St	248	69	28%
324001009	V Cardiolog	168	32	19%
324001009	V Chirurgia	2	1	50%
324001009	V Dermatolo	359	121	34%

Cod_Struttura	gruppo_Prest	N	N_Miss	PCT_DataProspManc
324001009	V Endocrino	53	18	34%
324001009	V Fisiatric	261	81	31%
324001009	V Gastroent	41	5	12%
324001009	V Ginecolog	428	103	24%
324001009	V Neurologi	99	25	25%
324001009	V ORL	292	77	26%
324001009	V Oculistic	686	191	28%
324001009	V Ortopedic	210	68	32%
324001009	V Pneumolog	56	24	43%
324001009	V Urologica	110	17	15%
324001020	Eco Mammella	45	43	96%
324001020	Ecografie	683	667	98%
324001020	Indagini St	510	500	98%
324001020	Mammografie	26	25	96%
324001020	Radiografie	588	581	99%
324001020	Tac	158	146	92%
324001020	V Cardiolog	351	348	99%
324001020	V Chirurgia	75	73	97%
324001020	V Dermatolo	341	341	100%
324001020	V Endocrino	269	266	99%
324001020	V Gastroent	64	63	98%
324001020	V Ginecolog	62	62	100%
324001020	V Neurologi	290	289	100%
324001020	V ORL	509	498	98%
324001020	V Oculistic	376	374	99%
324001020	V Ortopedic	431	431	100%
324001020	V Urologica	165	163	99%
324001021	Ecografie	40	40	100%
324001021	V Endocrino	2	2	100%
324001021	V Ginecolog	187	187	100%
324001021	V Urologica	2	2	100%
...				
...				
...				

6. Secondo Step: Tempi di Attesa
Tempi di Attesa per gruppo di prestazione e classe di priorità - Esempio per l'ATS 324

Gruppo Prestazioni	Classe P	N Prest	TA Medio	TA Medio RL	% Entro soglia (B+D)	Delta "Entro soglia" vs RL	% Med Entro soglia RL (B+D)
Cataratta	B	1	142	102	71.4	-4.0	75.5
	Ds	6	31	43	71.4	-4.0	75.5
	P	1811	106	84	73.6	-7.8	81.4
Ecografia Mammella	U	414	4	2	69.3	-12.7	82.1
	B	364	6	8	81.9	-6.8	88.7
	Ds	1277	47	28	81.9	-6.8	88.7
	P	5895	57	49	87.0	-5.1	92.1
Ecografie	U	3923	3	2	72.9	-9.9	82.8
	B	2924	6	8	91.9	1.4	90.5
	Ds	8892	21	20	91.9	1.4	90.5
	P	40420	31	32	97.4	0.7	96.7
Endoscopie	U	580	7	4	49.8	-17.9	67.8
	B	625	9	9	83.0	-4.2	87.2
	Ds	1461	30	22	83.0	-4.2	87.2
	P	5541	38	34	96.4	-0.6	96.9
Indagini Strumentali	U	1740	3	2	73.1	-8.2	81.2
	B	1938	6	7	93.9	2.1	91.8
	Ds	6539	18	18	93.9	2.1	91.8
	P	37182	25	27	97.9	0.3	97.6
Mammografie	U	277	3	3	82.7	-0.5	83.2
	B	207	5	8	80.0	-8.5	88.5
	Ds	1165	49	28	80.0	-8.5	88.5
	P	5879	58	50	85.4	-6.2	91.6
Radiografie	U	2607	3	2	79.0	-9.5	88.5
	B	1889	5	5	97.6	0.2	97.4
	Ds	9156	6	8	97.6	0.2	97.4
	P	53642	7	11	99.7	0.2	99.4
Tac	U	2153	5	4	57.3	-11.1	68.4
	B	1423	8	7	83.7	-5.9	89.6
	Ds	1490	14	15	83.7	-5.9	89.6
	P	5297	19	25	98.3	0.4	97.9
V Cardiologica	U	975	3	2	74.6	-7.2	81.8
	B	900	6	7	80.8	-1.4	82.2
	Dns	2047	23	19	80.8	-1.4	82.2
	P	6805	35	30	96.2	-1.6	97.8
V Chirurgia Vascolare	U	253	3	2	69.2	-9.4	78.6
	B	169	7	7	80.1	-4.5	84.6
	Dns	208	16	17	80.1	-4.5	84.6

Gruppo Prestazioni	Classe P	N Prest	TA Medio	TA Medio RL	% Entro soglia (B+D)	Delta "Entro soglia" vs RL	% Med Entro soglia RL (B+D)
	P	987	25	23	99.3	0.0	99.3
V Dermatologica	U	753	4	2	54.6	-23.4	78.0
	B	765	7	8	76.8	-1.7	78.5
	Dns	2365	23	22	76.8	-1.7	78.5
	P	8824	57	35	96.8	-1.0	97.8
V Endocrinologica	U	336	4	3	60.7	-12.1	72.8
	B	311	7	8	77.4	-4.3	81.8
	Dns	731	22	20	77.4	-4.3	81.8
	P	3265	32	38	98.8	2.4	96.4
V Fisiatrica	U	339	6	3	46.0	-27.6	73.6
	B	716	7	8	80.8	0.0	80.9
	Dns	2853	23	20	80.8	0.0	80.9
	P	9267	36	29	97.8	0.1	97.7
V Gastroenterologica	U	184	3	3	76.6	3.9	72.7
	B	195	5	9	80.6	4.5	76.1
	Dns	337	29	22	80.6	4.5	76.1
	P	1485	43	39	95.2	-1.8	97.0
V Ginecologica	U	165	2	2	84.2	1.1	83.2
	B	169	4	6	88.1	4.4	83.7
	Dns	749	17	18	88.1	4.4	83.7
	P	6666	33	32	96.8	-0.8	97.6
V Neurologica	U	851	3	3	68.7	-5.0	73.7
	B	774	9	9	77.8	-0.1	77.9
	Dns	1294	20	21	77.8	-0.1	77.9
	P	4589	34	34	97.6	0.1	97.5
V Oculistica	U	774	4	2	59.2	-23.7	82.9
	B	710	6	8	78.1	-0.7	78.7
	Dns	2740	31	25	78.1	-0.7	78.7
	P	13066	62	42	93.5	-1.3	94.7
V Oncologica	U	233	3	2	100.0	18.7	81.3
	B	106	6	5	89.4	-6.4	95.8
	Dns	83	10	6	89.4	-6.4	95.8
	P	1075	13	13	99.2	-0.1	99.3
V ORL	U	895	2	2	74.3	-8.9	83.2
	B	828	7	7	81.3	-6.0	87.2
	Dns	2346	20	14	81.3	-6.0	87.2
	P	8180	29	23	99.1	-0.2	99.3
V Ortopedica	U	875	3	2	71.1	-10.4	81.5
	B	846	7	8	86.0	3.3	82.6
	Dns	2180	19	17	86.0	3.3	82.6
	P	8792	32	29	98.8	0.3	98.5
V Pneumologica	U	552	2	2	81.0	1.0	80.0
	B	386	7	7	75.7	-1.3	77.1

