



PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI IN AMBITO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO 2019

Area di azione art.6 della l.r. 23/2015

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19
protocollogenerale@pec.ats-milano.it
Codice fiscale e P.IVA 09320520969

I PARTE - CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

1. PREMESSE	1
1.1 Ruolo di ATS e riferimenti normativi	1
1.2 Descrizione del Contesto Territoriale	2

II PARTE - CONTROLLI SULLE STRUTTURE EROGATRICI

2. AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO SANITARIO	4
2.1 La Rete di Offerta Sanitaria	4
2.2 Attività 2018	5
2.3 Interventi e attività programmate 2019	9
3. AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO SOCIO SANITARIO	12
3.1 La Rete di Offerta	12
3.2 Attività 2018	16
3.3 Interventi e attività programmate 2019	18
4. CONTROLLI SUI REQUISITI PREVISTI PER LA SOTTOSCRIZIONE DEI CONTRATTI SANITARI E SOCIO SANITARI DELLE STRUTTURE ACCREDITATE DI DIRITTO PRIVATO	19
4.1 Controllo requisiti sanitari	19
4.2 Controllo requisiti socio sanitari	20
5. CONTROLLI AREA SANITARIA RICOVERI	21
5.1 Attività 2018	21
5.2 Interventi e attività programmate 2019	33
6. CONTROLLI AREA SANITARIA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	44
6.1 Attività 2018	44
6.2 Interventi e attività programmate 2019	49
7. CONTROLLI AREA SOCIO SANITARIA	52
7.1 Attività 2018	52
7.2 Interventi e attività programmate 2019	61
8. CONTROLLI AREA SALUTE MENTALE	68
8.1 Contesto di riferimento	68
8.2 Attività 2018	69
8.3 Interventi e attività programmate 2019	71

9. CONTROLLI AREA FARMACEUTICA	76
9.1 Attività 2018	77
9.2 Interventi e attività programmate 2019	82
10. CONTROLLI AREA PROTESICA MAGGIORE	87
10.1 Prescrittori, Centri Prescrittori e Fornitori	87
10.2 Attività 2018	90
10.3 Interventi e attività programmate 2019	96
11. CONTROLLI AREA SOCIALE	98
11.1 Unità di Offerta sociali	98
11.2 Attività 2018	99
11.3 Interventi e attività programmate 2019	101
 III PARTE - CONTROLLI SUI LIVELLI DI GARANZIA A TUTELA DELL'UTENZA	
12. CURE PRIMARIE	102
12.1 Attività 2018	102
12.2 Interventi e attività programmate 2019	103
13. PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI	105
13.1 Azioni 2018	105
13.2 Interventi e azioni previste 2019	106
14. TEMPI DI ATTESA ACCESSIBILITÀ IN AMBITO SANITARIO	108
14.1 Attività 2018	109
14.2 Interventi e attività programmate 2019	110
15. CONTROLLI SULLA QUALITÀ DEI SERVIZI PERCEPITA DALL'UTENTE	112
15.1 Attività 2018	112
15.2 Interventi e attività programmate 2019	112
16. INTERNAL AUDITING	113
16.1 La funzione di Internal Auditing	113
16.2 Attività 2018	114
16.3 Interventi e attività programmate 2019	115
17. LA VIGILANZA E IL CONTROLLO SULLE ASSOCIAZIONI E FONDAZIONI	116
17.1 Premesse	116
17.2 Linee di indirizzo per la vigilanza e i controlli 2019	117

ALLEGATI 1 - 2

I PARTE - CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

1. Premesse

1.1 Ruolo di ATS e riferimenti normativi

La Legge Regionale n. 23/2015 all' Art. 3, prevede che le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) esercitano le proprie funzioni di *"vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del D.Lgs. 502/1992, secondo le scadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11"* della LR n. 23/2015.

L'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo (ACSS) con Nota n. 123/2019 *"PCP 2019 – prosecuzione attività"* invita le ATS ad adottare i Piani di Controllo annuali entro il 30/06/2019 nel rispetto delle disposizioni, fissate nel Piano dei Controlli e dei Protocolli approvato con DGR n. X/6502 del 21/04/2017, in vigore anche per l'anno 2019. Tale DGR stabilisce:

- p.to 4.7.2. *"Programmazione dei controlli". "I Piani dei Controlli delle ATS, già previsti dalla DGR n. VII/15324/2003 e richiamati nel citato art. 3 della l.r. n. 23/2015, dovranno recepire i contenuti del PCP proposto dall'ACSS. Pertanto le ATS dovranno predisporre ed inviare alla DG Welfare e all'ACSS, entro i termini fissati dal PCP, il Piano dei Controlli relativo all'esercizio 2018. Il documento andrà inviato esclusivamente in formato elettronico. La ACSS, provvederà quindi, entro le scadenze fissate dal PCP, a validare i Piani Controllo delle ATS riservandosi la facoltà di richiedere eventuali modifiche e/o integrazioni per gli stessi. Le ATS sono tenute a comunicare prontamente alla DG Welfare e alla ACSS ogni evento di particolare rilevanza in merito alle attività di vigilanza e controllo, nonché trasmettere alle medesime gli eventuali provvedimenti di diffida e sanzioni adottati nei confronti degli enti gestori, al fine di consentire all'ACSS di raccogliere la casistica utile per meglio definire le indicazioni per il piano dei controlli e alla DG Welfare di valutare l'opportunità di adeguamenti normativi".*

Inoltre con DGR n. X/6502 del 21/4/2017 *"Determinazioni in ordine alla proposta dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo concernente il Piano dei Controlli Quadro ed il Piano dei Protocolli ai sensi dell'art. 11, comma 4, lettera a), l.r. 33/2009 così come modificata dalla l.r. n. 23/2015 e l.r. n. 41/2015 (a seguito di parere della Commissione Consiliare)"* la Giunta Regionale ha approvato il *'Piano dei Controlli Quadro* così come modificato a seguito del parere espresso dalla Commissione Consiliare competente n. 130 del 12 aprile 2017, e il *'Piano dei Protocolli'* e previsto la trasmissione alle ATS per i seguiti di competenza.

Richiamato quanto premesso sopra, il Piano dei Controlli 2019 viene redatto secondo quanto previsto dalla Deliberazione N. 7600 del 22/12/2017 *"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2018"*, Deliberazione N. 7923 del 26/02/2018 *"Determinazioni urgenti in ordine all'efficacia del Piano dei Controlli anno 2017, approvato con DGR 6502/2017"* e dalle comunicazioni della DG Welfare nn. G1.2018.0006100 del 13.02.2018 e G1.2018.0009936 del 14.03.2018, avente ad oggetto Piano dei Controlli 2018. Tale Piano risulta quindi essere un elemento fondamentale per la programmazione delle attività di controllo in ambito Sanitario, Sociosanitario e Sociale, comprendendo in questa definizione non solo le prestazioni erogate, bensì una serie di attività correlate indispensabili per la garanzia, ai cittadini, dell'appropriata e corretta fruizione dei servizi assistenziali previsti dai LEA Nazionali e Regionali.

1.2 Descrizione del Contesto Territoriale

L'ATS Città Metropolitana di Milano, secondo quanto definito dalla Legge Regionale 23/15, ha individuato sul proprio territorio i seguenti distretti:

- Distretto Milano, che copre il territorio della Città di Milano;
- Distretto Nord Milano, che copre il territorio di riferimento dell'ASST Nord Milano;
- Distretto Rhodense, che copre il territorio di riferimento dell'ASST Rhodense;
- Distretto Ovest Milanese, che copre il territorio di riferimento dell'ASST Ovest Milanese;
- Distretto Martesana e Melegnano, che copre il territorio di riferimento dell'ASST Martesana e Melegnano;
- Distretto Lodi, che copre il territorio di riferimento dell'ASST Lodi.

I Distretti corrispondono ai territori delle ASST con la sola eccezione della città di Milano; tale scelta è stata operata per garantire uniformità di trattamento all'interno di un medesimo comune e soprattutto per consentire un adeguato presidio nella prima fase di applicazione della Riforma del Sistema Sociosanitario.

Per fini operativi, vista la vastità del territorio ATS, si è ritenuto opportuno individuare delle macro aree territoriali:

- Milano città, che comprende la sola città di Milano;
- Milano ovest, che comprende i Distretti ASST Nord Milano, ASST Rhodense e ASST Ovest Milanese;
- Milano est, che comprende i Distretti riferiti alle ASST Melegnano e Martesana e ASST Lodi.

Tale suddivisione rappresenta una ripartizione esclusivamente interna ad ATS adottata per migliorare e rendere più funzionale l'organizzazione dei servizi.

Graf. 1.1 e Tab. 1.1: I DISTRETTI DELLA ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO E RELATIVI ABITANTI (FONTE DATI: ISTAT, POPOLAZIONE RESIDENTE ANNO 2018).

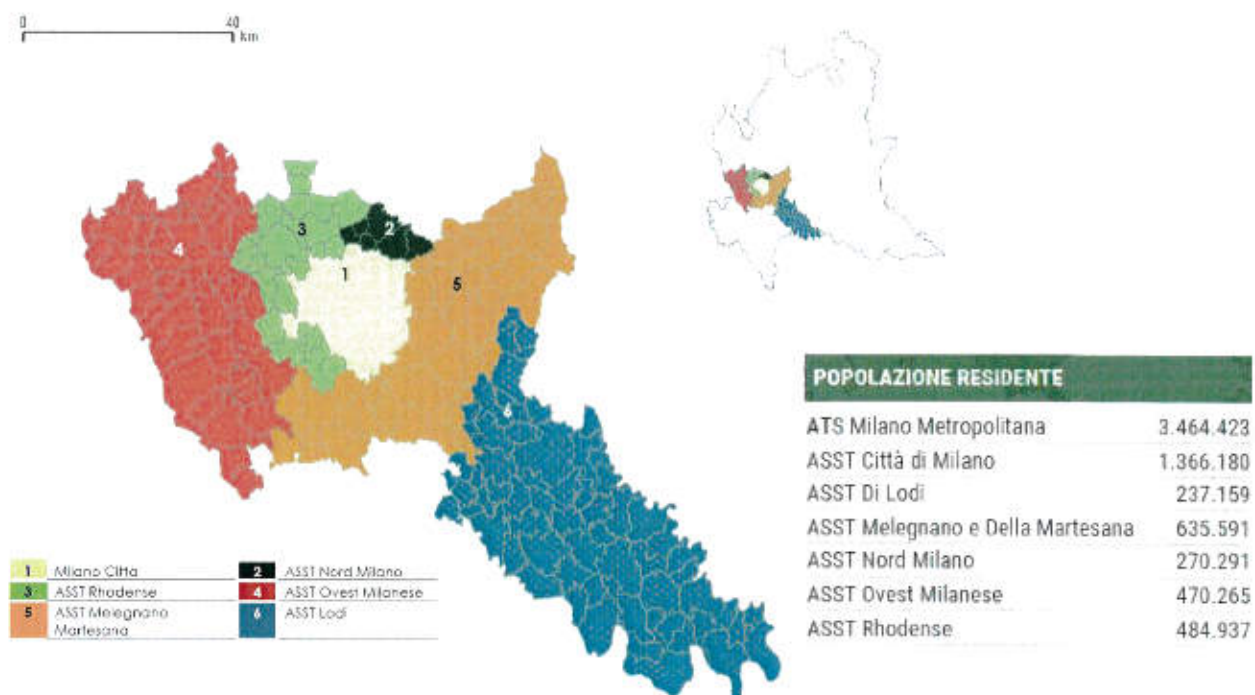


Tabella 1: I Distretti della ATS Città Metropolitana di Milano. Dettaglio Comuni per Distretto e relativi abitanti
(Fonte dati: <https://portale.ats-milano.it/salute>, popolazione residente anno 2018).

Distretto	Comuni	N.	Abitanti
Città di Milano	Milano	1	1.366.180
Nord Milano	Bresso, Cinisello Balsamo, Cologno Monzese, Cormano, Cusano Milanino, Sesto San Giovanni	6	270.291
Rhodense	Arese, Assago, Baranzate, Bollate, Buccinasco, Cesano Boscone, Cesate, Cornaredo, Corsico, Cusago, Garbagnate Milanese, Lainate, Novate Milanese, Paderno Dugnano, Pero, Pogliano Milanese, Pregnana Milanese, Rho, Senago, Settimo Milanese, Solaro, Trezzano Sul Naviglio, Vanzago	23	484.937
Ovest Milanese	Abbiategrosso, Albairate, Arconate, Arluno, Bareggio, Bernate Ticino, Besate, Boffalora Sopra Ticino, Bubbiano, Buscate, Busto Garolfo, Calvignasco, Canegrate, Casorezzo, Cassinetta Di Lugagnano, Castano Primo, Cerro Maggiore, Cisliano, Corbetta, Cuggiono, Dairago, Gaggiano, Gudo Visconti, Inveruno, Legnano, Magenta, Magnago, Marcallo Con Casone, Mesero, Morimondo, Motta Visconti, Nerviano, Nosate, Ossona, Ozzero, Parabiago, Rescaldina, Robecchetto Con Induno, Robecco Sul Naviglio, Rosate, San Giorgio Su Legnano, San Vittore Olona, Santo Stefano Ticino, Sedriano, Turbigo, Vanzaghella, Vermezzo, Villa Cortese, Vittuone, Zelo Surrigone.	50	470.265
Melegnano e Martesana	Basiglio, Basiglio, Bellinzago Lombardo, Binasco, Bussero, Cambiagio, Carpiano, Carugate, Casarile, Cassano d'Adda, Cassina De' Pecchi, Cernusco sul Naviglio, Cerro al Lambro, Colturano, Dresano, Gessate, Gorgonzola, Grezzago, Inzago, Lacchiarella, Liscate, Locate di Triulzi, Masate, Mediglia, Melegnano, Melzo, Noviglio, Opera, Pantigliate, Paullo, Peschiera Borromeo, Pessano con Bornago, Pieve Emanuele, Pioltello, Pozzo d'Adda, Pozzuolo Martesana, Rodano, Rozzano, San Donato Milanese, San Giuliano Milanese, San Zenone al Lambro, Segrate, Settala, Trezzano Rosa, Trezzo sull'Adda, Tribiano, Truccazzano, Vaprio d'Adda, Vernate, Vignate, Vimodrone, Vizzolo Predabissi, Zibido San Giacomo.	53	635.591
Lodi	Abbadia Cerreto, Bertonico, Boffalora d'Adda, Borghetto Lodigiano, Borgo San Giovanni, Brembio, Camairago, Casaletto Lodigiano, Casalmajocco, Casalpusterleno, Caselle Landi, Caselle Lurani, Castelnuovo Bocca d'Adda, Castiglione d'Adda, Castiraga Vidardo, Cavacurta, Cavenago d'Adda, Cervignano d'Adda, Codogno, Comazzo, Cornegiano Laudense, Corno Giovine, Cornovecchio, Corte Palasio, Crespiatica, Fombio, Galgagnano, Graffignana, Guardamiglio, Livraga, Lodi, Lodi Vecchio, Maccastorna, Mairago, Maleo, Marudo, Massalengo, Meleti, Merlino, Montanaso Lombardo, Mulazzano, Orio Litta, Ospedaletto Lodigiano, Ossago, Pieve Fissiraga, Salerano sul Lambro, San Colombano al Lambro, San Fiorano, San Martino in Strada, San Rocco al Porto, Sant'Angelo Lodigiano, Santo Stefano Lodigiano, Secugnago, Senna Lodigiana, Somaglia, Sordio, Tavazzano con Villavesco, Terranova dei Passerini, Turano Lodigiano, Valera Fratta, Villanova del Sillaro, Zelo Buon Persico.	62	237.159
Totale		195	3.464.423

II PARTE - CONTROLLI SULLE STRUTTURE EROGATRICI

2. Autorizzazione e Accredimento Sanitario

2.1. La Rete di Offerta Sanitaria

Di seguito viene descritta l'offerta sanitaria accreditata secondo schemi che, nella loro estrema sinteticità consentono comunque di rappresentare il grado di complessità del sistema.

Nella tabella seguente viene riassunta l'attività di ricovero e cura accreditata presente nel territorio dell'ATS, disaggregata per tipologia di Ente/Struttura.

Tab. 2.1: STRUTTURE SANITARIE DI RICOVERO E CURA ACCREDITATE.