Gruppo Prestazioni	Classe P	N Prest	TA Medio	TA Medio RL	% Entro soglia (B+D)	Delta "Entro soglia" vs RL	% Med Entro soglia RL (B+D)
	Dns	434	25	23	75.7	-1.3	77.1
	P	1899	33	31	98.5	0.5	98.1
V Urologica	U	685	3	3	74.5	-3.1	77.5
	B	400	6	7	78.3	-2.0	80.3
	Dns	755	25	21	78.3	-2.0	80.3
	P	2758	39	32	94.1	-3.4	97.5

FORMAT da utilizzare come base per il report annuale ad ACSS Prestazioni Ambulatoriali

Indicatore valutato	Strutture selezionate	Tipologia di controlli effettuati	Esiti	Strutture escluse	Causali di esclusione
% prime date prospettate					
% tempi di attesa pari a 0					
ecc					

Legenda:

- Indicatore valutato: indicatore che ha indirizzato il controllo sulla struttura erogatrice
- Strutture selezionate: sulla base dell'indicatore precedentemente indicato
- Tipologia di controlli effettuati
- Esiti: ed eventuali azioni correttive implementate
- Strutture escluse: per le quali non si è ritenuto di procedere ad un controllo mirato sulla base dell'indicatore proposto
- Causali: dell'esclusione, soprattutto se l'indicatore registrava un valore significativamente differente dalla media regionale

FORMAT da utilizzare come base per il report annuale ad ACSS Prestazioni Ambulatoriali

Struttura	Intervento critico	Numero di interventi effettuati	Numero di interventi entro soglia per la classe di priorità assegnata	Giorni medi di attesa	Flusso di rilevazione	Eventuali incongruenze con altri flussi

Legenda:

- Struttura: ente presso cui viene effettuata la procedura
- Intervento critico: descrizione procedura per cui si registra una criticità rispetto ai tempi di attesa
- Numero di interventi effettuati: numero degli interventi complessivamente effettuati all'interno dell'azienda
- Numero di interventi entro soglia per la classe di priorità assegnata: numero degli interventi effettuati entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità assegnata
- Giorni medi di attesa: giorni medi di attesa per l'utente che deve essere sottoposto alla procedura
- Flusso rilevazione: MTA o Flusso SDO
- Eventuali incongruenze: eventuali incongruenze tra i valori rendicontati nel Flusso SDO e Rilevati nel Flusso MTA.

FORMAT da utilizzare come base per il report annuale ad ACSS Prestazioni Ambulatoriali in Libera Professione Intramuraria

Strutture in cui si evidenzia uno scostamento	% volume di prestazioni in ALPI	% volume di prestazioni in 28SAN	Tipologia di controlli effettuati	Esiti	Tipologia prestazioni non rendicontate

Legenda:

- Strutture su cui si evidenzia uno scostamento: tra i volumi di libera professione intramoenia dichiarati in ALPI e rendicontati in 28SAN nello stesso periodo temporale
- % volume di prestazione in ALPI
- % volume di prestazione in 28SAN
- Tipologia di controlli effettuati
- Esiti: ed eventuali azioni correttive implementate
- Tipologia di prestazioni non rendicontate: le prestazioni assenti in 28SAN o in ALPI sono riconducibili ad ambiti specifici e/o tipologie più frequenti di prestazioni, ecc

FORMAT RICOVERI PROGRAMMATI

Struttura	Intervento critico	Numero di interventi effettuati	Numero di interventi entro soglia per la classe di priorità assegnata	Giorni medi di attesa	Flusso di rilevazione	Eventuali incongruenze con altri flussi

Legenda:

- Struttura: ente presso cui viene effettuata la procedura
- Intervento critico: descrizione procedura per cui si registra una criticità rispetto ai tempi di attesa
- Numero di interventi effettuati: numero degli interventi complessivamente effettuati all'interno dell'azienda
- Numero di interventi entro soglia per la classe di priorità assegnata: numero degli interventi effettuati entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità assegnata
- Giorni medi di attesa: giorni medi di attesa per l'utente che deve essere sottoposto alla procedura
- Flusso rilevazione: MTA o Flusso SDO
- Eventuali incongruenze: eventuali incongruenze tra i valori rendicontati nel Flusso SDO e Rilevati nel Flusso MTA

RILEVAZIONE DELLA QUALITA' PERCEPITA

Richiami normativi

Tra i diversi ambiti regionali di regolamentazione della Customer Satisfaction (CS), si richiamano:

- I requisiti di accreditamento (DGR VI/38133/98): i requisiti organizzativi generali prevedono *'...la presenza, in almeno il 20% delle unità operative, di un sistema di indagine per la valutazione della soddisfazione degli utenti e degli operatori, basato sulla distribuzione, raccolta ed elaborazione di questionari, reclami e interviste pari al 10% dei pazienti trattati nella singola U.O. in ogni semestre'*;
- Gli indirizzi per la rilevazione della qualità percepita forniti nel 2002 (DGRVII/8504/2002) e successive revisioni DGSan redatte col supporto di Gruppi di Lavoro dedicati (DDG 14890/2006, DDG 282/2009, varie circolari DG San);
- Le Regole di Sistema: dal 2009 a tutt'oggi, le Regole ribadiscono la necessità di utilizzare in modo integrato i dati dei Questionari di CS e delle Segnalazioni, affinché le informazioni ottenute possano divenire strumenti dell'alta dirigenza in una logica finalizzata a realizzare un sistema di *"ascolto della qualità percepita"*.

Sintesi della metodologia di rilevazione

Questionari di CS

Campionamento: in due periodi dell'anno (Aprile-Maggio; Ottobre-Novembre) con modalità *'quota sampling'* e definizione di un numero minimo di Questionari da raccogliere da parte di ogni struttura interessata dalla rilevazione. Il numero è predefinito ai sensi del DDG 14890/2006, in base ai volumi di attività. Ogni struttura è tenuta ad assicurare che la distribuzione dei Questionari interessi tutti i Presidi e le UO, affinché il campione risulti rappresentativo dell'effettiva popolazione di pazienti. **Non esistono altre indicazioni esplicite sui criteri di campionamento a livello regionale (ad es. per età, sesso, scolarità, area, reparto, etc.).**

Strumento di rilevazione: **auto-compilazione** da parte del paziente, in forma anonima, di un Questionario, approvato con DGR VII/8504/2002 e poi revisionato nel DDGSan 14890/2006, in particolare:

- a. Questionario Area Degenza, da somministrare poco prima della dimissione;
 - b. Questionario Area Ambulatoriale, da somministrare al termine della prestazione;
- entrambi i Questionari (vedi DDG 14890/2006) sono costituiti da un numero definito di domande (item) su diverse aree indagate; le risposte si basano su una scala Likert a valori crescenti, da 1=per niente soddisfatto a 7=molto soddisfatto. È prevista anche la rilevazione di alcuni dati anagrafici e relativi alla struttura erogatrice.