Tipologia strutture	Autorizzate e Accreditate	a Contratto
N. ASST (ex AO)	9	9
<i>N. presidi/stabilimenti che costituiscono le ASST</i>	29	29
N. POT (Presidi Ospedalieri Territoriali) <i>(in corso di trasformazione da P.O. di ASST sopradescritti)</i>	4	4
N. IRCCS pubblici	3	3
<i>N. presidi/stabilimenti che costituiscono gli IRCCS pubblici</i>	3	3
N. IRCCS privati	10	10
<i>N. presidi/stabilimenti che costituiscono gli IRCCS privati</i>	14	14
N. Case di Cura	14	14
N. Ospedali Classificati	1	1
N. strutture di ricovero a ciclo diurno	2 (di cui 1 sospesa)	0

dati aggiornati al 31.12.2018

Per le tipologie sopradescritte sono inoltre presenti, come Strutture solo autorizzate, n. 4 Case di Cura e n. 8 strutture di Ricovero a Ciclo Diurno.

La tabella seguente riassume le attività della Rete dell'Emergenza-Urgenza, secondo una classificazione in: Punti di Primo Intervento, Pronto Soccorso, DEA ed EAS.

Tab. 2.2: RETE EMERGENZA-URGENZA

Tipologia di attività	Autorizzata e Accreditata
Punti Primo Intervento	4
Pronto Soccorso	11
DEA	16
EAS	5 (di cui 1 inter-aziendale)
Totale	36

dati aggiornati al 31.12.2018

La Tabella 2.3 illustra l'offerta di posti letto e di alcune tipologie di posti tecnici autorizzati ed accreditati presenti sul territorio. Una parte minore dell'offerta accreditata attualmente non è a contratto; accanto ai posti letto accreditati, sono stati evidenziati quelli a contratto con il Servizio Sanitario Regionale.

Tab. 2.3: DOTAZIONE DI POSTI LETTO/TECNICI NELLE STRUTTURE ACCREDITATE

Tipologia	N. posti accreditati	(di cui) a contratto SSR	Totale ATS
Acuti: p.l. degenza ordinaria	13.250	12.938	13.250
Acuti: p.l. DH/DS	1.027	970	1.027
Acuti: p.t. MAC/BIC	949	949	949
p.t. Cure Sub-Acute	383	383	383
Riabilitazione: p.l. degenza ordinaria	2.311	2.187	2.311
Riabilitazione: p.l. DH	33	33	33
Riabilitazione: p.t. MAC	116	116	116

dati aggiornati al 31.12.2018

Nelle Strutture autorizzate di ricovero e cura (Case di Cura) ed a Ciclo Diurno sono presenti n. 352 p.l. di degenza ordinaria e n. 42 p.l. di DH/DS.

La **Tabella 2.4** descrive l'offerta di prestazioni ambulatoriali ed altre attività del territorio.

La tabella non riporta le attività ambulatoriali svolte all'interno degli ospedali (se non diversamente specificato nella descrizione della "macro aggregazione").

Non sono state inoltre conteggiate le attività ambulatoriali solo autorizzate.

Tab. 2.4: RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI ACCREDITATI E CONTRATTUALIZZATI SSR.

Attività	Accreditata	di cui a Contratto
Specialistica ambulatoriale	180	137
Radiologia	82	73
S.Me.L. territoriali	21	12
Punti prelievo (oltre le attività di prelievo)	320	314
Attività di Dialisi e CAL (punti erogazione, inclusa attività svolta nelle strutture di ricovero)	38	38
Centri Ossigenoterapia Iperbarica	2	2
Centri Medicina dello Sport (inclusa attività svolta nelle strutture di ricovero)	26	25
Psichiatria Residenziale (CRA, CPA, CRM, CPM) Numero di Strutture presenti sul territorio	106	99
Psichiatria Non Residenziale (CPS,CD)	73	71
Neuropsichiatria Infantile Residenziale (SRT)	6	6
Neuropsichiatria Infantile Non Residenziale (Poli Ospedalieri e Territoriali, CD)	47	43

dati aggiornati al 31.12.2018

2.2 Attività 2018

In attuazione al POAS, le verifiche dei requisiti organizzativi generali e specifici ed in generale la gestione delle pratiche che interessano strutture accreditate ed attività di strutture autorizzate soggette ad atto autorizzativo sono gestite dalla UOC Autorizzazione e Accreditamento Strutture Sanitarie e dalla UOC Vigilanza Strutture Sanitarie, mentre la verifica dei requisiti strutturali e tecnologici afferisce, in particolare per l'area di Milano, alla UOSD Verifiche strutturali e tecnologiche; nelle altre aree viene svolta in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione Medica mediante l'espressione di pareri formali o con l'effettuazione di specifiche valutazioni tecniche.

Tra le UU.OO., nel corso del 2018, è proseguita l'attività di omogeneizzazione delle procedure e delle modalità operative attraverso l'attivazione di ulteriori incontri, anche come formazione sul campo. Le attività sono state svolte sotto un coordinamento univoco e sono state rilevate in modo uniforme. Di seguito vengono riportate le principali attività svolte, non esaustive di tutti i compiti eseguiti dai servizi. A completamento del dato sono state indicate anche le attività relative alle Strutture di ricovero e cura solo autorizzate.

Istanze di Autorizzazione e Accreditamento

Le istanze presentate attinenti l'accREDITamento di strutture sanitarie, quali nuovi accREDITamenti (ove consentiti dalla normativa) o trasformazioni, ampliamenti e riclassificazioni, presentate nel corso del 2018 (comprendenti anche delle istanze di cui al D.D.G. n. 6859/2000 per richieste di variazione di denominazione, sede legale, variazione di ragione sociale, trasferimento ad altro soggetto giuridico, ecc.) sono state complessivamente n. **164** di cui n. **33** archiviate con parere sfavorevole.

I procedimenti conclusi sono n. **115** di cui n. **83** con predisposizione di atto deliberativo e n. **32** pareri (di cui n. **22** per **riclassificazione dell'attività di elettrofisiologia** e n. **10** per l'accREDITamento di punti prelievo siti nel territorio ATS ed afferenti a SMEL con sede presso altre Agenzie).

Per le strutture di ricovero solo autorizzate è stata presentata n. **1** istanza, per l'autorizzazione di una nuova struttura a ciclo diurno, conclusa con esito positivo ed emissione del relativo atto deliberativo (n.1).

Processi Anagrafica delle Strutture Sanitarie Regionale (ASAN)

Tutti i processi Ente/Struttura, quali inserimenti, aggiornamenti, dismissioni, cambi di ragione sociale, volturazioni correlati alle Strutture sanitarie prevedono l'utilizzo dell'applicativo ASAN finalizzato all'aggiornamento del Registro Regionale delle Strutture Sanitarie. Anche le istanze di autorizzazione e accREDITamento prevedono una specifica procedura di ASAN, svolta nel contesto del percorso di validazione dell'istanza.

Nel 2018 sono state gestite circa n. **150** procedure, tra cui i processi di riallineamento degli assetti delle Strutture ai POAS aziendali.

Sopralluoghi

Di norma a fronte della presentazione di istanze, a seguito di segnalazioni o nell'ambito del piano controlli, vengono effettuate presso le Strutture delle visite ispettive, per la valutazione del possesso/mantenimento dei requisiti autorizzativi e/o di accREDITamento.

I sopralluoghi effettuati nel 2018, congiuntamente con il personale tecnico della istituenda UOSD, risultano circa n. **117** per istanze, e n. **105** ispezioni per la verifica del mantenimento dei requisiti.

Audit/Incontri Tecnici

Al fine di semplificare il percorso di autorizzazione/accREDITamento e di favorire il confronto, nonché fornire un significativo supporto tecnico/informativo vengono svolti con gli Enti erogatori audit/incontri tecnici; viene prevista inoltre la partecipazione a tavoli tecnici interaziendali e regionali.

Nel corso del 2018 sono stati condotti circa n. **208** incontri, verbalizzati o comunque protocollati in appositi registri.

Pareri/Valutazioni

Nel 2018 sono stati espressi n. **20** pareri in merito a progetti edilizi, varianti in corso d'opera, finanziamenti fondi pubblici su progetti, progetti preliminari ed esecutivi, alla richiesta di proroga del possesso dei requisiti strutturali e tecnologici.

Per le strutture solo autorizzate non sono stati espressi pareri.

Servizi Trasfusionali e Unità di Raccolta Sangue

Nell'ambito della riclassificazione dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di Raccolta Sangue, come previsto dall'Accordo Stato Regioni, è stato attuato il prosieguo delle verifiche, iniziate nel 2014, con l'esecuzione di n. **13** verifiche ispettive biennali, con rendicontazione riportata nell'applicativo ASAN alla sezione "verifiche ispettive".

Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

Nell'ambito del percorso di certificazione dei Centri da parte del CNT gli operatori dell'ATS hanno partecipato, nel corso del 2018, a n. 6 verifiche ispettive presso i Centri di PMA di 2° e 3° livello, di cui 2 hanno richiesto due giorni di sopralluogo, mentre n. 4 hanno richiesto un giorno di sopralluogo.

A tali verifiche hanno fatto seguito incontri specifici con le strutture per la definizione ed il monitoraggio del percorso di miglioramento, da cui è esitata n. 1 comunicazione con l'esecuzione di n. 1 sopralluogo.

È stato inoltre effettuato n. 1 un sopralluogo di vigilanza presso una PMA di II livello autorizzata) con l'emissione di relativa diffida e successiva verifica post-diffida.

Per le PMA di I livello autorizzate è stata processata n. 1 istanza di trasformazione con l'effettuazione di n. 3 sopralluoghi.

Verifica attività sala operatoria

In aderenza a quanto previsto nel piano controlli, in applicazione della D.G.R. n. 7600 del 20.12.2017 – *Regole di Sistema Socio-Sanitario 2018* e del Piano Integrato dei Controlli in ambito sanitario e socio-sanitario 2018 – *II PARTE – Controlli sulle strutture erogatrici "Autorizzazione e Accreditamento sanitario"*, è stata pianificata l'attività di vigilanza sul mantenimento di alcuni requisiti organizzativi per le attività di sala operatoria erogata dalle Strutture di Ricovero e Cura accreditate, sulla base di quanto previsto nella 2.5 Programmazione 2018:

Area	Razionale	Obiettivo 2018	Indicatore
VIGILANZA	Verifica requisiti attività di sala operatoria	Verifica esistenza, correttezza e applicazione della procedura del Registro/Verbale di sala operatoria	1 Campionamento per Ente In particolare rispetto alla UO di Ortopedia o altra UO se non presente Inserimento in ASAN e atto di ATS

La verifica è stata focalizzata sulla valutazione del mantenimento dei requisiti:

OSOPE02 "La sala operatoria è attivata solo in presenza di almeno un medico anestesista, due chirurghi e due infermiere professionali?"

OSOPE04 "È istituito e regolarmente compilato il registro operatorio nel quale sono indicate, oltre alle generalità del paziente, il tipo e la durata dell'intervento chirurgico e gli operatori che hanno effettuato l'intervento?"

OGPRO09 "Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria? (limitatamente agli aspetti relativi alla compilazione della documentazione sanitaria)", attraverso la valutazione di:

- un campione rappresentativo di verbali operatori (n. 50) di pazienti in regime di ricovero di degenza ordinaria presso la U.O. di controllo selezionata;
- procedura di compilazione del Verbale operatorio.

Al fine di poter individuare le Strutture da sottoporre a vigilanza sono stati definiti i seguenti criteri:

1° Criterio valutazione dell'assetto organizzativo funzionale delle Strutture Sanitarie di Ricovero e Cura

ASSETTO	a	Strutture dotata delle UU.OO. Ortopedia e Traumatologia e Blocco Operatorio;
	b	Struttura dotata della U.O. Blocco Operatorio;
	c	Struttura dotata di macroattività "sala operatoria".

2° Criterio valutazione di interventi di vigilanza precedentemente svolti

STORICO	Per ogni Struttura <u>non oggetto di precedente verifica su attività di sala operatoria</u> , la verifica verrà svolta presso la Struttura di ricovero e cura dotata di U.O. Ortopedia.
---------	---

3° Criterio valutazione del numero di posti letto di degenza ordinaria autorizzazione/accreditamento

ATTIVITA'	Per ogni Struttura dotata di U.O. Ortopedia/altra U.O. Chirurgica del Dip. Chirurgico, è scelta la U.O. (e di conseguenza la Struttura) con il maggior numero di posti letto di degenza ordinaria (cfr. ASSETTO)
-----------	--

Rendicontazione

In totale sono stati effettuati n. 27 sopralluoghi, con la seguente suddivisione per aree territoriali: n. 17 per l'Area Milano, n. 6 per l'area OVEST e n. 4 per l'area EST. A seguito delle verifiche condotte (di cui n. 2 concluse entro febbraio 2019), sono state diffidati n.6 Erogatori per il mancato mantenimento dei requisiti oggetto di verifica (n. 2 – area Milano, n. 1 – area Ovest e n. 3 - area EST). L'istruttoria interna condotta per le restanti Strutture Sanitarie accreditate ha dato esito favorevole relativamente al mantenimento dei requisiti organizzativi scelti in quanto le non conformità rilevate, in rapporto al campione esaminato, non sono state considerate rappresentative di una situazione organizzativa generale tale da ricadere nell'iter amministrativo di diffida e sanzione previsto dalla normativa vigente.

Verifica SMel

È stata pianificata l'attività sulla base di quanto previsto nella 2.5 Programmazione 2018:

Area	Razionale	Obiettivo 2018	Indicatore
Vigilanza	Verifica della partecipazione/ performance VEQ , da parte degli SMel, come segnalato dal Centro di Riferimento Regionale per la qualità degli SMel.	Verifica della partecipazione/ performance VEQ, come segnalato dal Centro di Riferimento Regionale per la qualità degli SMel.	Evidenza documentale delle verifiche effettuate e degli eventuali atti conseguenti.
Vigilanza	Attivazione di un piano di monitoraggio degli SMel territoriali accreditati, con particolare riferimento alla verifica delle autocertificazioni del numero di prestazioni effettuate in sede delle qualifiche del personale dagli SMel territoriali della ATS e, tramite la consultazione del portale del Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei SMel.	Verifica del numero di prestazioni effettuate in sede dagli SMel (con, ad es., incrocio con i dati VEQ, i Controlli Interni, flusso 28 san, carta dei servizi, assetto accreditato) Verifica della correttezza dei titoli del personale	Report che attesti le verifiche documentali effettuate, inserimento in ASAN se possibile 100% SMel accreditati territoriali

Verifica della partecipazione/ performance VEQ

Sulla base delle segnalazioni relative alla mancata partecipazione ai programmi di Verifica Esterna di Qualità caricate bi/trimestralmente o mensilmente sulla piattaforma regionale (Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio, <http://www.qualitalaboratorilombardia.it>) è stata predisposta, per ogni tipologia di SMel accreditato insistente sul territorio ATS (n. 21 SMel afferenti a strutture territoriali; n. 76 SMel afferenti a strutture di ricovero e cura; n. 13 SMel dei SIMT) una tabella riassuntiva dove sono state registrate tutte le segnalazioni di mancata partecipazione ai programmi VEQ relative all'anno 2018.

Si è pertanto provveduto all'analisi dei dati relativi alle partecipazioni considerando come soglia di allarme le mancate partecipazioni (per determinati analiti o per un intero campione) su n.2 o più bimestri.

Nel caso di superamento di detta soglia di allarme, sono state analizzate le motivazioni fornite (riportate sulle schede di segnalazione), e per n. 4 laboratori si è ritenuto necessario richiedere specifici approfondimenti, a seguito dei quali è stata programmata l'attività di verifica per l'anno 2019.

Verifica dei dati inseriti dagli SMel

Per i Servizi di Medicina di Laboratorio la DGR n. X/5954/2016 (Regole 2017) ha definito le soglie minime di prestazioni da eseguire in sede per le strutture, anche solo autorizzate, che erogano prestazioni esclusivamente per utenti ambulatoriali. I dati sono stati raccolti dal Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio (<http://www.qualitalaboratorilombardia.it/>) che a metà del 2018 ha reso pubblico il ciclo di produzione 2017. I dati dei laboratori di pertinenza di ATS Milano (produzione e flussi di service interni ed esterni alla Regione Lombardia) sono stati scaricati sulla rete aziendale,

organizzati e resi disponibili per le attività di accreditamento o di vigilanza ed al tempo steso sono stati analizzati, evidenziando un solo dato inferiore agli standard previsti da Regione.

Verifiche Titoli Professionali

Tra i requisiti organizzativi di particolare rilevanza vi sono le verifiche dei titoli professionali del personale sanitario (titolo di studio, iscrizioni ad ordini o albi professionali, diplomi di specializzazione); in quest'ambito vengono verificate anche le eventuali situazioni di incompatibilità.

Nel 2018, come previsto da piano controlli, sia nel corso di procedimenti di accreditamento che di vigilanza, sono stati effettuati circa n. **790** controlli relativi ai titoli del personale sanitario, con particolare attenzione alle figure apicali (Responsabili di UO, coordinatore tecnico, coordinatore infermieristico).

Nello specifico, nell'ambito delle autocertificazioni delle figure apicali, si è proceduto richiedendo le autocertificazioni dei titoli, incluse le attestazioni di non incompatibilità, di tutti i Direttori con ruolo apicale/Dirigenti di 2° livello delle UOC delle strutture di ricovero e cura, pubbliche e private, escluse quelle autorizzate.

Il numero di autocertificazioni pervenute riportate sono:

area Milano	487
area Milano EST	120
area Milano OVEST	213
TOTALE:	820

Successivamente si è proceduto alla valutazione della documentazione relativa ad un campione identificato quale il 10% del totale delle certificazioni, suddiviso sulle tre aree, con scelta casuale delle strutture (5 strutture per l'area Milano, 2 per l'area Est, 2 per l'area Ovest), per un totale di n. **80** titoli valutati su n. 820 autocertificazioni, e con un esito positivo su 79 valutazioni e n. 1 in corso di approfondimento.

Diffide/Sospensioni/Revoche

Nell'ambito dei procedimenti di verifica l'esito non favorevole ha determinato, per gli atti conclusi nel 2018, la predisposizione di n. **14** atti di diffida a fronte di evidenza di gravi carenze o di mancanza di requisiti previsti dalla normativa.

Per le strutture di ricovero solo autorizzate sono stati emessi n. **2** atti di diffida.

Notifiche e Contestazione di Illeciti Amministrativi

Nel corso del 2018 sono stati emessi per le strutture accreditate n. **11** procedimenti sanzionatori, mentre per le strutture solo autorizzate sono stati emessi n. **2** procedimenti sanzionatori.

2.3 Interventi e attività programmate 2019

In considerazione dell'attività istituzionale di accreditamento prevista dalla D.G.R. n. 38133/1998 e s.m.i., in considerazione delle risultanze delle azioni di controllo svolte degli anni passati, nonché di quanto previsto dalla D.G.R. n. 1046 del 17.12.2017 – Regole 2019 sono programmate per il 2019 le attività indicate nella **Tabella 2.5**

In merito alla gestione dell'applicativo ASAN, oltre quanto specificato nella tabella sotto riportata, verrà garantita la collaborazione con Regione Lombardia per l'implementazione del programma a seguito delle eventuali innovazioni introdotte e da implementare, anche al fine della completa operatività del sistema.

La **Tabella 5** (Programmazione 2019) riporta le attività ordinarie ed istituzionali, quali la gestione delle istanze di autorizzazione e accreditamento (incluse quelle presentate con procedura di asseverazione – perizia), oltreché le richieste di variazione di assetto anche in ordine all'adeguamento dei Piani Organizzativi Aziendali validati dagli Organi Regionali.

Sono poi da considerare altre attività – anch'esse come le prime non quantificabili anticipatamente - come ad esempio la gestione di segnalazioni ed esposti.

Nell'ambito del piano ci si propone di effettuare alcune tipologie di controlli per la verifica del mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento, a tutela del paziente ed allo scopo di garantire la "qualità" delle strutture accreditate e delle prestazioni erogate.

In tale contesto si prevedono, inoltre, atti normativi regionali finalizzati a riclassificazioni, riorganizzazioni

e/o perfezionamento di percorsi di accreditamento, che determineranno – se da percorrere tutti ed eventualmente ultimare entro il 2019 – carichi di lavoro di notevole rilevanza; questi riguardano ad esempio, la riclassificazione/istanza dei Laboratori di Genetica Medica e Citogenetica, dei Laboratori di Anatomia Patologica, delle Farmacie Ospedaliere (in attesa delle disposizioni regionali in ordine alla definizione dei requisiti), oltre che potrebbero interessare i Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT), i PressT (in attesa delle disposizioni regionali in ordine alla definizione dei requisiti).

Come anticipato nella parte relativa alle attività 2018, si evidenzia la necessità che, nel corso del 2019, in alcune realtà le collaborazioni con altri Servizi e Dipartimenti, tra cui il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria dell'ATS, vengano meglio precisate e formalizzate.

Tab. 2.5: PROGRAMMAZIONE 2019

AREA	RAZIONALE	OBIETTIVO 2019	INDICATORE
Accreditamento	Gestione delle istanze presentate nel rispetto dei vincoli previsti dalla normativa vigente (anche con perizia asseverata) verifica dei requisiti Organizzativi e Gestionali. Verifica dei requisiti Strutturali e Tecnologici (da parte della istituenda UOSD VST e mantenendo, ove prevista, la collaborazione con il Dip. IPS).	Verificare nei tempi e modi di legge – anche mediante sopralluogo ove previsto - il possesso dei requisiti e predisporre atto di ATS.	Predisposizione di Delibera di accreditamento, o altro specifico atto di ATS previsto dalla normativa. (95%)
Accreditamento	Gestione dei processi Ente/Struttura ASAN: necessità di inserimento/ aggiornamento/ dismissione delle varie attività sanitarie accreditate.	Mantenere aggiornati in ASAN gli assetti accreditati delle strutture di ricovero e cura ed ambulatoriali.	Recepimento/inserimento in ASAN delle pratiche inseribili. (100%)
Accreditamento	Allineamento assetti accreditati in ASAN: verifica ed allineamento degli assetti al POAS	Mantenere aggiornati in ASAN gli assetti accreditati delle strutture di ricovero e cura	Recepimento/inserimento in ASAN. (100%)
Vigilanza	<u>Riclassificazione</u> delle Attività di genetica e/o citogenetica , come previsto dalla D.G.R. 7540 del 18.12.17.	Verificare nei tempi e con le modalità definite dalla DG Welfare, il possesso dei requisiti, con predisposizione di atto di ATS.	Predisposizione di Parere o altro specifico atto di ATS predefinito.
Vigilanza	Adeguamento degli SMeL Specialistici di "Anatomia Patologica" ai sensi della D.G.R. n.XI/772 del 12.11.2018	Verificare nei tempi e con le modalità definite dalla DG Welfare, il possesso dei requisiti, con predisposizione di atto di ATS.	Predisposizione di specifico atto di ATS predefinito.
Vigilanza	Mantenimento dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie autorizzate/ accreditate di ricovero e cura e delle strutture accreditate ambulatoriali, oggetto di segnalazioni/ esposti o nell'ambito di verifiche di ottemperanza a diffide.	Verifica del mantenimento requisiti di autorizzazione e accreditamento individuati.	Verbale di sopralluogo e/o atto formale che attesti le verifiche documentali effettuate.
Vigilanza	Verifica della partecipazione/ performance VEQ , da parte degli SMeL, come segnalato dal Centro di Riferimento Regionale per la qualità degli SMeL.	Verifica della partecipazione / performance VEQ, come segnalato dal Centro di Riferimento Regionale per la qualità degli SMeL.	Evidenza documentale delle verifiche effettuate e degli eventuali atti conseguenti.

Vigilanza	Attivazione di un piano di monitoraggio degli SMeL territoriali accreditati, con particolare riferimento alla verifica, tramite la consultazione del portale del Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei SMeL, delle autocertificazioni del numero di prestazioni effettuate in sede e delle qualifiche del personale	Verifica del numero di prestazioni effettuate in sede dagli SMeL (con, ad es., incrocio con i dati VEQ, i Controlli Interni, flusso 28 san, carta dei servizi, assetto accreditato) Verifica della correttezza dei titoli del personale	Report che attesti le verifiche documentali effettuate, inserimento in ASAN se possibile 100% SMeL accreditati territoriali
Vigilanza	Verifica del possesso dei titoli del personale sanitario di nuovo inserimento, e verifica del rispetto della normativa in materia di incompatibilità con particolare riferimento alla copertura di ruoli apicali (Responsabili di UO, coordinatore tecnico, coordinatore infermieristico).	Verificare il rispetto della normativa vigente in materia di titoli del personale sanitario che ricopre ruoli apicali, e delle norme sulla incompatibilità, per le posizioni di nuova nomina, delle UO oggetto di istanza/comunicazione/ intervento programmato.	Evidenza agli atti inerente le verifiche sul personale di nuovo inserimento, sul personale delle strutture oggetto di istanza, sul personale di strutture oggetto di verifica del mantenimento dei requisiti.
Vigilanza	Verifica del possesso e/o mantenimento dei requisiti previsti dall' Accordo Stato-Regioni del 16.12.2010 (recepito con D.G.R N. 3465/12), e aggiornati con DM 28.12.2015 riguardanti i Servizi Trasfusionali e le Unità di Raccolta Sangue ed Emocomponenti .	Verificare nei tempi richiesti, anche mediante sopralluoghi, il mantenimento dei requisiti, con predisposizione di atto formale ove previsto. Esecuzione delle verifiche biennali in scadenza al 2019 (luglio /dicembre).	Predisposizione di specifico atto di ATS, ove previsto. 100% delle verifiche biennali in scadenza
Accreditamento	Strutture Residenziali Terapeutiche di NPIA : processazioni istanze per l'integrazione della rete di offerta della sanità penitenziaria minorile.	Verificare nei tempi e nei modi definiti dagli Atti dell'ATS, il possesso dei requisiti normativi previsti.	Predisposizione di specifico atto di deliberazione ATS 100% delle istanze
Accreditamento/ Vigilanza	verifica dei requisiti minimi di cui ai decreti legislativi 191/2007 e 16/2010, in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti presso i centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) di 2° e 3° livello. Attività di verifica, a campione, delle PMA di 1° livello	Partecipazione a tutti i sopralluoghi previsti dal CNT documentata da verbale CNT sopralluoghi previsti da ATS	Predisposizione di Verbale congiunto con gli operatori del CNT Predisposizione dei Verbali Inserimento in ASAN se possibile
Accreditamento/ Autorizzazione/ Vigilanza	Chirurgia Ambulatoriale/Chirurgia a bassa complessità/ Day surgery	Verificare nei tempi e con le modalità definite dalla DG Welfare, il possesso dei requisiti , con predisposizione di atto di ATS.	Predisposizione di Delibera di accreditamento, o altro specifico atto di ATS predefinito.
Accreditamento/ Autorizzazione/ Vigilanza	Farmacie Ospedaliere: Riclassificazione/accreditamento	Verificare nei tempi e con le modalità definite dalla DG Welfare, il possesso dei requisiti , con predisposizione di atto di ATS.	Predisposizione di Delibera di accreditamento, o altro specifico atto di ATS predefinito.
Accreditamento	Perfezionamento del percorso di accreditamento dei Presidi Ospedalieri Territoriali (POT), e dei Presidi sociosanitari territoriali (Presst) come previsto dalla d.g.r.4702/15, ed in base alle disposizioni regionali.	Verificare nei tempi e con le modalità definite dalla DG Welfare, il possesso dei requisiti , con predisposizione di atto di ATS.	Predisposizione di Delibera di accreditamento, o altro specifico atto di ATS predefinito.

3. Autorizzazione e Accreditamento Sociosanitario

3.1 La Rete di Offerta

Sul territorio ATS Città Metropolitana di Milano sono presenti le seguenti Unità di Offerta (UdO) sociosanitarie, suddivise per **distretto** di ubicazione.

Tab. 3.1 - UNITÀ DI OFFERTA SOCIO SANITARIE – AREA ANZIANI

Area Anziani		Città di Milano	Nord Milano	Rhodense	Ovest Milanese	Melegnano Martesana	Lodi	Totale ATS
RSA	n. strutture	59	10	16	33	23	18	159
	n. posti abilitati ordinari	7.870	1.048	1.825	2.690	2.778	1.482	17.693
	n. posti abilitati sollievo	9	-	40	-	-	18	67
	n. posti accreditati ordinari	7.439	944	1.749	2.569	2.555	1.317	16.573
	n. posti accreditati Alzheimer	384	91	120	203	131	52	981
	n. posti a contratto ordinari	7.359	924	1.673	2.361	2.435	1.299	16.051
	n. posti a contratto Alzheimer	384	91	120	203	131	52	981
CDI	n. strutture	23	8	9	11	12	5	68
	n. posti abilitati	634	238	295	326	297	145	1.935
	n. posti accreditati	631	238	270	295	297	140	1.872
	n. posti a contratto	571	206	250	262	232	130	1.651

Fonte dati: Applicativo regionale AFAM al 07/01/2019

Tab. 3.2 - UNITÀ DI OFFERTA SOCIO SANITARIE - AREA DISABILI

Area Disabili		Città di Milano	Nord Milano	Rhodense	Ovest Milanese	Melegnano Martesana	Lodi	Totale ATS
CDD	n. strutture	40	7	16	10	12	7	92
	n. posti abilitati	1.047	210	412	280	283	190	2.422
	n. posti accreditati	1.027	210	406	280	283	190	2.396
	n. posti a contratto	1.018	210	406	280	276	190	2.380
CSS	n. strutture	21	1	14	6	11	2	55
	n. posti abilitati	180	8	114	56	101	20	479
	n. posti accreditati	168	8	113	53	100	15	457
	n. posti a contratto	168	8	105	53	100	15	449
RSD	n. strutture	5	2	9	5	3	5	29
	n. posti abilitati	290	57	432	130	117	102	1.128
	n. posti accreditati	287	57	431	130	117	142	1.164
	n. posti a contratto	287	40	433	110	117	127	1.114

Fonte dati: Applicativo regionale AFAM al 07/01/2019

Tab. 3.3 - UNITÀ DI OFFERTA SOCIO SANITARIE - AREA CURE INTERMEDIE

Area Cure Intermedie		Città di Milano	Nord Milano	Rhodense	Ovest Milanese	Melegnano Martesana	Lodi	Totale ATS
Cure Intermedie	n. strutture	5	-	1	1	2	1	10
	n. posti abilitati specialistica	130	-	-	30	34	-	194
	n. posti abilitati generale – geriatrica	503	-	21	70	112	45	751
	n. posti abilitati mantenimento	126	-	60	50	84	15	335
	n. posti accreditati specialistica	130	-	-	30	34	-	194
	n. posti accreditati generale – geriatrica	497	-	20	70	112	45	744
	n. posti accreditati mantenimento	126	-	60	50	84	15	335
	n. posti contratto specialistica	130	-	-	30	34	-	194
	n. posti contratto generale – geriatrica	497	-	20	70	112	45	744
	n. posti contratto mantenimento	126	-	60	50	84	15	335

Fonte dati: Flusso rete UdO SMAF 4 TRIM 2018

Tab. 3.4 a - UNITÀ DI OFFERTA SOCIO SANITARIE - AREA RIABILITAZIONE

Area Riabilitazione		Città di Milano	Nord Milano	Rhodense	Ovest Milanese	Melegnano Martesana	Lodi	Totale ATS
Riabilitazione	n. sedi principali	15	3	3	2	3	4	30
	n. posti abilitati DH specialistica	23	-	-	5	5	-	33
	n. posti abilitati DH generale - geriatrica	48	-	-	15	20	-	83
	n. posti abilitati diurno continuo	261	-	62	28	75	-	426
	n. trattamenti abilitati ambulatoriali	315.776	79.500	170.436	24.800	142.950	51.015	784.477
	n. trattamenti abilitati domiciliari	134.100	3.444	3.083	-	9.988	18.315	168.930
	n. posti accreditati DH specialistica	21	-	-	5	5	-	31
	n. posti accreditati DH generale - geriatrica	48	-	-	15	20	-	83
	n. posti accreditati diurno continuo	259	-	60	16	75	-	410
	n. trattamenti accreditati ambulatoriali	296.776	79.500	170.436	24.800	142.950	51.015	765.477
	n. trattamenti accreditati domiciliari	133.100	3.444	3.083	-	9.988	18.315	167.930
	n. posti a contratto DH specialistica	18	-	-	5	5	-	28
	n. posti a contratto DH generale - geriatrica	48	-	-	15	20	-	83
	n. posti a contratto diurno continuo	259	-	60	16	75	-	410
	n. trattamenti a contratto ambulatoriali	296.776	79.500	150.265	24.800	142.950	28.711	723.002
	n. trattamenti a contratto domiciliari	133.100	3.444	3.083	-	9.988	18.315	167.930