Sistema di reporting: **non esiste un Flusso Informativo strutturato**, ma solo un Debito Informativo dagli erogatori verso le ATS, e dalle ATS verso la DG Welfare.

Segnalazioni

Le Segnalazioni (siano esse Reclami, Osservazioni, Encomi) sono trasmesse dai cittadini via posta, telefono o di persona agli URP delle strutture erogatrici, che successivamente le inviano alle ATS. Nel 2017, la Regione ha definito un sistema di **classificazione in 13 macro-categorie**, un sistema di *reporting* e un glossario, riportati nella sezione che segue (Circolare DGSan Prot. H1 2007.0053415 del 21.12.2007). Il sistema di reporting prevede l'invio annuale dalle strutture alle ATS di un debito informativo riguardante:

- Le segnalazioni pervenute ai singoli erogatori nell'anno di riferimento;
- Le azioni di miglioramento programmate dagli erogatori, in relazione alle criticità emerse nell'anno di riferimento;
- La verifica dell'attuazione delle azioni di miglioramento programmate l'anno precedente.

Sistema di reporting: non esiste un Flusso Informativo strutturato, ma solo un Debito Informativo dagli erogatori verso le ATS, e dalle ATS verso la DG Welfare.

Incongruenze rilevate nel debito informativo

Sono state rilevate numerose incongruenze o errori nella restituzione del debito informativo pervenuto nel 2016 alla Regione da parte delle ATS, sia per quanto riguarda il Questionario di Customer Satisfaction, sia per quanto riguarda le Segnalazioni (reclami, encomi, azioni di miglioramento). Nel seguito si riportano gli errori più comuni.

Incongruenze nella compilazione del debito

Sono state osservate in tutti i campi, sia nel Questionario della Degenza sia in quello Ambulatoriale, in particolare:

- o 'Codice ATS': codici incompleti, oppure compresenza di codici pre/post-riforma
- o 'Struttura' e 'Azienda': codifiche incomplete o non riconducibili a standard regionali
- o 'Data compilazione': a volte non compresa nei periodi di campionamento definiti da RL, oppure modalità di compilazione non univoca
- o Dati codificati nel campo errato (ad es. la 'data compilazione' è riportata nel campo 'Reparto', etc.)
- o Campi relativi ai vari *items* oggetto di indagine (D01-D12): presenza di caratteri non numerici o non congruenti coi valori attesi (scala Likert da 1 a 7)
- o Campi relativi alla sezione socio-anagrafica dell'utente (valori non congruenti coi valori attesi, caratteri non numerici).

Dati missing

Si osserva una gran quantità di campi non compilati, sia tra gli items di tipo 'D', oggetto di indagine, sia negli altri campi. Non si tratta solo di dati effettivamente non forniti dal paziente, ma frequentemente di mancata compilazione da parte della struttura (ad es. dati sul reparto).

Infine, sia per i Questionari che per le segnalazioni sono stati osservati evidenti effetti di **'trascinamento dei dati' su Excel**.

Indicatori di qualità del dato

Questionario CUSTOMER SATISFACTION (2016)

L'analisi dei dati di CS, ha evidenziato numerose **criticità** relative alla qualità e completezza dei dati. Al fine di verificare come varia tra ATS la 'validità' dei Questionari, l'Agenzia ha conteggiato, per ogni ATS, il numero totale di errori¹ e calcolato un '**Indicatore di Errore**', arbitrariamente definito come:

$$I_E = (N. \text{ Errori} / N. \text{ Questionari}) * 100$$

I_E è stato rilevato sia per i Questionari di area Degenza sia per l'Ambulatoriale, ed è stato calcolato quindi per ogni ATS un Indicatore medio di 'Qualità dei Dati', come:

$$I_{\text{QUALITÀ DATI}} = 100 - (I_E (\text{DEG}) + I_E (\text{AMB})) / 2$$

La **Tabella 1 riporta il ranking** delle ATS rispetto all'Indicatore di Qualità. In Fascia 1 si trovano le ATS con minor numero di errori, ovvero con l'Indicatore di Qualità più alto.

ATS	Indicatore Qualità dei Dati (Questionari Amb. + Deg.)	Fascia di ranking
ATS Brianza ATS Bergamo ATS Pavia	>95	1
ATS Insubria ATS Montagna	95 < x < 80	2
ATS Città Metrop. ATS Brescia	80 < x < 60	3
ATS Val Padana	<60	4

Tabella 1 – Ranking delle ATS per Qualità dei Dati (QUESTIONARI)

Alcuni degli errori riscontrati hanno inficiato la "validità" del Questionario e comportato l'eliminazione del record dal database. È infatti condiviso a livello regionale che i Questionari siano da ritenersi 'validamente' compilati se l'80% delle domande sugli item "D" riporta una risposta valida (ovvero congruente con la scala Likert 1-7). Altri errori, nelle sezioni su anagrafica/struttura di afferenza, etc., non inficiano la validità del questionario secondo quanto stabilito, ma sono stati comunque conteggiati nel calcolo dell'indice di errore.

La sintesi dei questionari pervenuti, eliminati perché non 'validi' (considerando **le sole risposte fornite agli item D**) è riportata nelle tabelle che seguono.

¹ Sono stati conteggiati gli errori riscontrati in tutti i campi del tracciato record e non solo nelle risposte agli item "D". Sono esclusi dal conteggio gli errori relativi ai campi 'codici ATS', 'azienda' e 'struttura' (sebbene siano state riscontrate incongruenze anche in questi campi).

CS Questionari Area Degenza				
ATS	PERVENUTI	ELIMINATI*	ANALIZZATI	% analizzati sul totale
ATS Città Metrop.	42.241	1.340	40.901	97%
ATS Insubria	17.903	1.686	16.217	91%
ATS Montagna	3.171	1.016	2.155	68%
ATS Brianza	13.248	1.228	12.020	91%
ATS Bergamo	12.398	667	11.731	95%
ATS Brescia	15.501	352	15.149	98%
ATS Val Padana	11.672	12	11.660	100%
ATS Pavia	9.564	0	9.564	100%
TOTALE REGIONE	125.698	6.301	119.397	

Tabella 2 – Questionari pervenuti e analizzati – area Degenza [*% di risposte fornite su item D<80%]

CS Questionari Area Ambulatoriale				
ATS	PERVENUTI	ELIMINATI*	ANALIZZATI	% analizzati sul totale
ATS Città Metrop.	109.546	2.511	107.035	98%
ATS Insubria	52.622	405	52.217	99%
ATS Montagna	6.950	306	6.644	96%
ATS Brianza	32.687	1.863	30.824	94%
ATS Bergamo	26.023	3.055	22.968	88%
ATS Brescia	35.302	1.110	34.192	97%
ATS Val Padana	16.383	146	16.237	99%
ATS Pavia	21.345	0	21.345	100%
TOTALE REGIONE	300.858	9.396	291.462	300.858

Tabella 3 – Questionari pervenuti e analizzati – area Degenza [*% di risposte fornite su item D<80%]

Analisi dei dati a livello Regionale

Si riportano nel seguito alcuni risultati sintetici dell'analisi sui Questionari di CS che ACSS ha effettuato, a livello regionale, sui dati 2016 del debito informativo; **i risultati per singola ATS saranno resi disponibili alle ATS a partire dal 2018, e saranno oggetto della Relazione annuale al Consiglio Regionale (prevista dalla L.R. 23/2015, art. 11, comma 4, lettera i).**

Le analisi riportate nel seguito si riferiscono a **119.397** questionari validi per area Degenza, e a **291.462** questionari per l'ambito ambulatoriale.

Si sottolinea la tendenza dei pazienti ad esprimere i valori più alti della scala di gradimento.

Si veda a titolo esemplificativo la risposta alle due domande che richiedono di valutare il grado di soddisfazione complessiva del servizio erogato (media tra item "D11" del Questionario Ambulatoriale e item "D12" del Questionario Degenza; Figura 1; media 6,26; mediana 7; dev st: 0,98).

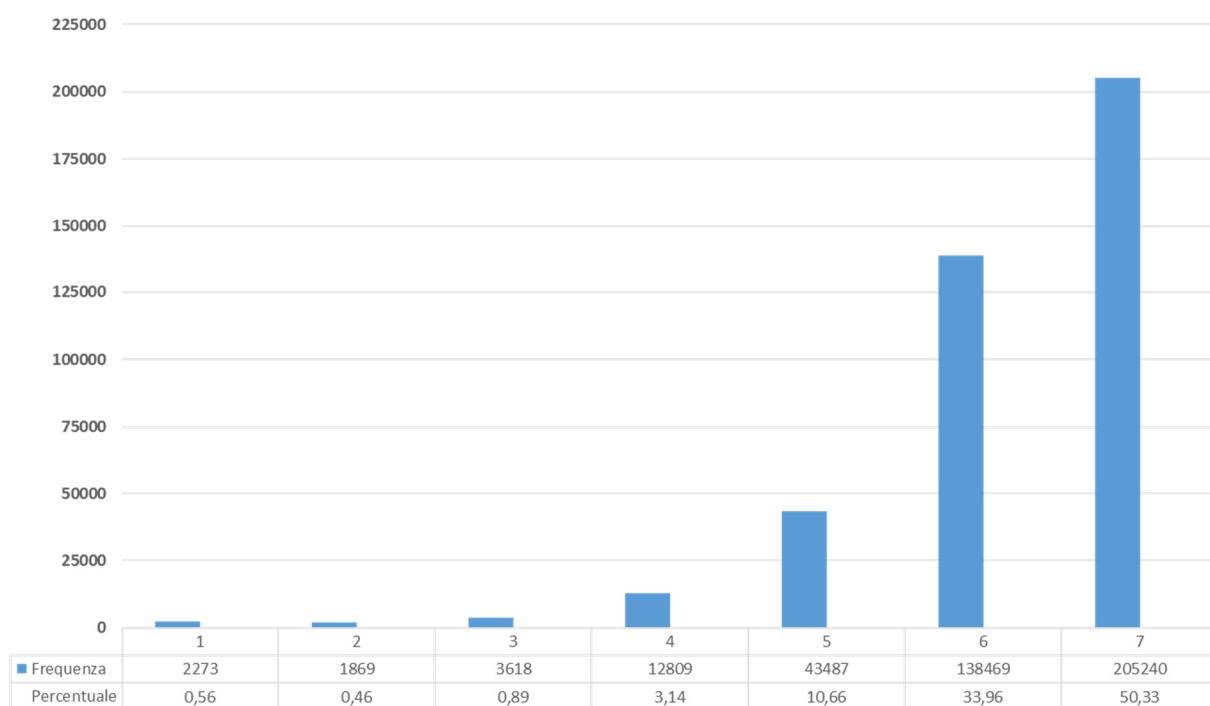


Figura 1 – REGIONE - Soddisfazione complessiva sul servizio (D12 Quest. degenza + D11 Quest. Amb.)

Tale andamento è noto e sembra indicare **un livello effettivamente elevato di soddisfazione**; d'altro canto, la metodologia di raccolta e restituzione dei questionari non consente di identificare potenziali opportunismi/criticità, quali ad esempio:

- la mancanza di terzietà (si tratta di auto-valutazione da parte delle strutture);
- la mancanza di controllo sul campionamento: il debito informativo basato sul 'quota sampling' forza le strutture a raggiungere il numero predeterminato di questionari basato sui volumi di attività pregressa, ma non è possibile verificare se preventivamente all'invio del debito siano stati scartati i questionari con valori più bassi di soddisfazione.

- 5.1 Questionario Area Degenza ordinaria / D.H. (2016)

In tutti gli item 'D' si osservano valori elevati, sempre >6. Come si nota in Figura 3 - che riporta l'andamento regionale medio nelle strutture pubbliche (in arancio) e private accreditate (blu) per singoli ambiti di indagine - la soddisfazione mostra andamento simile sui singoli item, sebbene **le strutture private accreditate si attestino costantemente su valori più alti**. Per entrambe le tipologie, i **'tempi di attesa'** sono l'area con soddisfazione inferiore.