Fonte dati: Flusso rete UdO SMAF 4 TRIM 2018

Tab. 3.4 b - UNITÀ DI OFFERTA SOCIO SANITARIE - AREA RIABILITAZIONE MINORI

Area Riabilitazione Minori		Città di Milano	Nord Milano	Rhodense	Ovest Milanese	Melegnano Martesana	Lodi	Totale ATS
SRM	n. strutture	-	-	1	-	-	-	1
	n. posti abilitati	-	-	45	-	-	-	45
	n. posti accreditati	-	-	45	-	-	-	45
	n. posti a contratto	-	-	-	-	-	-	-

Fonte dati: Applicativo regionale AFAM al 07/01/2019

Tab. 3.5 - UNITÀ DI OFFERTA SOCIO SANITARIE - AREA ADI E CURE PALLIATIVE

Area ADI – Cure Palliative		Città di Milano	Nord Milano	Rhodense	Ovest Milanese	Melegnano Martesana	Lodi	Totale ATS
ADI	n. strutture (sede accreditamento)	27	3	4	9	4	5	52
UCP-DOM	n. strutture	11	2	-	2	2	3	20
UOCP	n. strutture	8	1	1	1	2	1	14
	n. strutture	5	2	1	2	2	1	13
	n. posti abilitati	65	16	9	22	24	10	146
HOSPICE	n. posti accreditati	61	16	9	22	24	10	142
	n. posti a contratto	61	16	9	22	24	10	142

Fonte dati: Applicativo regionale AFAM al 07/01/2019

Tab. 3.6 - UNITÀ DI OFFERTA SOCIO SANITARIE - AREA FAMIGLIA- DIPENDENZE

Area Famiglia – Dipendenze		Città di Milano	Nord Milano	Rhodense	Ovest Milanese	Melegnano Martesana	Lodi	Totale ATS
	n. strutture	37	5	10	9	15	4	80
CONS	di cui privati	28	5	10	8	15	3	69
	di cui pubblici	9	-	-	1	-	1	11
SERT	n. strutture	3	1	3	4	6	3	20
SMI	n. strutture	2	-	-	-	-	-	2
TOX	n. strutture	19	1	1	5	10	9	45

Area Dipendenze		Città di Milano	Nord Milano	Rhodense	Ovest Milanese	Melegnano Martesana	Lodi	Totale ATS
	n. posti abilitati residenziali terapeutico riabilitativo	86	-	-	22	121	125	354
	n. posti abilitati residenziali pedagogico riabilitativo	-	-	26	35	-	55	116
	n. posti abilitati residenziali accoglienza	36	-	8	-	-	-	44
	n. posti abilitati residenziali alcol e polidipendenti	1	-	4	-	25	6	36
TOX Abilitati	n. posti abilitati residenziali comorbilità psichiatrica	27	-	-	-	-	-	27
	n. posti abilitati semi residenziali terapeutico riabilitativo	26	20	-	-	-	-	46
	n. posti abilitati semi residenziali accoglienza	22	-	-	-	-	-	22
	n. posti abilitati bassa intensità assistenziale	40	-	-	-	26	-	66

Area Dipendenze	Città di Milano	Nord Milano	Rhodense	Ovest Milanese	Melegnano Martesana	Lodi	Totale ATS
n. posti accreditati residenziali terapeutico riabilitativo	84	-	-	22	119	125	350
n. posti accreditati residenziali pedagogico riabilitativo	-	-	26	34	-	53	113
n. posti accreditati residenziali accoglienza	32	-	8	-	-	-	40
n. posti accreditati residenziali alcol e polidipendenti	1	-	4	-	22	6	33
n. posti accreditati residenziali comorbilità' psichiatrica	27	-	-	-	-	-	27
n. posti accreditati semi residenziali terapeutico riabilitativo	26	20	-	-	-	-	46
n. posti accreditati semi residenziali accoglienza	22	-	-	-	-	-	22
n. posti accreditati bassa intensità assistenziale	40	-	-	-	21	-	61

Area Dipendenze	Città di Milano	Nord Milano	Rhodense	Ovest Milanese	Melegnano Martesana	Lodi	Totale ATS
n. posti a contratto residenziali terapeutico riabilitativo	84	-	-	22	119	122	347
n. posti a contratto residenziali pedagogico riabilitativo	-	-	24	34	-	53	111
n. posti a contratto residenziali accoglienza	32	-	8	-	-	-	40
n. posti a contratto residenziali alcol e polidipendenti	1	-	4	-	22	6	33
n. posti a contratto residenziali comorbilità' psichiatrica	27	-	-	-	-	-	27
n. posti a contratto semi residenziali terapeutico riabilitativo	26	20	-	-	-	-	46
n. posti a contratto semi residenziali accoglienza	22	-	-	-	-	-	22
n. posti a contratto bassa intensità assistenziale	36	-	-	-	19	-	55

Fonte dati: Applicativo regionale AFAM al 07/01/2019

3.2 Attività 2018

Attività svolta sulle strutture in piano programma

Su tutto il territorio della ATS è stato garantito il controllo ed il monitoraggio delle UdO con autorizzazione provvisoria e piano programma.

L'Ente Gestore del Consultorio Familiare "Conca del Naviglio" Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, in considerazione dei contenuti del progetto Milano e il percorso avviato in applicazione della DGR n. 5966/16 relativo alla realizzazione della nuova sede di ATS Città Metropolitana di Milano in via Conca del Naviglio n. 45, Milano, ha presentato una richiesta di modifica del piano di adeguamento con trasferimento della sede in Via Pace n. 9 Milano. ATS Città Metropolitana di Milano ne ha preso atto con delibera n. 1325 del 14/12/2018.

È stato successivamente comunicato il completamento dei lavori di adeguamento della nuova sede la cui istruttoria risulta tuttora in corso.

L'Ente Gestore Comune di Milano ha comunicato il completamento dei lavori di adeguamento della nuova sede del CDD Puglie, per complessivi n. 30 posti, la cui istruttoria risulta tuttora in corso.

Le sottoelencate unità d'offerta non risultano aver completato il piano di adeguamento ai requisiti strutturali e tecnologici e, pertanto, risultano in possesso di autorizzazione provvisoria con scadenza entro il 31/12/2020:

- Nel distretto di Milano Città: n. 4 UdO, 2 residenziali per complessivi n. 436 posti letto e 2 strutture a ciclo diurno per complessivi n. 30 posti ed in particolare: Ente Gestore Istituto dei Ciechi, RSA Casa Famiglia (n. 58 p.l. a conclusione del piano programma), Ente Gestore Azienda di Servizi alla Persona Istituti Milanesi Martinitt e Stellite e Pio Albergo Trivulzio, Cure Intermedie (n. 378 p.l. a conclusione del piano programma);
- Nell'area Milano Ovest complessivamente vi sono n. 7 UdO in piano programma n. 5 UdO residenziali per un totale di 967 posti letto autorizzati, n. 2 semiresidenziali per complessivi 65 posti e n. 1 struttura di riabilitazione con 16 posti in diurno continuo, 20 posti in DH e 24.800 prestazioni ambulatoriali ed in particolare: Ente Gestore ASST Rhodense, RSA e collegato CDI S. Pertini – Garbagnate Milanese; Ente Gestore A.S.P. Golgi – Redaelli, RSA Istituto Geriatrico Camillo Golgi – Abbiategrasso; Cure Intermedie e Attività di riabilitazione in regime diurno e ambulatoriale Golgi - Redaelli – Abbiategrasso; RSD S. Benedetto – Cesano Boscone; CDD S. Elisabetta di Cesano Boscone; Cure Intermedie - S. Carlo – Mantenimento Fondazione Istituto Sacra Famiglia;
- Nell'area Milano Est, vi sono ancora due strutture residenziali (per complessivi 218 posti letto) che non hanno completato il piano programma, un'unità di Cure Intermedie ed una RSD ed in particolare: Cure Intermedie ex riabilitazione residenziale (tot. 198 posti letto), Ente Istituto Geriatrico P. Redaelli di Vimodrone. Nel distretto di Lodi, l'unica struttura ancora interessata da Piano Programma è la RSD Sacro Cuore di Gesù – Fatebenefratelli per 20 posti letto.

Attività di accreditamento strutture sociosanitarie 2018

Si riporta di seguito la tabella inerente l'attività svolta da ATS Città Metropolitana di Milano nel 2018 in relazione all'accREDITAMENTO:

Tab.: 3.8: ATTIVITÀ ACCREDITAMENTO SVOLTA NEL 2018

	SCIA	Scia Contestuale	90 giorni	Volture	Accreditamento	Conferma / Riconferma Ente Unico	Piano Programma
Residenze Sanitaria Assistenziali per Anziani	3	3	12	3	0	4	0
Centri Diurni Integrati	0	6	5	0	0	4	0
Centro Diurno Disabili	0	2	0	1	0	0	1
Comunità Socio Sanitaria	0	2	0	1	1	0	0
Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con Disabilità	0	2	2	1	0	0	0

Strutture Riabilitative residenziali e ambulatoriali	0	4	3	1	0	4	0
Assistenza Domiciliare integrata	0	6	6	2	0	2	0
Unità di Cure Palliative Domiciliari	0	3	12	1	0	2	0
Hospice	0	0	5	0	0	0	0
Consultori Familiari	0	5	2	0	0	0	1
Dipendenze Ambulatoriali (SerD e SMI).	0	13	4	0	8	0	0
Dipendenze Bassa Intensità	0	1	0	0	0	0	0
Dipendenze Comunità residenziali e semiresidenziali.	0	0	0	1	0	0	0
Totale	3	47	51	11	9	16	2

	SCIA	Scia Contestuale	Scia per trasferimento sede	Scia per modifica spazi	Scia contestuale aumento posti	Scia contestuale riduzione posti
Residenze Sanitaria Assistenziali per Anziani	3	1	0	1	0	1
Centri Diurni Integrati	0	3	0	0	3	0
Centro Diurno Disabili	0	0	2	0	0	0
Comunità Socio Sanitaria	0	1	1	0	0	0
Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con Disabilità	0	0	1	0	0	1
Strutture Riabilitative residenziali e ambulatoriali	0	1	2	1	0	0
Assistenza Domiciliare integrata	0	3	2	1	0	0
Unità di Cure Palliative Domiciliari	0	1	1	1	0	0
Hospice	0	0	0	0	0	0
Consultori Familiari	0	0	3	2	0	0
Dipendenze Ambulatoriali (SerD e SMI).	0	9	4	0	0	0
Dipendenze Bassa Intensità	0	1	0	0	0	0
Dipendenze Comunità residenziali e semiresidenziali.	0	0	0	0	0	0
Totale	3	20	16	6	3	2

Schede struttura 2018

Nel corso del 2018 è stata effettuata la verifica delle Schede Struttura per i dati di gestione dell'anno 2017, che ha coinvolto nell'ambito del territorio di ATS Città Metropolitana di Milano, 251 Enti Gestori per un totale di 634 Schede caricate sulla piattaforma SMAF di Regione Lombardia, come riportate nella seguente tabella:

DISTRETTO	ADI	CDD	CDI	CONS	CSS	HOSPICE	RIA	RSA	RSD	SERT	SMI	TOX	TOT
Lodi	2	7	5	4	2	1	3	18	5	3		10	60
Melegnano Martesana	3	12	12	15	11	2	3	21	3	6		9	97
Milano	17	40	23	37	20	5	15	58	5	14	2	19	255
Nord Milano	1	7	8	5	1	2	3	10	2	2		1	42
Ovest Milanese	9	10	11	9	6	2	1	32	4	4		5	93
Rhodense	4	16	10	10	14	1	3	16	9	3		1	87

Al fine di verificare la corretta compilazione delle Schede, è stato realizzato uno strumento informatico che ha permesso di verificare l'effettiva compilazione di tutti i campi richiesti e la coerenza sia dei dati riportati in "Anagrafica Struttura" con quanto presente in AFAM sia la presenza all'interno della scheda di informazioni tra loro incongruenti.

3.3 Interventi e attività programmate 2019

Per quanto attiene l'attività di accreditamento per il 2019, tutte le unità d'offerta oggetto di SCIA e/o di istanza di accreditamento verranno sottoposte a verifica del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento, soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici nel rispetto delle disposizioni della DGR 1046/2018.

In ottemperanza alle disposizioni della suddetta DGR, sono state espletate le procedure ad evidenza pubblica entro il termine del 30/04/2019 per il potenziamento dell'offerta rivolta a situazioni di particolare fragilità e in particolare nei seguenti settori:

- **Posti letto Alzheimer.** Riconoscimento di nuovi posti a seguito di conversione di nuclei ordinari già accreditati e a contratto in nuclei Alzheimer.
- **Stati vegetativi.** Riconoscimento di nuovi nuclei a seguito di conversione di posti letto ordinari già accreditati e a contratto secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Generale Welfare.
- **Hospice per età pediatrica.** Apertura di un hospice pediatrico collocato nel territorio della città di Milano con capacità ricettiva pari a 6-10 posti letto.
- **Villaggio Alzheimer.** Avvio di attività sperimentali a seguito di presentazione di progetto da parte degli Enti Gestori.

Per l'hospice pediatrico si è già conclusa la fase di valutazione delle candidature (una sola) con presa d'atto del verbale della commissione esaminatrice mentre sono in corso le valutazioni le candidature presentate per gli altri tre bandi.

Schede struttura 2019

Nel corso del 2019, per la prima volta, ATS ha organizzato 5 incontri con gli Enti Gestori, suddivisi per tipologia di unità d'offerta finalizzati alla restituzione dell'elaborazione dei dati di scheda struttura, fornendo indicazioni sulle criticità riscontrate nella compilazione delle stesse al fine di supportare le strutture ed avere ricadute positive sull'attività di vigilanza e sui controlli di appropriatezza operati da ATS.

Nel corso del 2019 è prevista la verifica delle Schede Struttura per i dati di gestione dell'anno 2018, per un totale di 667 schede.

4. Controlli sui Requisiti previsti per la sottoscrizione dei Contratti Sanitari e Sociosanitari delle strutture accreditate di diritto privato.

4.1 Controllo Requisiti Sanitari

Controllo antimafia

Sulla base di quanto stabilito dalla DGR n. IX/4606 del 28/12/2012, l'ATS acquisisce prima della sottoscrizione di un contratto con una struttura privata accreditata la documentazione antimafia dalla quale risulti l'insussistenza delle cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla normativa in materia.

L'attività si esplica con la richiesta agli Enti della documentazione prevista, la sua acquisizione, la verifica della completezza e l'inserimento dei dati raccolti nel portale della Banca Dati Nazionale Unica per l'Antimafia del Ministero degli Interni. La validità della certificazione è di 12 mesi dalla sua acquisizione mentre per la comunicazione la validità è di 6 mesi.

Ai sensi delle suddette disposizioni, nel corso del 2018 sono stati operati i previsti controlli verso tutti gli Enti erogatori privati con un importo contrattuale superiore a € 150.000 (comunicazione antimafia) o superiore a € 200.000 (informazione). In totale sono state gestite sul portale nazionale del Ministero degli Interni n.64 partiche in scadenza. Per l'anno 2019 verranno effettuati analoghi controlli.

Controllo sui requisiti soggettivi

Preliminarmente alla sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati viene richiesta la compilazione della Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà in merito ai requisiti soggettivi ai sensi dell'art. 80 del D.Lgs. n.50/2016. Sulle autocertificazioni prodotte viene estratto un campione del 10% e viene controllato mediante l'interrogazione del sistema CERPA (Certificati Pubbliche Amministrazioni), che consente la consultazione diretta del Sistema Informativo del Casellario (SIC) da parte delle amministrazioni pubbliche e dei gestori di pubblici servizi. La consultazione permette l'acquisizione dei certificati del casellario giudiziale e dell'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato.

Acquisizioni delle relazioni sull'ultimo bilancio

Ai sensi della DGR n. IX/4606 del 28.12.2012 per gli erogatori di prestazioni di ricovero con un contratto superiore a 800 mila euro viene acquisita la relazione sull'ultimo bilancio approvato redatta da una primaria società di revisione contabile, ovvero, per le fondazioni e i soggetti no profit, anche dall'organo di controllo con funzioni di revisione contabile, che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo. Nel corso del 2018 sono state acquisite 21 relazioni sui bilanci.

Acquisizione dell'estratto della relazione annuale dell'Organismo di Vigilanza

Ai sensi della DGR n. IX/4606 del 28.12.2012 per gli erogatori di prestazioni non di ricovero con un contratto superiore a 800 viene acquisito un sintetico estratto della relazione annuale dell'organismo di vigilanza, previsto dal D.Lgs. n.231/2001, attestante, in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità. Nel corso del 2018 sono state acquisite 14 relazioni relative agli enti erogatori solo di prestazioni ambulatoriali.