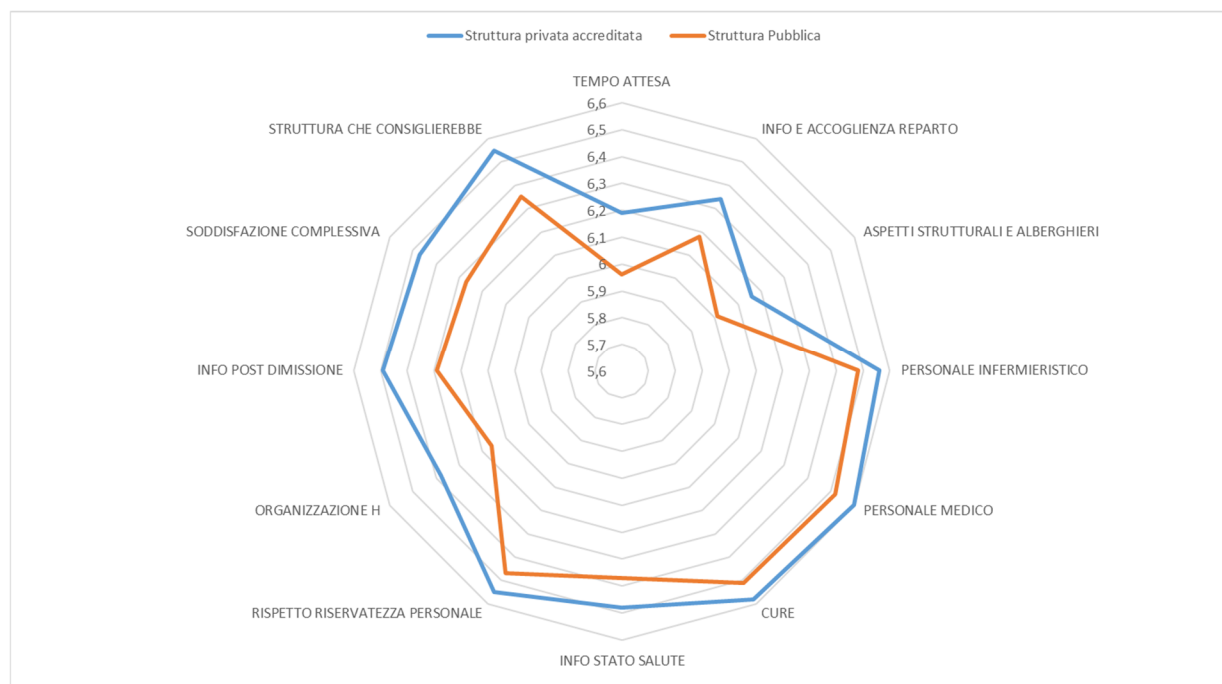


Figura 2 - CS Area Degenza Strutture Pubbliche vs Strutture Private Accreditate

La **Figura 3** sottostante riporta il **trend 2014-2016** della 'soddisfazione complessiva' per le otto ATS, calcolata come media dei punteggi nei singoli item (da D02 a D13). Pur se si tratta di variazioni poco significative dal punto di vista numerico, si osserva un trend in crescita dal 2014 al 2016 nelle ATS Insubria, Montagna, Brescia, Val Padana, e Pavia.

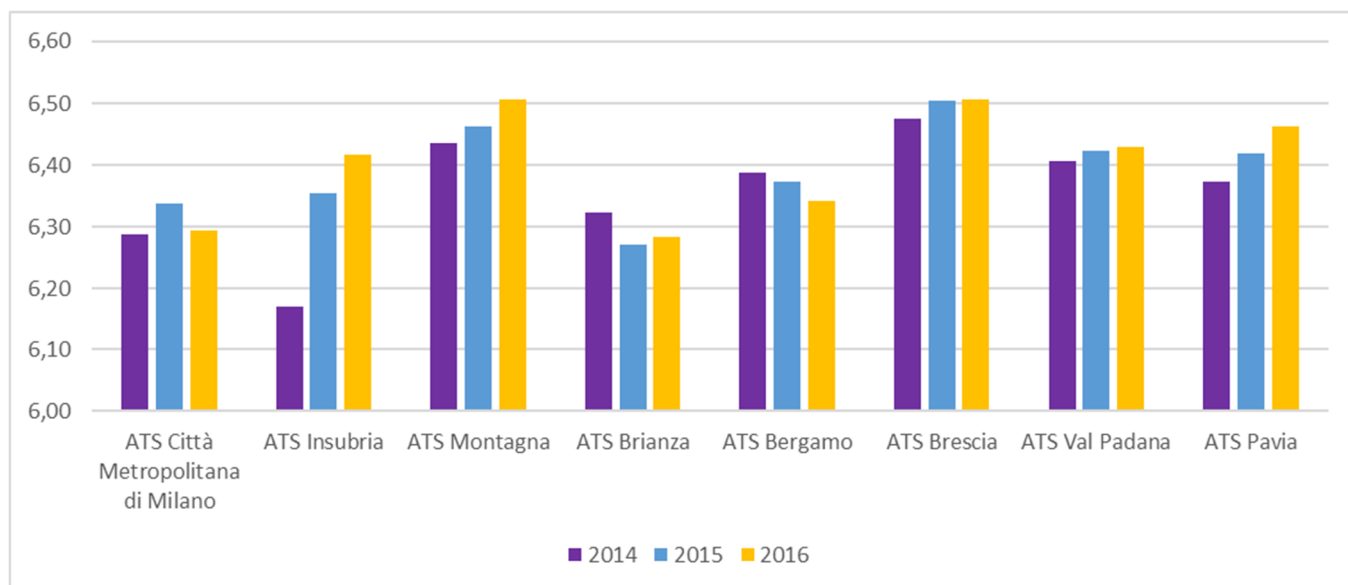


Figura 3 – Questionari di CS Area Degenza – Trend 2014-2016

5.2 Questionario “Area Ambulatoriale” (2016)

Anche per l'area ambulatoriale, in tutti gli *item* si osservano buoni livelli di soddisfazione, compresi tra 5,75 ('tempi d'attesa' - D03) e 6,33 ('rispetto riservatezza personale' - D10).

Il radar della **Figura 4** rappresenta l'andamento regionale medio di soddisfazione sui singoli *item* indagati, rispettivamente nelle strutture pubbliche (in arancio) e private accreditate (in blu). In entrambe le tipologie, i **'tempi d'attesa'** presentano livelli di soddisfazione inferiori rispetto ad altri ambiti (media 5,43 nelle strutture pubbliche e 5,88 nelle private).

Non si rilevano differenze pubblico/privato per la soddisfazione su attività pertinenti alla cura e assistenza (i.e. rispetto riservatezza personale, personale sanitario, informazioni ricevute, personale medico). Si evidenziano invece differenze negli *item* che valutano aspetti gestionali-organizzativi della struttura (tempi d'attesa, rispetto degli orari, comfort e pulizia), con valori di soddisfazione sempre maggiori nelle strutture private.

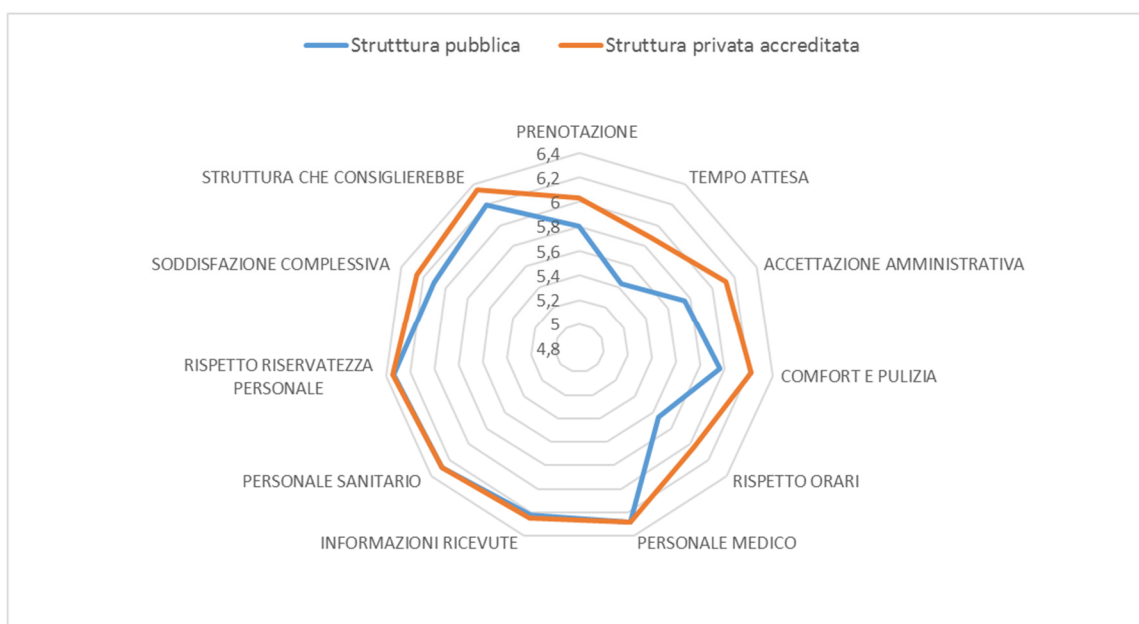


Figura 4 - CS Area Ambulatoriale - Strutture Pubbliche vs Strutture Private

La **Figura 5** riporta, per le otto ATS, il **trend 2014-2016** della 'soddisfazione complessiva', calcolata come media dei punteggi ottenuti nei singoli item (da D02 a D12).

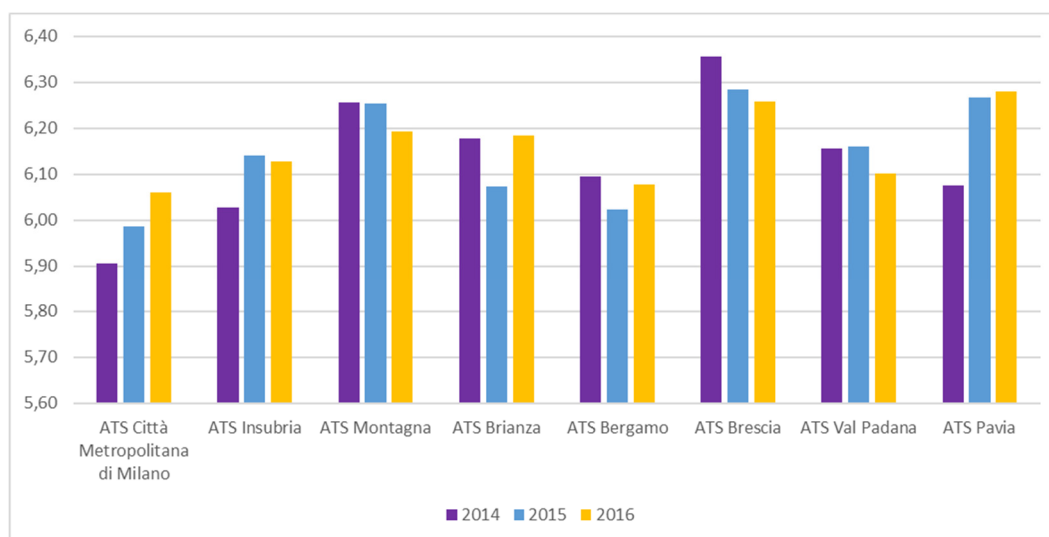


Figura 5 - CS Area Ambulatoriale – Trend 2014-2016

5.3 Segnalazioni (2016)

Si riportano nel seguito alcuni risultati dell'analisi effettuata, a livello regionale, sul debito informativo 2016; i **risultati per singola ATS saranno resi disponibili alle ATS a partire dal 2018, e saranno oggetto della Relazione annuale al Consiglio Regionale (prevista dalla L.R. 23/2015, art. 11, comma 4, lettera i).**

Anche per le segnalazioni, ACSS ha evidenziato numerose **criticità** relative alla qualità e completezza dei dati. Ad esempio, le ATS non hanno sempre osservato l'adempimento previsto dalla DG Sanità in merito alla classificazione delle segnalazioni (Nota DGSan 25/07/2008). Nella Nota citata si prevede che le segnalazioni attinenti più argomenti/categorie (con riferimento alle 13 categorie identificate dalla Circolare DGSan; Prot. H1 2007.0053415 del 21.12.2007), debbano essere ripetute, ossia registrate come segnalazione in ciascuna delle 13 categorie cui si riferiscono, qualora non sia possibile attribuirle ad una categoria unica. Per ottemperare agli indirizzi forniti nella Nota DG San/2008, ACSS ha dovuto rielaborare i dati, ed è stato inoltre necessario eliminare i record contenenti errori. Le analisi riportate nel seguito, dopo la rielaborazione di ACSS, riguardano un totale di **30.366 record (23.330 reclami e 7.036 encomi).**

La **Figura 6** mostra la distribuzione delle macro-categorie rilevate nelle segnalazioni pervenute nel 2016 (in verde gli **encomi** e in blu i **reclami**). La maggior parte dei reclami riguarda la categoria "prestazioni" (che include: tempo d'attesa, mancata prestazione, inadeguatezza organizzativa e qualità tecnico-professionale).