Controllo della regolarità contributiva (DURC)

Preliminarmente al pagamento di ogni fattura viene controllata la regolarità contributiva tramite l'acquisizione del DURC con il collegamento al Portale dell'INPS. Per tutti i 129 Enti pubblici e privati a contratto sono state eseguite trimestralmente le interrogazioni sul portale dedicato.

4.2 Controllo Requisiti Sociosanitari

Controllo antimafia degli enti privati.

Le disposizioni antimafia sono inserite nel D.Lgs. n. 159 del 6.9.2011 rubricato come *"Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione"*.

Secondo la DGR n. X /2569 del 31.10.2014 ai soggetti a contratto si applica il decreto legislativo 159/2011.

Ai sensi delle suddette disposizioni, vengono effettuati i controlli antimafia nei riguardi di tutti gli Enti erogatori privati, con un budget superiore a 150.000,00 €, in fase preliminare alla sottoscrizione dei contratti sociosanitari con l'ATS della Città Metropolitana di Milano sia in termini di comunicazione antimafia, a validità semestrale, che di informazione antimafia, a validità annuale, con riferimento all'importo a budget.

Si procede pertanto ad acquisire dagli Enti interessati la documentazione prevista, provvedendo all'inserimento dei dati nella Banca Dati Nazionale Unica per l'Antimafia del Ministero degli Interni (BDNA), istituita ai sensi dell'articolo 96 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, secondo le modalità regolamentate dal DPCM del 30 ottobre 2014, n. 193.

Controllo requisiti soggettivi ai sensi della DGR n. X /2569 del 31.10.2014 – riferimento disciplina sugli appalti ex art. 80 d.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.

Annualmente e preliminarmente alla sottoscrizione dei contratti viene richiesta agli Enti gestori di unità d'offerta sociosanitarie, una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà in relazione al possesso dei requisiti soggettivi, evidenziando in questa sede, come indicato nelle comunicazioni regionali, che il richiamo operato dalla DGR n. X /2569 del 31.10.2014 alla normativa nazionale (ora Codice dei Contratti Pubblici) si qualifica come mero riferimento ad un parametro giuridico mutuato in questo specifico contesto in quanto utile a verificare l'affidabilità del gestore con cui il contratto viene sottoscritto, non avendo nel settore sociosanitario, una normativa ad hoc per tale scopo. Sulle dichiarazioni prodotte ed acquisite viene estratto un campione casuale del 10% e viene controllato (ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000), mediante l'interrogazione alle competenti Amministrazioni certificanti.

5. Controlli Area Sanitaria Ricoveri

5.1 Attività 2018

Analisi storica: attività dal 2014 al 2018

L'attività di controllo svolta sul territorio dell'attuale ATS della Città Metropolitana di Milano sulla produzione dei ricoveri ha subito negli anni una costante evoluzione sia nella tipologia che nelle modalità di effettuazione degli stessi, in accordo con l'aggiornamento delle normative.

Negli anni passati l'attività di controllo era disciplinata dalle indicazioni contenute nella DGR n. VII/12692 del 10.04.2003, la quale prevedeva l'esecuzione di controlli circa l'appropriatezza generica delle giornate di ricovero secondo il protocollo RL-PVA e di controlli sulla congruenza della codifica: entrambe le tipologie venivano eseguite con modalità di campionamento casuale e mirato.

Con l'attività 2007, anche a seguito dell'emanazione della DGR n. VII/4799 del 30.05.2007, sono invece stati introdotti radicali cambiamenti, quali l'abbandono progressivo della modalità di campionamento casuale, la possibilità di operare modifiche, oltre che sulla codifica, anche sul regime di erogazione delle prestazioni (con particolare riferimento alla valutazione dell'appropriatezza generica dei day hospital diagnostici rispetto al regime ambulatoriale) nonché sulla durata della degenza, ed infine l'estensione del controllo a tutta la casistica interessata da anomalie relative alla congruenza e/o all'appropriatezza generica dei ricoveri esaminati.

In seguito, dal 2009, in ottemperanza a quanto richiamato dalla DGR n. VIII/8501 del 26.11.2008 ed in relazione all'obbligo introdotto con la legge finanziaria per il 2009 (Legge n. 133 del 06.08.2008 - art. 79) circa la verifica di almeno il 10% degli episodi di ricovero competenti per territorio, vi è stata l'introduzione della verifica della corretta compilazione delle cartelle cliniche secondo gli standard di riferimento contenuti nel Manuale della Cartella Clinica - 2ª edizione 2007 (DGR n. IX/621/2010, come successivamente modificata e integrata dalle DGR n. IX/4334/2012 - e relativa Circolare n. 36178/2012 - e n. X/1185 del 20.12.2013), ai fini del giudizio di rimborsabilità delle prestazioni esaminate. Il suddetto controllo sul tema della qualità della documentazione clinica, ha riguardato il 3% della produzione dei ricoveri ed è stato condotto con modalità di campionamento casuale, in sinergia con gli Erogatori (autocontrollo soggetto a verifica di concordanza da parte degli organi di controllo territoriali).

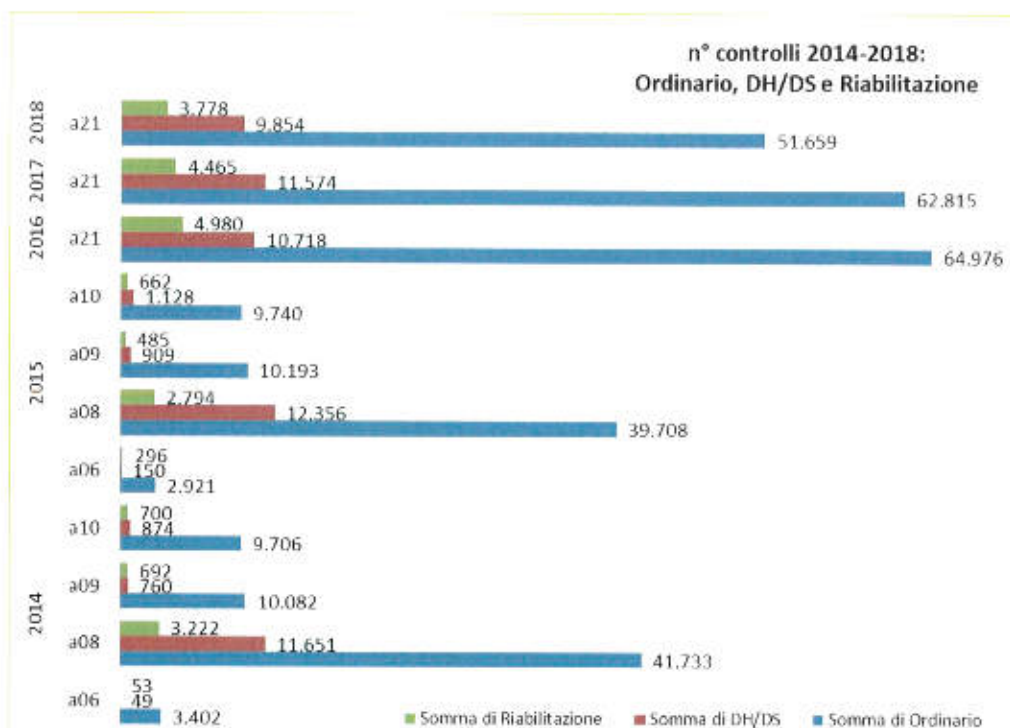
Nei successivi anni 2010, 2011 e 2012, le regole del controllo non hanno subito particolari evoluzioni e sono state consolidate le procedure e le modalità già in atto precedentemente.

Dal 2013, le Regole di sistema hanno disposto l'ulteriore innalzamento (DGR n. IX/4334/2012, c.d. Regole d'Esercizio 2013) della quota minima attesa per il controllo delle cartelle cliniche al 14% (casuale + mirato) e l'introduzione dell'autocontrollo di congruenza (4% mirato) da parte degli Erogatori, condotto anch'esso in sinergia con i Nuclei Operativi di Controllo territoriali.

L'anno 2018, infine, ha visto una riduzione della quota complessiva di controlli attesi, dal 14% all'11,5%, a seguito dell'allineamento dell'esercizio di controllo con l'esercizio di produzione (anno solare) e quindi della realizzazione di un esercizio di controllo di transizione con una durata eccezionale di 10 mesi, anziché 12. La quota dell'11,5% introdotta dalle Regole di sistema ha quindi riproporzionato l'attività sulle mensilità effettivamente disponibili.

Nel presente documento sono riassunti gli esiti dei controlli attuati dai Nuclei Operativi di Controllo territoriali (NOC) sul territorio dell'attuale ATS della Città Metropolitana di Milano nel quinquennio 2014-2018, come premessa al Piano dei Controlli per l'Esercizio 2019.

Cartelle controllate

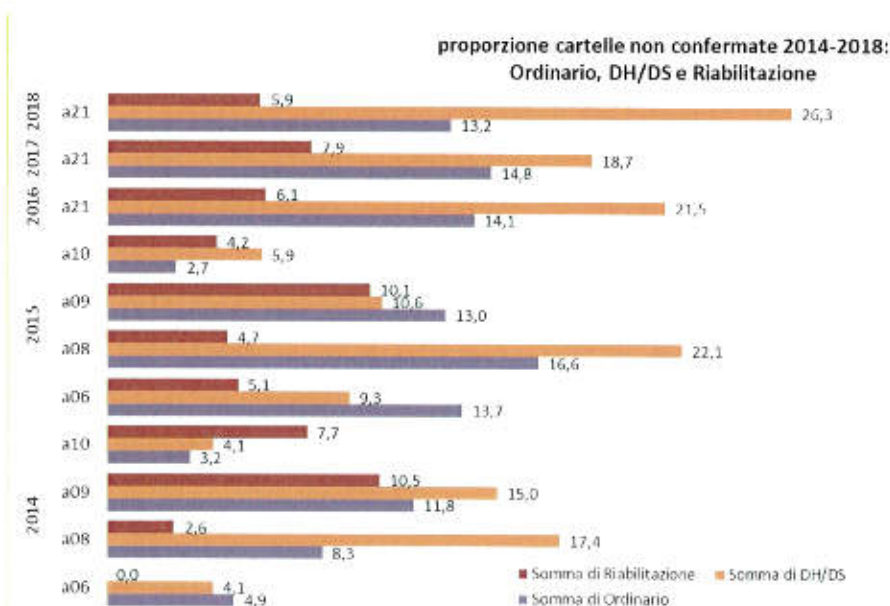


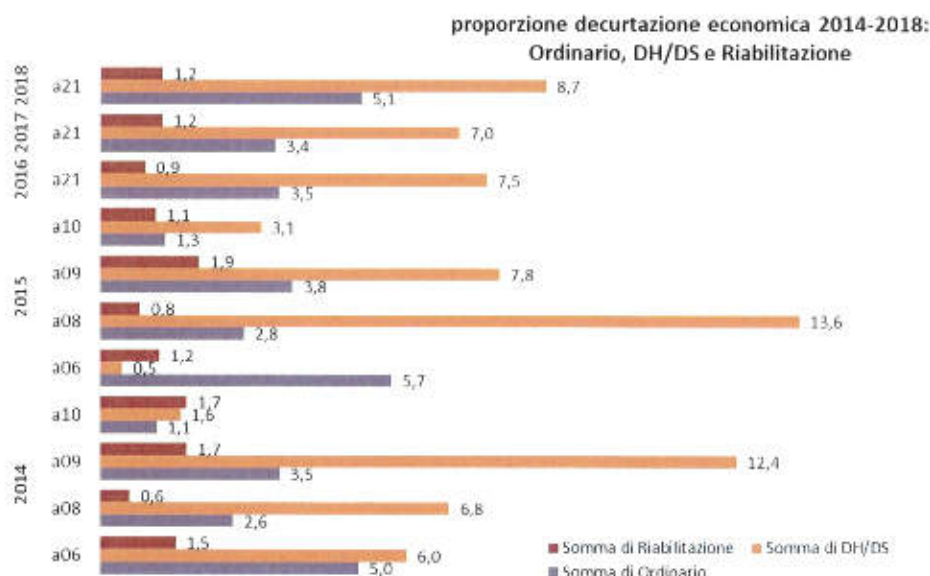
Nel Grafico sopra sono presentati il numero di cartelle cliniche controllate nel quinquennio dal 2014 al 2018, per tipologia di ricovero (Ordinario, DH/DS e Riabilitazione) e per ex-ASL (A06-Lodi, A08-Milano, A09-Legnano e A10-Melegnano) e per ATS (dal 2016).

La variabilità nel numero dei controlli a carico del regime di ricovero diurno è causata dallo spostamento in regime ambulatoriale complesso (c.d. MAC e BIC) di diverse prestazioni e alle conseguenti modifiche delle indicazioni di controllo.

Il numero di ricoveri ordinari controllati è tendenzialmente costante tenendo conto naturalmente della diminuzione complessiva di ricoveri registratisi negli ultimi anni anche a livello nazionale e della riduzione della quota di controlli attesi per l'anno 2018 (dal 14% all'11,5%).

Esiti dei controlli





Nei 2 grafici precedenti è riportata, per tipologia di ricovero (Ordinario, DH/DS e Riabilitazione) e per ex-ASL (A06-Lodi, A08-Milano, A09-Legnano e A10-Melegnano) e per ATS (dal 2016), la proporzione di ricoveri non confermati nel corso dei controlli e la proporzione di decurtazione economica realizzata.

Per il DH, le proporzioni registrate riflettono l'attenzione posta all'appropriatezza degli accessi di tipo diagnostico, spesso ricondotti a prestazioni ambulatoriali (MAC). In particolare, la percentuale dei recuperi economici risente della descritta attività sull'appropriatezza del regime di DH/DS e quindi dello spostamento in regime ambulatoriale complesso, spesso simil-tariffa.

Inoltre, nel dettaglio, vi è da dire che gli esiti dei controlli sulla riabilitazione risentono, per la ex-ASL di Milano, dell'attenzione posta all'appropriatezza delle singole giornate in riabilitazione specialistica, argomento oggetto di specifiche linee guida locali introdotte dall'anno 2012. Gli effetti di questo lavoro sono particolarmente visibili negli scorsi Esercizi 2014 e 2015, nei quali si è registrato l'esito positivo dell'avvenuta implementazione delle suddette linee guida.

Infine, in riferimento alle differenze evidenziate a carico delle 4 ex-ASL confluite dal 2016 nell'ATS della Città Metropolitana di Milano, come riportate nel Piano dei Controlli Quadro dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS) di cui alla DGR n. X/6502 del 21.04.2017 (cfr. Grafici 1, 2 e 3 e Tabella 6), si deve sottolineare quanto segue.

La variabilità osservata nel 2015 in termini di quote percentuali di cartelle cliniche modificate e di recuperi economici realizzati, riflette le caratteristiche territoriali e organizzative di seguito riportate:

- peculiarità della 4 realtà erogative (ad es. la ex-ASL di Lodi ospita un unico Ente erogatore pubblico), con particolare riferimento alla maggiore complessità e all'estrema variabilità (anche da un anno all'altro) della casistica riferita alle aree territoriali della ex-ASL di Milano e della ex-ASL di Milano 2. Ciò rende la produzione in questione fisiologicamente a rischio di potenziali "incongruenze";
- contingenza dell'anno 2015, in cui gli esiti registrati nel territorio della ex-ASL di Milano risentono anche delle verifiche condotte in sinergia con il NAS dei Carabinieri di Milano nell'ambito di un'indagine di Polizia Giudiziaria su dimissioni dell'anno 2014;
- qualità degli strumenti utilizzati nelle diverse sedi territoriali, negli scorsi esercizi, per l'analisi della produzione di ricovero e per il monitoraggio degli effetti della propria attività, con particolare riferimento agli applicativi informatici in dotazione e quindi al grado di dettaglio analitico raggiungibile con gli stessi. Il gap in questione, colmato nel corso dell'esercizio 2016, è stato oggetto dell'importante attività di revisione critica condotta da questa ATS al fine di garantire l'omogeneità delle modalità di lavoro su tutto il territorio di propria pertinenza;
- qualità dell'attività svolta dai Nuclei Interni di Controllo degli Erogatori, in corso di autocontrollo, sia in termini di tempistica (controllo routinario, o meno, della propria produzione anche in fase pre-rendicontazione a prescindere dalle scadenze previste dalle Regole di sistema) sia per quanto riguarda la competenza tecnica nel merito. Quest'ultimo aspetto sarà infatti oggetto anche quest'anno, come per il passato, di momenti di confronto/formazione specificatamente dedicati.