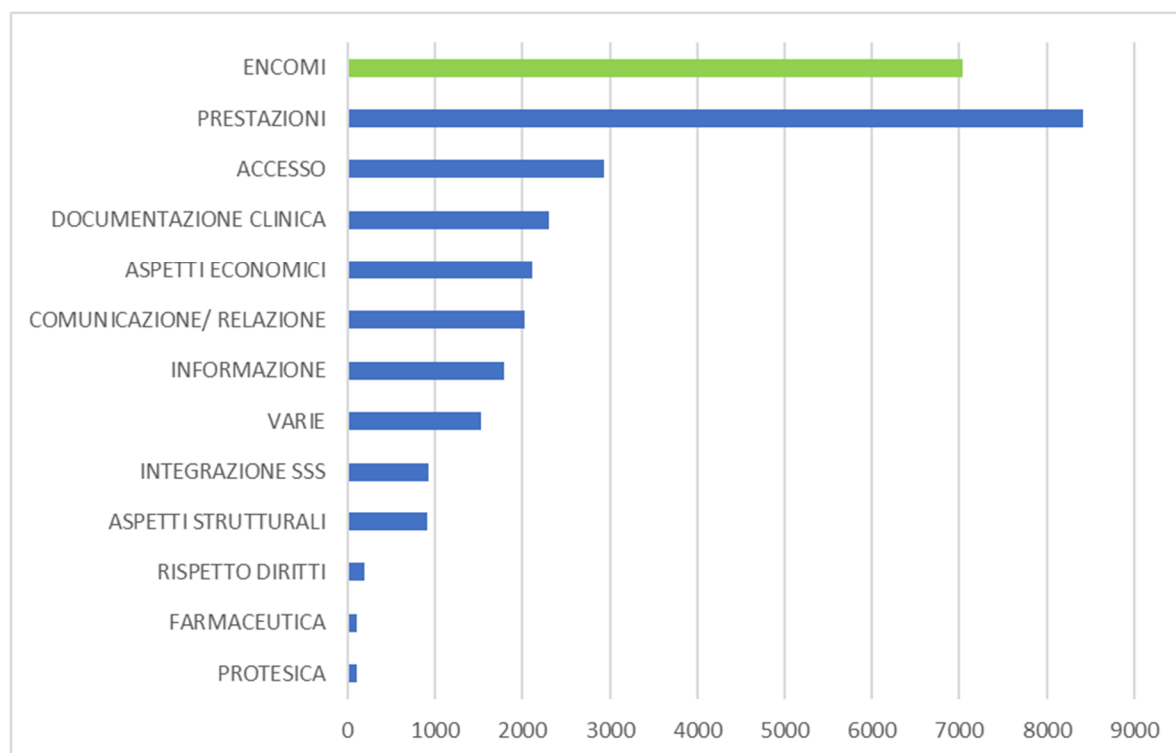


Figura 6 –N° segnalazioni per macro-categoria – Regione Lombardia (2016)

Al confronto 2015-2016, si osserva un calo delle segnalazioni totali nel 2016 rispetto al 2015 (**Tabella 4, Figura 7**), pur con differenze eterogenee all'osservazione per macro-categoria.

	2015	2016
ASPETTI ECONOMICI	2.415	2.108
ASPETTI STRUTTURALI	1.324	907
FARMACEUTICA	118	107
PROTESICA	165	104
COMUNICAZIONE/RELAZIONE	2.855	2.028
ACCESSO	3.979	2.927
INFORMAZIONE	5.369	1.788
INTEGRAZIONE SERVIZI SS	874	926
PRESTAZIONI	9.322	8.422
DOCUMENTAZIONE CLINICA	2.082	2.307
RISPETTO DIRITTI	216	187
VARIE	2.007	1.519
ENCOMI	8.007	7.036
TOTALE RL	38.733	30.366

Tabella 4 – Numero segnalazioni pervenute 2015-2016, per macro-categoria – Regione Lombardia;

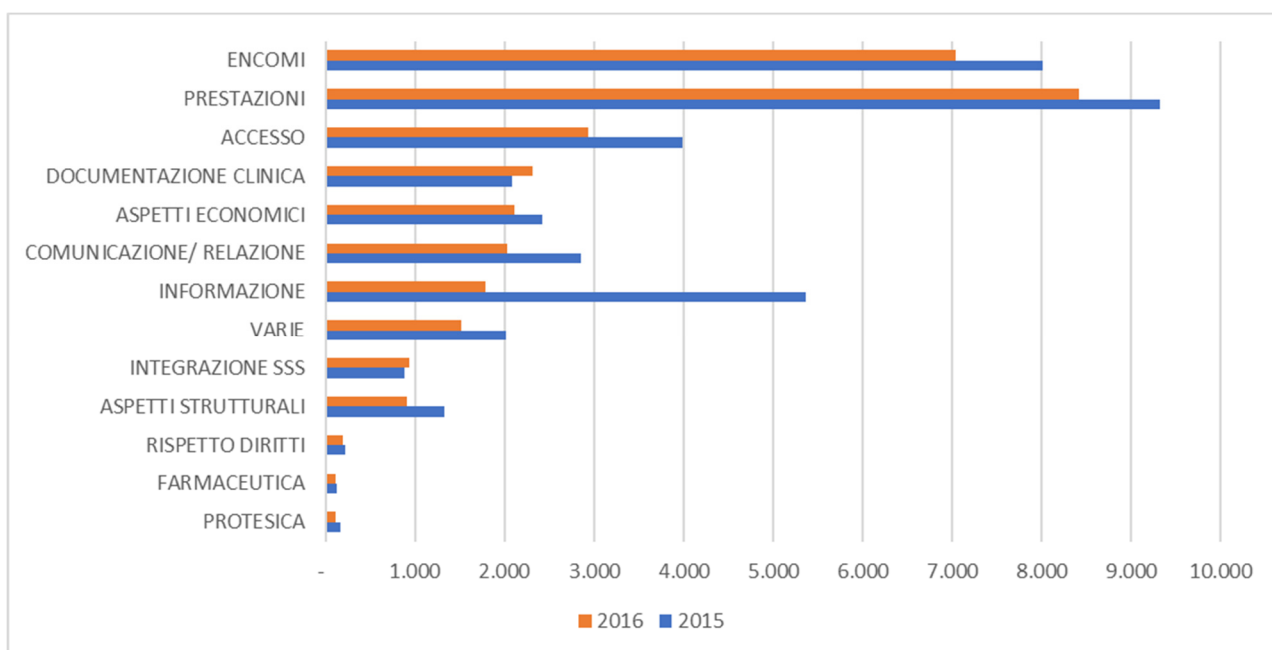


Figura 7 – Numero segnalazioni pervenute 2015-2016, per macro-categoria – Regione Lombardia;

Modelli di Questionario per la rilevazione

Allegato B: Questionario area degenza ordinaria / D.H.

Data compilazione _____

(gg/mm/aaaa)

Reparto _____

- D01** Il suo ricovero è avvenuto
- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| D'urgenza | ☐ |
| Programmato | ☐ |
| È un ricovero in day hospital | ☐ |

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI ? (indicare da 1 a 7)

D02 Tempi d'attesa per ottenere il ricovero (tempo trascorso dalla prescrizione del ricovero all'ingresso in ospedale)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D03 Accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione del reparto

(orari visite mediche, orari prelievi e terapie, orari visite parenti, orari ricevimenti medici, identificazione dei responsabili di cura)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D04 Aspetti strutturali e alberghieri (confort della stanza, vitto, pulizia)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D05 Assistenza del personale infermieristico (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D06 Assistenza del personale medico (disponibilità, cortesia)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D07 Cure a Lei prestate

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D08 Informazioni ricevute sul suo stato di salute e sulle cure prestate

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D9 Rispetto della riservatezza personale

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

Allegato B: Questionario area ambulatoriale

Data compilazione _____

(gg/mm/aaaa)

D01 Come ha prenotato?

Telefonicamente ☐ Allo sportello ☐ Internet ☐ Altro ☐ Non so ☐ Nessuna Prenotazione ☐

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI ? (indicare da 1 a 7)

D02 Servizio di prenotazione (orari di apertura, attesa al telefono/allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D03 Tempo di attesa dalla prenotazione alla data della prestazione

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D04 Servizio di accettazione amministrativa e pagamento ticket (attesa allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D05 Accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D06 Rispetto degli orari previsti

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D07 Attenzione ricevuta dal personale medico (accuratezza della visita, cortesia)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D08 Chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D09 Attenzione ricevuta dal personale infermieristico e/o tecnico (accuratezza, cortesia, informazioni)

1 2 3 4 5 6 7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D10 Rispetto della riservatezza personale

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D11 COMPLESSIVAMENTE QUANTO È SODDISFATTO DEL NOSTRO SERVIZIO?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7
Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D12 CONSIGLIEREBBE AD ALTRI QUESTA STRUTTURA?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7
Assolutamente no Certamente sì

A13 Sesso F ☐ M ☐

A14 Et 

A15 Scolarit 

Nessuna ☐
Scuola obbligo ☐
Scuola superiore ☐
Laurea ☐

A16 Nazionalit 

Italiana ☐
Europea ☐
Extraeuropea ☐

Classificazione Segnalazioni

CAMPO	Cod.	Dimensione
INFORMAZIONE/ORIENTAMENTO	1 a	LOGISTICA (spazi, segnaletica, percorsi)
	1 b	COERENZA TRA BISOGNI ESPRESSI E RISPOSTA OTTENUTA (presa in carico)
	1 c	AMMINISTRATIVA (modulistica, ticket, orari ecc.)
CONDIZIONI DELL'ACCESSO	2 a	ACCESSO TELEFONICO, WEB, MAIL, FARMACIE, MMG, PLS
	2 b	ACCESSO CON MEZZI PUBBLICI
	2 c	ACCESSO CON MEZZI PRIVATI (segnaletica, parcheggi etc.)
COMUNICAZIONE E RELAZIONE	3 a	RAPPORTO CON L'OPERATORE (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità delle informazioni sullo stato di salute)
	3 b	RAPPORTO CON L'AZIENDA
	3 c	CONSENSO INFORMATO
ASPETTI STRUTTURALI, AMBIENTALI E SICUREZZA	4 a	BARRIERE ARCHITETTONICHE
	4 b	SICUREZZA
	4 c	COMFORT (Vitto, pulizie, arredi e attrezzature ecc)
RISPETTO DEI DIRITTI	5 a	DATI SENSIBILI (codice privacy 196)
	5 b	RISPETTO ALTRI DIRITTI
PRESTAZIONI	6 a	TEMPO D'ATTESA
	6 b	MANCATA PRESTAZIONE
	6 c	INADEGUATEZZA ORGANIZZATIVA
	6 d	PERCEZIONE DELLA QUALITA' TECNICO PROFESSIONALE
ASPETTI ECONOMICI	7 a	TICKET ERRATI E IMPRORI
	7 b	RIMBORSI
RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA (Referti, cartella clinica, lettera di dimissione, materiale iconografico)	8 a	MODALITA'
	8 b	TEMPI
	8 c	QUALITA' (vedi requisiti cartella clinica)
ASSISTENZA PROTESICA	9 a	Rapporti con i prescrittori
	9 b	Fornitura ausili
ASSISTENZA FARMACEUTICA	10 a	Distribuzione diretta
	10 b	Distribuzione convenzionata
INTEGRAZIONE SERVIZI SOCIO SANITARI	11 a	Rapporti con MMG e PDF
	11 b	Continuità del rapporto ospedale territorio
	11 c	Dimissioni protette
	11 d	ADI
	11 e	RSA - RSH
	11 f	Area della riabilitazione e della medicina sportiva
VARIE	12	
ENCOMI	13 a	Encomi all'ente
	13 b	Encomi al personale medico
	13 c	Encomi ai professionisti sanitari

Glossario segnalazioni

contatto	evento comunicativo con l'Ufficio relazioni con il pubblico e/o altre interfacce organizzative che genera un'informazione utile per il cittadino e/o per l'organizzazione sanitaria e un processo comunicativo
ascolto	processo permanente attraverso il quale l'organizzazione si pone in atteggiamento di attenzione partecipata alle istanze dell'interlocutore /cittadino
colloquio	processo attraverso il quale l'organizzazione individua un terreno di interesse comune finalizzato allo scambio di idee con l'interlocutore/cittadino
segnalazione	informazione raccolta dall'Ufficio relazioni con il pubblico e/o da altre interfacce organizzative relativa a comportamenti delle organizzazioni socio-sanitarie, proveniente da cittadini. Essa si specifica in reclami, elogi (apprezzamenti/ringraziamenti), suggerimenti.
segnalazione impropria	si tratta di segnalazione rivolta ad ente non competente
segnalazione infondata	si tratta di segnalazione che non ha riscontro oggettivo.
reclamo	è l'espressione di un'insoddisfazione del cittadino. Costituisce un'opportunità di miglioramento della qualità dei servizi e uno strumento per il monitoraggio della soddisfazione dei cittadini.
apprezzamento/ringraziamento/encomio	espressione di soddisfazione del cittadino presentata in forma scritta.
suggerimenti/proposte	segnalazioni dei cittadini allo scopo di fornire esplicite indicazioni al soggetto erogatore affinché fornisca un servizio più vicino alle loro esigenze.
disservizio	scostamento di un servizio/prestazione/processo dalle caratteristiche progettate.
reclamante	colui che presenta il reclamo; può coincidere con l'interessato.
interessato	il cittadino protagonista dell'evento oggetto della segnalazione; può coincidere con colui che presenta la segnalazione.
evento	avvenimento che dà origine alla segnalazione
autorizzazione	atto con cui si incarica qualcuno o si acconsente a che qualcuno compia un'azione in propria vece.
incidente	evento imprevisto e sfavorevole che ha causato un danno per il cittadino o per l'operatore sanitario
raccolta della segnalazione	momento dell'ascolto del cittadino e di presa in carico del problema da parte dell'istituzione
chiusura	fase conclusiva del processo comunicativo con il cittadino
istruttoria	raccolta di elementi informativi e documentali utili a rappresentare e descrivere l'evento che ha causato la segnalazione
esito dell'istruttoria	prodotto del processo di valutazione attivato dall'azienda attraverso l'istruttoria e, nel contempo, determina il contenuto della comunicazione di chiusura e delle eventuali azioni successive. Gli esiti vengono classificati come di seguito riportato:
chiarimento	spiegazione o precisazione al cittadino relativamente a percorsi, modalità di accesso e fruizione, disponibilità di strutture;
conformità dell'operato dell'azienda	indicazione di conformità dell'operato a standard, protocolli, linee guida (aspetti organizzativi, tecnici e professionali) indicazione di conformità alla normativa vigente (ticket, farmaci, visite libero professionali);
accoglimento richiesta	riconoscimento della pertinenza della richiesta del cittadino;
risoluzione	insieme delle azioni messe in atto dall'azienda a seguito delle criticità rilevate.
trasmissione al servizio competente	inoltrò delle risultanze dell'istruttoria ad altri uffici per competenza (legale, direzione sanitaria ecc);