Stato dell'arte: sintesi Esercizio 2018

CONTESTO

L'ATS della Città Metropolitana di Milano, titolare dei controlli di congruità e appropriatezza generica delle prestazioni sanitarie di ricovero a carico del SSL, ha garantito (come da Regole d'Esercizio 2018) l'11,5% minimo di verifiche sulla produzione. L'ATS, nell'Esercizio 2018, ha controllato 65.291 ricoveri a carico dei 54 Presidi di pertinenza del proprio territorio. Il volume di prestazioni in questione ha imposto una programmazione dettagliata delle attività ed una definizione puntuale del Piano dei Controlli, sì da favorire le valutazioni di merito in ordine ai criteri di campionamento nonché all'analisi critica degli esiti ottenuti.

In questo contesto, assume particolare rilevanza la tracciabilità dei procedimenti in capo al NOC e la trasparenza dei criteri decisionali adottati. Ciò con l'intento, da una parte, di favorire le verifiche interne ed esterne riferite alla Legge n. 190/2012 (Anticorruzione) e al DL n. 33/2013 (Trasparenza) e, dall'altra, al fine di attuare un monitoraggio puntuale dell'efficacia dei criteri di campionamento utilizzati.

OBIETTIVO

In relazione al contesto descritto, ci si è posti l'obiettivo generale di tracciare l'attività di analisi (pre-controllo) della produzione di ricovero, finalizzata al campionamento degli accessi da sottoporre a verifica clinico-amministrativa. Ciò al fine di rendere trasparente il processo decisionale alla base dei criteri di campionamento di volta in volta adottati presso gli Erogatori controllati.

Tale processo, reso possibile su tutto il territorio di questa ATS (a partire dall'Esercizio 2016) a seguito dell'implementazione di un nuovo applicativo gestionale per i controlli, garantisce un sistema di tracciabilità interna delle operazioni e dei percorsi decisionali, con un livello di dettaglio superiore al passato.

Quanto descritto risponde ai seguenti obiettivi specifici:

1. obiettivo "interno", ovvero di governare un volume di attività ingente (oltre 65.000 cartelle cliniche per l'anno 2018),
 - superando il rischio (anche solo potenziale) dell'autoreferenzialità dei campionamenti, che precedentemente erano gestiti tramite estrazioni prive di tracciabilità o, in alternativa, affidabili esclusivamente ad operatori esperti in database relazionali (il software precedente non consentiva interrogazioni di dettaglio);
 - favorendo la condivisione dei criteri di campionamento adottati con tutti gli operatori coinvolti nell'attività ispettiva (in grado adesso di confrontarsi informaticamente, tramite maschere semplici, con i criteri definiti e pubblicizzati sul Piano dei Controlli, sia in fase di campionamento che di valutazione post-controllo), implementando quindi ulteriormente l'efficacia dei controlli già registrata in questi anni;
2. obiettivo "esterno", ovvero di trasparenza nei confronti di potenziali revisori esterni (Direzione Generale Welfare, Agenzia di Controllo del Sistema Socio-sanitario lombardo, Corte dei conti ecc.) nonché verso i naturali portatori di interesse, e cioè gli Erogatori insistenti sul territorio di questa ATS. Ciò, oltre che nell'ottica della descritta trasparenza, anche al fine di favorire la "responsabilizzazione" verso le corrette modalità di rendicontazione della produzione, come normata dalla Regione Lombardia tramite l'istituto dell'autocontrollo.

ATTIVITÀ

A. Congruenza ed appropriatezza generica

Per quanto concerne le pratiche controllate nell'Esercizio 2018, l'attività di campionamento si è concentrata prevalentemente sulla tipologia di interesse locale, all'interno della quale confluiscono le ipotesi di lavoro derivanti dall'analisi degli indicatori regionali, le risultanze dei controlli degli Esercizi precedenti, specifiche delle singole strutture sanitarie esaminate, e l'introduzione di un set di criteri di campionamento elaborati a livello locale dallo stesso NOC (vedi Tab. 5.2).

Tab 5.1 – CONTROLLI DI CONGRUENZA SU CARTELLE CLINICHE PER TIPOLOGIE DI RICOVERI OSPEDALIERI - ESERCIZIO 2018 (MARZO – DICEMBRE 2018)

Tipo campione		Confermate	%	Modificate					Totale
				Valorizzaz. ¹	Regime o Durata ²	Codifica ³	Totale modificate	%	
Ricoveri Ordinari per Acufi	Mirato (Tipo 8)	15.070	83,7	523	801	1.605	2.929	16,3	17.999
	Mirati classici	2.584	85,4	88	62	292	442	14,6	3.026
	Indicat. regionali	1.335	89,1	15	23	126	164	10,9	1.499
	Totale	18.989	84,3	626	886	2.023	3.535	15,7	22.524
Day Hospital per Acufi	Mirato (Tipo 8)	2.022	50,6	178	1.679	116	1.973	49,4	3.995
	Mirati classici	692	80,9	36	79	48	163	19,1	855
	Indicat. regionali	69	75,8	2	20		22	24,2	91
	Totale	2.783	56,3	216	1.778	164	2.158	43,7	4.941
Riabilitazione	Mirato (Tipo 8)	267	95,7	9	1	2	12	4,3	279
	Mirati classici	1.623	92,5	59	38	35	132	7,5	1.755
	Indicat. regionali	13	92,9		1		1	7,1	14
	Totale	1.903	92,9	68	40	37	145	7,1	2.048
TOTALE		23.675	80,2	910	2.704	2.224	5.838	19,8	29.513

¹ Esito B, M ed L, ² Esito C, D ed H, ³ Esito E, F e G

Le pratiche complessivamente modificate nell'Esercizio 2018 (mirato + autocontrolli) corrispondono all'11,8% del totale dei controlli.

L'attività di controllo svolta come mirato di congruenza e di appropriatezza generica, conferma il trend in aumento (con la sola lieve flessione del 2017) della percentuale di modifiche condotte sul territorio dell'attuale ATS della Città Metropolitana di Milano rispetto agli Esercizi precedenti (19,8% rispetto 18,7% del 2017, al 19% del 2016, al 19,4% del 2015, al 9,6% del 2014, al 12,3% del 2013 e al 12,8% del 2012), considerando il totale dell'attività condotta dalle 4 ex-ASL.

Per gli Esercizi 2015 e 2016 è da segnalare che gli esiti registrati risentono di verifiche condotte in sinergia con il NAS dei Carabinieri di Milano nell'ambito di un'indagine di Polizia Giudiziaria su dimissioni dell'anno 2014 nonché delle ulteriori verifiche conseguenti in ambito di tutela contrattuale.

Nel merito del Tipo Campione "Mirato", all'interno del quale sono rintracciabili i criteri di campionamento di interesse locale (Tipo 8), al fine di soddisfare gli obiettivi di trasparenza descritti in premessa, si riporta di seguito (Tab. 5.2) la legenda dei criteri di campionamento impiegati.

Tab. 5.2 - CRITERI DI INTERESSE LOCALE (DA PIANO CONTROLLI 2018, PC18)

Criterio	
PC18_001 DRG complicati	PC18_015C Chirurgia ricostruttiva post-mastectomia
PC18_002 Dermatologia	PC18_015D Protesi post-mastectomia
PC18_003 Innesti cutanei	PC18_016 Sindromi coronariche acute
PC18_004 Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione	PC18_017 MAC
PC18_005 108 DRG ad Alto Rischio di Inappropriatezza	PC18_018 DRG 565-566 ventilazione meccanica
PC18_006 BIC	PC18_020 DRG 473 Leucemia acuta
PC18_007A Neonati V29_	PC18_022 DRG anomali
PC18_007B Neonati patologici	PC18_023 Procedure non eseguite
PC18_008 Chirurgici brevi	PC18_024 Madre nutrice
PC18_009 DRG più remunerativi	PC18_025A Psichiatria: reparto 40
PC18_010 DGR 1185/13 allegato 3A - appropriatezza regime	PC18_025B Psichiatria: DRG psichiatrici no rep. 40
PC18_011 Odontostomatologia 169	PC18_026 DRG 408 sotto i 6 giorni
PC18_012 Chemioterapia	PC18_027 PMA
PC18_013B Chirurgia plastica post-bariatrica	PC18_028 Reparto Subacuti
PC18_014A Sepsis diagnosi principale	PC18_R_001 Reparti riabilitativi specialistici
PC18_014C Sepsis GdL Regione 23.03.2017	PC18_029 Artrodesi
PC18_015B Linfonodi sentinella	PC18_030 Tagli cesarei
	PC18_031 RU486

I criteri illustrati, elaborati in fase di programmazione dell'Esercizio 2018, come da relativo Piano dei Controlli, hanno fornito la base dei campionamenti realizzati presso tutti gli Erogatori di pertinenza di questa ATS, prevedendo gli aggiustamenti resisi necessari in funzione delle numerosità riscontrate per ciascun criterio di campionamento nonché delle peculiarità di case-mix delle singole strutture sanitarie. Gli stessi criteri sono stati quindi integrati, laddove necessario, con ulteriori ipotesi di lavoro personalizzate sul singolo Erogatore.

Segue (Tab. 5.3, 5.4, 5.5 e 5.6) la valutazione degli esiti ottenuti per criterio di interesse locale impiegato nonché per tipologia di Erogatore esaminato.

In particolare le Tabelle 5.3 e 5.4 approfondiscono gli effetti dell'applicazione dei criteri di campionamento che sottendono la voce di "interesse locale, Tipo 8".

Per quanto riguarda le modifiche tariffarie, l'abbattimento percentuale (complessivamente del **5,0%** sul totale dei controlli effettuati nell'Esercizio 2018) corrisponde al 7,2% delle verifiche effettuate da questa ATS nel corso del proprio mirato di congruenza ed appropriatezza generica (quota di controllo del 5%).

Gli esiti economici dell'attività di controllo condotta nell'ambito del mirato, danno ragione dell'attenzione posta al regime di ricovero diurno, essendosi registrate in quest'ambito le percentuali maggiori di decurtazioni economiche.

In particolare, la proporzione di abbattimento è pari al 7,4% nei controlli sui ricoveri ordinari per acuti, al 13,1% nei controlli sulle prestazioni erogate in regime di day hospital e all'1,3% nella riabilitazione.

Tab. 5.3 - N. PRATICHE PER CRITERIO DI CAMPIONAMENTO ED ESITO ASSEGNATO

Criterio	Descrizione	A - pratica confermata	B - valorizz. annullata	C - valorizzata da NII amb.	D - modifica degenza	E - modifica DRG	H - modifica regime	L - assenza del pri	M - importo modificato	TOTALE	% modificate per criterio	Incidenza modif. per criterio su totale modificate
PC18_010	DGR 1185/13 allegato 3A - appropriatezza regime	100	10	2	1	32	1.352		21	1.518	93,4	24,3
PC18_006	BIC	116	46	405		5	2		17	591	80,4	8,1
PC18_029	Artrodesi	657	12		4	423			5	1.301	34,1	7,6
PC18_008	Chirurgia brevi	140	4	1	328	50			2	525	73,3	6,6
PC18_001	DRG complicati	2.332	19	1	19	230		1	5	2.607	10,5	4,7
PC18_014C	Sepsi GDL Regione 23.03.2017	280	5			231				516	45,7	4,0
9	Estensione a tutta la produzione riferita ad errori sistematici	252	114	10	53	27			30	486	48,1	4,0
PC18_023	Procedure non eseguite	727	103	9	25	79				943	22,9	3,7
PC18_014A	Sepsi diagnosi principale	812	14			149			3	978	17,0	2,8
PC18_026	DRG 408 sotto i 6 giorni	560	3	6	4	143			6	722	22,4	2,8
PC18_030	Tagli cesarei	3.518	58		18	24			59	3.675	4,3	2,7
PC18_31	RUM	641	31	2	2	98			6	780	17,8	2,4
PC18_002	Dermatologia	814	5	83		38			10	950	14,3	2,3
X	Indicatore Regionale 13: Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa	859	5	2	19	86	1		6	978	12,2	2,0
PC18_R001	Reparti riabilitativi specialistici	1.555	8	1	34	26		47	3	1.674	7,1	2,0
PC18_005	108_DRG_Alto Rischio inappropriatezza	1.308	22	19	25	24	19		4	1.421	8,0	1,9
PC18_012	Chemioterapia	428	11	5	83	1			5	533	19,7	1,8
PC18_022	DRG anomali	93	2	1		81			3	180	48,3	1,5
PC18_009	DRG più remunerativi	757	1		5	76			2	841	10,0	1,4
PC18_024	Madre nutrice	110	5	1	65					181	39,2	1,2
PC18_018	565-566 ventilazione meccanica	421	7		1	62				491	14,3	1,2
PC18_031	Chirurgia plastica post mastectomia	567	4	3		50			8	632	10,3	1,1
PC18_016	Setticemia	797	13			51			1	862	7,5	1,1
PC18_020	DRG 473 leucemia acuta	148	2	10	4	36			8	208	28,8	1,0
PC18_011	Odontostomatologia 169	273	8	15	1	15			17	329	17,0	1,0
8	Obiettivo locale	46	27	25	1	1			1	101	54,5	0,9
PC18_016	Shuntomi coronarici acuti	966	8		3	27			12	1.014	4,7	0,8
PC18_032	mastectomia tipo k/metastasi	1.152	5	0	0	19	0	0	24	1.200	4,0	0,8
PC18_025B	Psichiatria: DRG	379	2	1	8	36				426	11,0	0,8
PC18_007B	Neonati: patologia	648	4		1	39				692	6,4	0,8
PC18_025A	Psichiatria: Reparto 40	407	5	4	7	11			1	435	6,4	0,5
PC18_027	PMA	462	19			1			6	488	5,3	0,4
PC18_004	Rimozione asportativa di ferita: Infezione o ulcere	87	2		1	20				110	20,9	0,4
PC18_007A	Neonati: V29	6				20				26	76,9	0,3
U	Indicatore Regionale 16: numero di accessi per SDO in regime di day hospital	23	1	4	3					31	25,8	0,1
V	Indicatore Regionale 15: % di ricoveri ripetuti nello stesso ospedale	23	1		4	3				31	25,8	0,1
PC18_028	Reparto Subacuti	229	4						4	237	3,4	0,1
PC18_003	Innesti cutanei	53			1	4			2	60	11,7	0,1
5	Indicatore Regionale 18: importo medio per reparto	168				5				173	2,9	0,1
PC18_013A	Chirurgia Bariatica	232				1			2	235	1,3	0,1
W	Indicatore Regionale 14: % di ricoveri ripetuti per la stessa MDC ed all'interno dello stesso ospedale	110			2					112	1,8	0,0
I	Indicatore Regionale 11: % di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni	109							1	110	0,9	0,0
PC18_013B	Chirurgia plastica post bariatrica	66								66	0,0	0,0
PC18_017	MAC	44								44	0,0	0,0
TOTALE		23.675	588	610	720	2.224	1.374	48	274	29.513	19,8	100,0
%		80,2	2,0	2,1	2,4	7,5	4,7	0,2	0,9	100,0		

Tab. 5.4 - VARIAZIONE ECONOMICA (EURO) PER CRITERIO DI CAMPIONAMENTO ED ESITO ASSEGNATO

Criterio	Descrizione	B - valorizz. annullata	C - valorizzata da NTR amb.	D - modifica degenza	E - modifica DRG	H - modifica regime	I - assenza del pri	M - importo modificato	TOTALE	% variaz. per criterio	Incidenza criterio su totale variazione	TOTALE VALORE ORIGINALE
PC18_029	Artrodesi	119.598		7.804	2.406.542			15.223	2.549.167	18,5	25,4	13.774.573
PC18_009	DRG più remunerativi	19.287		3.832	1.159.321			18.900	1.201.340	4,8	11,9	25.153.955
PC18_008	Chirurgici brevi	16.401	1.959	462.384	198.975			3.972	683.691	24,3	6,8	2.808.484
9	Estensione a tutta la produzione inferita ad errori sistematici	270.971	3.725	60.630	275.116			26.239	638.681	21,4	6,3	2.980.134
PC18_001	DRG complicati	144.374	1.940	54.875	399.457		575	22.389	623.610	4,1	6,2	15.155.891
PC18_014A	Sepsi diagnosi principale	100.213			328.845			6.495	435.553	7,1	4,3	6.105.226
PC18_018	S65-S66 ventilazione meccanica	62.391		11.279	358.139				431.809	7,9	4,3	5.445.758
PC18_014C	Sepsi G.D. Regione 23.03.2017	21.400			373.700				395.100	19,7	3,9	2.004.369
X	Indicatore Regionale I3: incidenza di un DRG sui mix dell'unità operativa	26.801	2.030	45.540	250.823	0		10.419	335.613	7,2	3,3	4.634.587
PC18_020	DRG 473 leucemia acuta	13.046	24.913	32.135	215.593			42.514	328.201	11,7	3,3	2.815.384
PC18_026	DRG 408 sotto i 6 giorni	10.557	18.071	4.241	250.424			13.391	296.684	11,5	3,0	2.576.115
PC18_022	DRG anomalie	11.717	512		231.059			8.191	251.479	23,0	2,5	1.093.071
PC18_030	Tagli cesarei	137.729		7.700	8.290			55.424	209.143	2,4	2,1	8.587.631
PC18_014S	Setticemia	65.299			122.990			0	188.289	4,1	1,9	4.594.469
PC18_016	Sindromi coronariche acute	25.297		730	72.207			40.966	139.200	2,2	1,4	6.455.346
PC18_012	Chemioterapia	11.229	2.770	109.966	320			11.124	135.409	14,6	1,3	930.131
PC18_002	Dermatologia	6.287	94.029		7.171			6.191	113.678	9,7	1,1	1.173.220
PC18_007B	Neonati patologici	11.117		1.561	94.652				107.330	3,9	1,1	2.720.499
PC18_R001	Reperti riabilitativi specialistici	19.332	405	20.525	31.308		20.623	9.817	102.010	1,2	1,0	8.676.314
B	Obiettivo locale	65.745	30.688	156	2.660			1.920	101.169	34,1	1,0	296.424
PC18_023	Procedure non eseguite	32.652	2.796	9.773	40.464				85.685	16,4	0,9	522.855
PC18_005	108_DRG_Alto Rischio: Inappropriatezza	30.453	11.248	13.777	27.255	0		773	83.506	3,8	0,8	2.173.332
PC18_032	mastectomia tipo k/metastasi	15.293			27.227			29.466	71.986	1,5	0,7	4.867.052
V	Indicatore Regionale I5: % di ricoveri ripetuti nello stesso ospedale	10.019	2.944		44.154			4.912	62.029	4,8	0,6	1.286.253
PC18_004	Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione	7.680		4.500	46.986				59.166	11,0	0,6	535.970
PC18_011	Odontostomatologia I69	11.364	16.068	986	12.898			15.453	56.769	12,4	0,6	458.789
PC18_010	DGR 1185/13 allegato 3A - appropriatezza regime	14.795	2.403	69	22.519	4.296		12.399	56.481	2,3	0,6	2.450.422
PC18_027	PMA	42.006			2.035			3.789	47.830	4,4	0,5	1.080.472
PC18_006	BIC	41.414	30		400	0		3.762	45.606	6,7	0,5	681.131
PC18_025B	Psichiatria: DRG	4.319	117	3.883	35.375				43.694	4,4	0,4	990.749
PC18_025A	Psichiatria: Reparto 40	15.744	755	2.076	17.456			2.328	38.359	3,0	0,4	1.262.488
PC18_31	RU486	14.682	986	1.029	18.354			973	36.024	12,0	0,4	300.812
PC18_031	Chirurgia plastica post mastectomia	9.761	430	20.249					30.440	6,3	0,3	484.129
PC18_024	Madre nutrice			2.993	15.432			500	18.925	5,7	0,2	331.427
Z	Indicatore Regionale I1: % di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni							17.666	17.666	1,7	0,2	1.019.406
PC18_028	Reparto Subacufi	6.460						2.200	8.660	1,4	0,1	638.960
PC18_003	Innesti cutanei	3.012		2.595	1.351				6.958	5,1	0,1	136.235
U	Indicatore Regionale I6: numero di accessi per SDO in regime di day hospital	2.576	1.794	2.452					6.822	35,8	0,1	19.057
S	Indicatore Regionale I8: importo medio per reparto				5.789				5.789	0,6	0,1	992.890
PC18_013A	Chirurgia Bariatrica				1.752			1.170	2.922	0,2	0,0	1.256.676
PC18_007A	Neonati_V29				2.724				2.724	11,2	0,0	24.372
W	Indicatore Regionale I4: % di ricoveri ripetuti per la stessa MDC ed all'interno dello stesso ospedale			492					492	0,2	0,0	322.813
PC18_013B	Chirurgia plastica post bariatrica								0	0,0	0,0	332.437
PC18_017	MAC								0	0,0	0,0	59.996
TOTALE		1.421.021	220.613	888.232	7.109.763	4.296	21.198	388.566	10.053.689	7,2	100,0	140.210.304
%		14,1	2,2	8,8	70,7	0,0	0,2	3,9	100,0			

Tab. 5.5 - N. PRATICHE PER TIPO DI STRUTTURA ESAMINATA ED ESITO ASSEGNATO

Tipo Struttura	A - pratica confermata	B - valorizz. annullata	C - valorizzata da NTR amb.	D - modifica degenza	E - modifica DRG	H - modifica regime	L - assenza del pri	M - importo modificato	TOTALE
ASST 1	507	40	19	51	41	24	29	5	716
ASST 2	1.004	30	22	6	77	93		11	1.243
ASST 3	2.081	96	58	37	295	198	1	45	2.811
ASST 4	1.279	58	33	147	232	122		38	1.909
ASST 5	1.027	15	60	12	108	136		4	1.362
ASST 6	721	4	4	4	77	61	1	8	880
ASST 7	1.733	35	52	50	249	64		10	2.193
ASST 8	1.313	5	47	30	26	41		4	1.466
ASST 9	1.655	58	15	37	206	44	1	23	2.039
Casa di Cura Privata 1	107	5		3	7		1	2	125
Casa di Cura Privata 2	74	1			10				85
Casa di Cura Privata 3	51			1	3			1	56
Casa di Cura Privata 4	128	3	7	3	51	4			196
Casa di Cura Privata 6	131	10	3		37	3		1	185
Casa di Cura Privata 7	399	1			18				418
Casa di Cura Privata 8	65								65
Casa di Cura Privata 9	261				17	33		1	312
Casa di Cura Privata 10	47				2			1	50
Casa di Cura Privata 11	315				4	2		2	323
Casa di Cura Privata 12	244	2	1		4		1	3	255
Casa di Cura Privata 13	510	5		4	60	13		1	593
Casa di Cura Privata 14	2	70	3		6			35	116
Casa di Cura Privata 15	558	1	17	17	36	25		1	655
Casa di Cura Privata 16	56				0				56
Casa di Cura Privata 17	23			2					25
IROCS Pubblico 1	645	14	76	19	42	13		6	815
IROCS Pubblico 2	252	1		11	31			2	297
IROCS Pubblico 3	1.565	51	121	142	101	272		25	2.277
IROCS Privato 1	273	1	9	3	44	8		4	342
IROCS Privato 2	363	1		11	14		1		390
IROCS Privato 3	106	2			5				113
IROCS Privato 4	369	4		1	12		1	1	388
IROCS Privato 5	607	1		48	13	68		2	739
IROCS Privato 6	1.686	40	7	20	67	34	2	7	1.863
IROCS Privato 7	584	5	14	13	30	56		7	709
IROCS Privato 8	710	3	6	1	91	4			815
IROCS Privato 9	63			2	4		1		70
IROCS Privato 10	1.939	25	36	43	195	56	3	24	2.321
IROCS Privato 11	222	1		2	9		6		240
TOTALE	23.675	588	610	720	2.224	1.374	48	274	29.513
%	80,2	2,0	2,1	2,4	7,5	4,7	0,2	0,9	100,0

Tab. 5.6 - VARIAZIONE ECONOMICA (EURO) PER TIPO DI STRUTTURA ESAMINATA ED ESITO ASSEGNATO

Tipo Struttura	B - valorizz. annullata	C - valorizzata da NTR amb.	D - modifica degenza	E - modifica DRG	H - modifica regime	L - assenza del pri	M - importo modificato	TOTALE	TOTALE VALORE ORIGINALE	% variazione
Casa di Cura Privata 14	188.749	4.263		4.734			31.990	229.736	261.842	87,7
Casa di Cura Privata 6	41.423	1.708		401.789	0		836	445.756	1.012.493	44,0
Casa di Cura Privata 4	480	0	2.846	150.674	0			154.000	675.463	22,8
ASST 3	199.025	33.495	50.174	1.202.352	213	481	31.716	1.517.456	11.524.148	13,2
IRCCS Privato 1	225	1.651	4.449	178.678	0		5.056	190.059	1.444.202	13,2
ASST 4	189.071	32.837	190.044	536.466	1.578		86.977	1.036.973	8.259.087	12,6
IRCCS Privato 8	5.774	2.768	4.722	799.467	0			812.731	7.517.930	10,8
ASST 9	151.409	2.678	87.029	537.175	138	456	27.332	806.217	8.146.787	9,9
ASST 1	136.275	2.119	48.791	69.375	622	13.050	9.371	279.603	2.880.934	9,7
Casa di Cura Privata 13	1.125		3.763	284.295	45		585	289.613	3.461.126	8,4
Casa di Cura Privata 9				142.572	0		181	142.753	1.747.908	8,2
ASST 7	83.870	28.755	25.248	693.717	0		16.632	848.222	11.983.073	7,1
Casa di Cura Privata 15	304	5.565	26.801	120.142	0		202	153.014	2.358.603	6,5
ASST 2	79.567	10.067	4.827	178.763	10		7.535	280.769	4.390.299	6,4
IRCCS Privato 10	65.699	7.780	80.410	607.678	694	830	68.603	831.694	13.174.676	6,3
IRCCS Pubblico 3	78.860	14.779	161.857	285.400	858		22.725	564.479	9.688.533	5,8
ASST 6	5.741	4.254	1.470	150.062	0	203	7.783	169.513	3.214.982	5,3
Casa di Cura Privata 7	2.029			79.924				81.953	1.648.192	5,0
IRCCS Privato 7	6.923	5.913	15.741	65.205	0		3.233	97.015	2.134.493	4,5
Casa di Cura Privata 1	12.828		2.463	5.887		658	1.445	23.281	518.038	4,5
IRCCS Pubblico 1	9.778	25.670	21.655	45.790	0		6.281	109.174	2.504.795	4,4
ASST 5	23.435	6.282	12.679	168.024	0		4.313	214.733	5.038.644	4,3
Casa di Cura Privata 2	6.667			4.250				10.917	263.155	4,1
IRCCS Pubblico 2	4.821		5.172	56.451			6.582	73.026	1.816.701	4,0
IRCCS Privato 6	73.357	5.897	11.668	178.132	0	847	12.402	282.303	11.352.794	2,5
IRCCS Privato 4	19.630		1.663	12.028		508	4.324	38.153	1.619.613	2,4
ASST 8	23.167	23.772	34.279	66.214	138		3.087	150.657	7.046.739	2,1
IRCCS Privato 11	167		1.806	12.957		2.322		17.252	816.841	2,1
IRCCS Privato 5	884		68.374	16.805	0		19.750	105.813	5.222.875	2,0
IRCCS Privato 3	4.830			2.703				7.533	374.620	2,0
IRCCS Privato 9			739	3.889		575		5.203	300.880	1,7
Casa di Cura Privata 3			1.200	10.211			5.579	16.990	1.023.249	1,7
Casa di Cura Privata 12	4.710	360		3.633		203	1.091	9.997	714.086	1,4
IRCCS Privato 2	198		18.071	25.976		1.065		45.310	3.481.280	1,3
Casa di Cura Privata 11				7.264	0		2.676	9.940	1.672.868	0,6
Casa di Cura Privata 10				1.081			279	1.360	255.430	0,5
Casa di Cura Privata 17			291					291	121.943	0,2
Casa di Cura Privata 8								0	93.820	0,0
Casa di Cura Privata 16								0	447.162	0,0
TOTALE	1.421.021	220.613	888.232	7.109.743	4.296	21.198	388.566	10.053.489	140.210.304	7,2
%	14,1	2,2	8,8	70,7	0,0	0,2	3,9	100,0		

B. Verifica autocontrollo della qualità documentale (Tipo A) e di congruenza (Tipo B)

Tab. 5.7 – VERIFICA AUTOCONTROLLO QUALITÀ DOCUMENTALE (3%) PER TIPOLOGIE DI RICOVERI OSPEDALIERI E DI EROGATORE – ESERCIZIO 2018 (MARZO – DICEMBRE 2018)

	Regime			Erogatore	
	Ordinario	DH	Sub-acute	Pubblico	Privato
% pratiche conformi	95,2	93,6	90,3	94,7	95,4
% pratiche parz. conformi	2,5	3,1	1,6	2,3	3,2
% pratiche non conformi	2,3	3,2	8,1	3,1	1,4

Tab. 5.8 – VERIFICA AUTOCONTROLLO CONGRUENZA (3,5%) PER TIPOLOGIE DI RICOVERI OSPEDALIERI E DI EROGATORE – ESERCIZIO 2018 (MARZO – DICEMBRE 2018)

	Regime			Erogatore	
	Ordinario	DH	Sub-acute	Pubblico	Privato
% pratiche confermate	83,9	88,5	96,2	85,2	83,6
% pratiche modificate	16,1	11,5	3,8	14,8	16,4

Tab. 5.9 - VARIAZIONE ECONOMICA (EURO) IN AUTOCONTROLLO DI QUALITÀ DOCUMENTALE (3%) PER TIPO DI STRUTTURA ESAMINATA - ESERCIZIO 2018 (MARZO - DICEMBRE 2018)

Tipo Struttura	TOTALE	TOTALE VALORE ORIGINALE	% variazione
ASST	1.021.208	23.566.488	4,3
IRCCS privato	435.421	17.402.575	2,5
IRCCS pubblico	120.500	4.950.863	2,4
Casa di cura	31.540	5.813.897	0,5
TOTALE	1.608.670	51.733.823	3,1

Tab. 5.10 - VARIAZIONE ECONOMICA (EURO) IN AUTOCONTROLLO DI CONGRUENZA (3,5%) PER TIPO DI STRUTTURA ESAMINATA - ESERCIZIO 2018 (MARZO - DICEMBRE 2018)

Tipo Struttura	TOTALE	TOTALE VALORE ORIGINALE	% variazione
ASST	1.104.498	30.756.240	3,6
IRCCS privato	220.955	21.689.200	1,0
Casa di cura	94.548	9.876.653	1,0
IRCCS pubblico	22.014	7.380.827	0,3
TOTALE	1.442.016	69.702.920	2,1

Nelle tabelle precedenti (Tab. 5.7 e 5.8) si riportano gli esiti relativi ai controlli svolti nell'Esercizio 2018. Il controllo da parte delle strutture sanitarie ha riguardato un totale di 16.495 pratiche di qualità documentale e di 19.283 pratiche di congruenza. Il controllo da parte della ATS della Città Metropolitana di Milano è stato invece effettuato su un totale di 3.227 pratiche di qualità documentale e di 3.345 pratiche di congruenza. Tra tutte le cartelle valutate sia dalle Strutture che dalla ATS, le pratiche giudicate conformi o confermate al termine della valutazione sono state complessivamente 15.663 di qualità documentale (95% rispetto al 95,3% del 2017, al 96,2% del 2016, al 94,3% del 2015, al 95,1% del 2014, al 96,1% del 2013 e al 96,0% del 2012¹) e 16.307 di congruenza (84,6% rispetto all'84,2% del 2017, all'85,0% del 2016, al 99,1% del 2015, all'87,8% del 2014, al 91,3% del 2013²). Per quanto riguarda la valutazione delle differenze in base a regime di ricovero e tipo di Struttura, si rileva quanto segue:

¹ I riferimenti degli anni 2012-2015 (autocontrollo di qualità documentale) sono riportati considerando il totale dell'attività condotta dalle 4 ex-ASL oggi confluite nella ATS della Città Metropolitana di Milano.

² I riferimenti degli anni 2013-2015 (autocontrollo di congruenza) sono riportati considerando il totale dell'attività condotta dalle 4 ex-ASL oggi confluite nella ATS della Città Metropolitana di Milano.

- per l'autocontrollo di qualità documentale, come negli anni precedenti, la maggior differenza riguarda il regime di ricovero; infatti è risultato conforme il 95,2% di tutte le pratiche relative a ricoveri ordinari (13.075 su 13.729) e il 93,6% delle pratiche relative a DH (2.532 su 2.704). Si segnala invece, come già rilevato lo scorso anno, un'ulteriore flessione in negativo della conformità tra le pratiche riferite al regime di sub-acute (90,3% rispetto al 94,9% del 2017 e al 100% degli anni precedenti), anche se corrispondente ad un numero esiguo di cartelle cliniche (56 su 62).

Per quanto riguarda la differenza tra strutture pubbliche e private, le cartelle conformi sono state rispettivamente 94,7% (9.714 su 10.259) e 95,4% (5.949 su 6.236).

Le differenze tra le varie categorie esaminate appaiono quindi per l'anno 2018, così come già registrato anche negli Esercizi precedenti, meno evidenti di quanto invece riscontrato nei controlli dei primi anni di implementazione di questa tipologia di controlli, evidenziandosi quindi una buona qualità complessiva della documentazione sanitaria esaminata, seppur con una lieve flessione in negativo rispetto al passato (es. nel 2017, 94,8% cartelle conformi nel pubblico e 96,2% nel privato);

- per l'autocontrollo di congruenza, condotto per la prima volta nell'anno 2013, è stata registrata anche nel 2018, come negli anni precedenti (ad eccezione del 2015), un'ulteriore riduzione complessiva della proporzione di pratiche confermate rispetto all'Esercizio 2013 relativamente al regime ordinario. Un'inversione di tendenza si è invece registrata per il 2018 in riferimento al regime di DH, per il quale vi è stato un incremento della quota di pratiche confermate rispetto all'esercizio precedente: è risultato quindi confermato l'83,9% di tutte le pratiche relative a ricoveri ordinari (14.094 su 16.800) e l'88,5% delle pratiche relative a DH (2.011 su 2.273). Le pratiche riferite al regime di sub-acute sono state confermate nella quasi totalità dei casi (202 su 210).

Per quanto riguarda la differenza tra strutture pubbliche e private, le cartelle confermate sono state rispettivamente 85,2% (10.185 su 11.961) e 83,6% (6.122 su 7.322).

Il livello complessivo di concordanza, tra la valutazione da parte della ATS e quella delle strutture sanitarie, per la qualità documentale, è risultato pari a 97,4%, quasi sovrapponibile quindi al 2017 (97,6%) e al 2016 (97,7%) e superiore (con l'eccezione del 2013) a quanto riscontrato nei precedenti Esercizi (92,9% nel 2015, 95,8% nel 2014, 98,4% nel 2013 e 96,5% nel 2012³).

Il livello complessivo di concordanza, per la congruenza, è risultato pari a 97,5%, superiore agli Esercizi precedenti (95,9% nel 2017, 96,6% nel 2016, 97,3% nel 2015, 97,2% nel 2014 e 96,9% nel 2013⁴).

In conclusione, si conferma per il 2018 un miglioramento degli elementi cardine della qualità documentale in ordine alla "presenza" degli elementi indicati come dirimenti dalla normativa ma si rileva ancora la necessità di approfondire il tema della qualità sostanziale degli stessi elementi, in riferimento alla quale si concentrano i rilievi di discordanza sin qui riferiti, con particolare riferimento ai seguenti item:

- scheda di dimissione ospedaliera (firma del medico responsabile della dimissione e congruenza del documento con il flusso rendicontato);
- consensi informati (congruenza della sezione relativa alle eventuali trasfusioni con l'MSBOS o documento simile);
- lettera di dimissione (firma del medico responsabile della dimissione e completezza del contenuto).

³ I riferimenti degli anni 2012-2015 (autocontrollo di qualità documentale) sono riportati considerando il totale dell'attività condotta dalle 4 ex-ASL oggi confluite nella ATS della Città Metropolitana di Milano.

⁴ I riferimenti degli anni 2013-2015 (autocontrollo di congruenza) sono riportati considerando il totale dell'attività condotta dalle 4 ex-ASL oggi confluite nella ATS della Città Metropolitana di Milano.

5.2 Interventi e attività programmate 2019

La programmazione delle attività per l'Esercizio 2019, in ottemperanza a quanto richiamato dalla DGR n. XI/1046 del 17.12.2018, prevede la verifica di almeno il 13,5% degli episodi di ricovero competenti per territorio, con le seguenti modalità:

- quota fino al 3% riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti Erogatori (di cui alle DGR n. IX/621/2010, n. IX/4334/2012 e relativa Circolare esplicativa n. 36178/2012), selezionata con modalità di campionamento casuale;
- quota di almeno il 7% riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica sulle prestazioni di ricovero, selezionata con modalità di campionamento mirato;
- quota fino al 3,5% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti Erogatori, con le modalità di cui alla DGR n. X/1185/2013, n. X/2313/2014 e successive integrazioni.

Controllo mirato di congruenza ed appropriatezza generica

La selezione delle cartelle cliniche terrà conto sia delle indicazioni regionali (indicatori introdotti dalla DGR n. VIII/4799/2007 come modificati dalla DGR n. IX/2633/2011, indirizzi di programmazione, rimodulazioni tariffarie ecc.), che delle analisi elaborate in materia a livello locale, anche sulla base degli esiti delle attività di controllo svolte negli esercizi precedenti.

La valutazione di conformità delle cartelle cliniche controllate verrà effettuata sulla base delle regole di codifica vigenti, riassunte nell'Allegato 11 della DGR IX/2734 del 22.12.2011, *Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale*, ed integrate dalle disposizioni regionali successive (Regole d'Esercizio 2012-2019), nonché su eventuali indicazioni o aggiornamenti definiti dal Gruppo di Lavoro regionale "Autorizzazione, Accreditamento, Appropriately e Codifica delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie" (già "Accreditamento, Appropriately e Controllo"), condivisi con il territorio nel corso dell'anno per tramite dei referenti incaricati e con le modalità definite dal Decreto della DG Welfare n. 4420 del 01.04.2019.

Le azioni programmate terranno inoltre conto dei contenuti del "Piano annuale dei controlli e dei protocolli" dell'Agenzia di Controllo del Servizio Sociosanitario lombardo (ACSS), di cui alla DGR n. X/6502 del 21.04.2017 (la cui efficacia risulta attualmente prorogata ai sensi della DGR n. X/7923 del 26.02.2018) e della recente nota prot. n. acssl.2019.0000596 del 06.06.2019), con la quale questa Agenzia si coordinerà nell'espletamento delle proprie attività.

Controllo dei ricoveri in regime di cure sub-acute

L'introduzione delle attività di ricovero di tipo sub-acuto è stata prevista nel PSSR 2010-2015, e viene ulteriormente codificata dalle DGR n. IX/937 e n. IX/1479 del 2010, come modificate (nel merito degli item utili al calcolo dell'Indice di Intensità Assistenziale) dalle Regole d'Esercizio 2014 (DGR n. X/1185/2013). Tale tipologia di ricovero è nata dall'esigenza d'individuare un'area assistenziale differenziata per pazienti prima non ben inquadrabili nelle strutture residenziali tradizionali: lo scopo con cui è stata creata tale area di offerta è quella di rispondere a bisogni che finiscono spesso per realizzare situazioni di ricoveri inappropriati in ospedali per acuti o di prolungamento ingiustificato di ricoveri inizialmente appropriati. Altra problematica che il reparto per sub-acute risolve è la dimissione intempestiva di pazienti non ancora stabilizzati e pertanto a rischio di rientro in situazioni di emergenza in quanto non ben curabili al domicilio.

Anche per l'Esercizio 2019, oltre alla congruenza della rendicontazione e alla valutazione della completezza e coerenza della documentazione sanitaria, appare utile proseguire nell'approfondimento e nel monitoraggio, già intrapreso sin dal 2012, delle tipologie di pazienti e di prestazioni fornite, al fine di valutarne l'appropriatezza clinica, a scopo programmatico.

Nel controllo di questo tipo di ricoveri, remunerati "a giornata", come i ricoveri riabilitativi o in lungodegenza, sarà data importanza a considerazioni riguardanti l'appropriatezza organizzativa, il livello di intensità assistenziale e la correttezza della tenuta della documentazione sanitaria, in quanto la definizione del DRG non viene considerata significativa ai fini della remunerazione.

Ricoveri per acuti

Si confermano i controlli sulle seguenti tipologie di ricovero, già esaminate nel corso degli anni precedenti:

- verifica della correttezza della rendicontazione delle prestazioni riconducibili alla Macroattività chirurgica a bassa intensità operativa ed assistenziale (BIC), come da Allegato A della DGR n. VIII/10804/2009 e successive integrazioni, e alla Macroattività ambulatoriale complessa e ad alta integrazione di risorse (MAC), come da Allegato 4 della DGR n. IX/2946/2012;
- esame dei ricoveri relativi ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriately in regime di ricovero ordinario, di cui all'Allegato B del Patto per la Salute 2010-2012, con le modalità definite dalla DGR n. X/2989/2014 (allegato B, sub-allegato 8), come integrata e modificata dalla DGR n. XI/1444/2019.

A questo proposito, appare utile qui riportare i chiarimenti ricevuti dalla DG Welfare nel merito della corretta interpretazione dei disposti della citata DGR n. XI/1444/2019:

- la DGR n. XI/1444/2019 definisce nuove tariffe uniche per DRG da afferire prioritariamente in regime di ricovero diurno, modificando parzialmente solo i contenuti della DGR n. X/2989/2014, allegato B, sub-allegato 8 (con la quale è stata revisionata la DGR n. X/1185/2013, sub-allegato A, citata nelle Regole 2019);
- il sub-allegato 8 della DGR n. X/2989/2014 resta valido per i DRG non contemplati dalla DGR n. XI/1444/2019;
- la DGR n. XI/1444/2019 non modifica le disposizioni contenute in altre delibere riferite ai medesimi raggruppamenti DRG (es. selezione di procedure da afferire in BIC);
- la DGR n. XI/1444/2019, nel caso di DRG che prevedono più di una variante tariffaria in base al campo Tipo Tariffa o alla presenza di determinati codici di procedura, non modifica tutte le varianti ma soltanto la variante base (es. resta invariata la tariffa del DRG 042 con Tipo Tar. "S", con acquisto cornea banca tessuti).

Tra le finalità dell'attività di controllo rientra la valutazione dell'appropriatezza clinica. A questo proposito si prevedono anche per l'anno 2019 le seguenti attività:

- monitoraggio, tramite l'analisi dei dati relativi alle prestazioni di ricovero e l'impiego di indicatori di risultato, delle prestazioni sanitarie di ricovero erogate per conto del SSL;
- costituzione di tavoli di lavoro misti ATS-consulenti medici specialisti, ai fini della corretta definizione dei criteri clinici di valutazione dell'appropriatezza diagnostica e/o terapeutica delle prassi cliniche esaminate. Tale attività dovrà essere sviluppata in sinergia con le indicazioni emerse in sede di audit tra ATS e le Direzioni Strategiche degli erogatori nell'ambito del percorso di miglioramento delle performance e di adesione agli indirizzi di appropriatezza clinica ed organizzativa regionali e nazionali;
- conduzione di attività di controllo mirate sui ricoveri ospedalieri selezionati nell'ambito del succitato monitoraggio e su indicazioni emergenti dai tavoli di lavoro.

Proseguirà infine anche per l'Esercizio 2019 (vedi Tab. 5.11) l'impiego di parte dei criteri di campionamento di interesse locale già utilizzati per l'Esercizio 2018, unitamente ai nuovi criteri 2019: ciò a fronte degli esiti di attività registrati (come riportati nelle Tab. 5.3 e 5.4), con particolare (ma non esclusivo) riferimento alle ipotesi di lavoro rivelatesi maggiormente efficaci:

Tab. 5.11 - CRITERI DI INTERESSE LOCALE (DA PIANO CONTROLLI 2018)

Criterio	Riferimento
PC19_001 DRG complicati	Regole di sistema consolidate
PC19_002 Dermatologia	Regole di sistema consolidate
PC19_003 Innesti cutanei	Regole di sistema consolidate
PC19_004 Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione	Regole di sistema consolidate
PC19_005 108 DRG ad Alto Rischio di Inappropriatezza	Regole di sistema consolidate
PC19_006 BIC	Regole di sistema consolidate
PC19_007A Neonati V29_	Regole di sistema consolidate
PC19_008 Chirurgici brevi	Regole di sistema consolidate
PC19_009 DRG più remunerativi	Regole di sistema consolidate
PC19_010 DGR 1185/13 allegato 3A - appropriatezza regime	Regole di sistema consolidate
PC19_011 Odontostomatologia 169	Regole di sistema consolidate, LLGG ex-ASL Milano e DGR n. X/6006/16
PC19_012 Chemioterapia	Tavolo ATS (Deliberazione ATS n. 721/2017) e DGR n. X/6006/16
PC19_014A Sepsis diagnosi principale	Regole di sistema consolidate
PC19_014C Sepsis GdL Regione 23.03.2017	GdL Regione 23.03.2017
PC19_018 DRG 565-566 ventilazione meccanica	Regole di sistema consolidate
PC19_020 DRG 473 Leucemia acuta	Regole di sistema consolidate
PC19_022 DRG anomali	Regole di sistema consolidate
PC19_023 Procedure non eseguite	Regole di sistema consolidate
PC19_024 Madre nutrice	Regole di sistema consolidate
PC19_026 DRG 408 sotto i 6 giorni	Regole di sistema consolidate
PC19_028 Reparto Subacuti	Regole di sistema consolidate
PC19_029 Artrodesi	Regole di sistema consolidate e Nota DG Welfare prot. n. G1.2019.0003607
PC19_030 Tagli cesarei	Regole di sistema consolidate
PC19_031 Chirurgia plastica post mastectomia	Regole di sistema consolidate
PC19_033 RU486	Regole di sistema consolidate e nuove Regole 2019
PC19_034 Endoprotesi	Nuove Regole 2019
PC19_035 Trasferimenti intra-Ente	Regole di sistema consolidate
PC19_036 Trend case mix	Regole di sistema consolidate
PC19_037 DRG non visti	Regole di sistema consolidate
PC19_R_001 Reparti riabilitativi specialistici	Regole di sistema consolidate, DGR n. X/6006/16

I criteri descritti saranno inoltre integrati come segue:

- verifica del rispetto puntuale delle indicazioni fornite, nel corso degli Esercizi precedenti, alle strutture sanitarie esaminate;
- ipotesi di lavoro emergenti dalla valutazione sui dati di chiusura della produzione 2018 nonché sui dati relativi all'esercizio 2019 in corso.

Il riscontro di errori di codifica ripetuti e/o rilevanti condurrà, come previsto dalla DGR n. VIII/4799/2007, all'estensione del campione a tutta la produzione della casistica esaminata.

Si ricordano le seguenti regole di sistema:

- nell'ambito dei controlli di congruenza (come richiamato dal Verbale del GdL regionale del 14.12.2011, Punto 6), in caso di riscontro di gravi carenze documentali, rispetto ai requisiti previsti dalla normativa vigente, sarà possibile procedere alla decurtazione totale o parziale della remunerazione del ricovero, ai sensi della DGR n. IX/621/2010;

- secondo quanto stabilito nell'ambito del citato Gruppo di Lavoro regionale, non si procederà alla correzione della codifica delle SDO "sottocodificate" (con remunerazione erroneamente inferiore a quella corretta);
- come indicato dalla DGR n. IX/2057 del 28.07.2011 e dalla LR n. 23/2015, si procederà alla contestazione di sanzione amministrativa qualora il rapporto fra decurtazione in euro dei ricoveri dell'intero campione e valorizzazione in Euro dei ricoveri dell'intero campione sia uguale o superiore al 5%.

Si riportano di seguito alcuni chiarimenti su temi oggetto di contestazioni nel corso dell'attività 2018 o di nuove indicazioni regionali, e quindi ritenuti di interesse per gli approfondimenti che saranno condotti nell'esercizio 2019.

a. Ricoveri ripetuti intra-Ente

In merito ai trasferimenti o alle riammissioni intra-Ente svolti con modalità tale da configurare la tipologia di "ricoveri ripetuti", si ricorda che questa categoria è volta ad approfondire i motivi che, a fronte di un episodio unico di malattia, hanno comportato più ricoveri ospedalieri per acuti entro un lasso di tempo definito (per la definizione cfr. DGR n. VII/12692/2003, come rivista dalla DGR n. IX/2633/2011).

Per la casistica in questione si verificherà se le riammissioni o i trasferimenti hanno fondamenti clinici o se sono dovuti a motivazioni organizzative, che comportino ricoveri successivi per completamento dell'iter diagnostico/terapeutico o per pregresse dimissioni intempestive.

A questo proposito si ribadisce la necessità che l'assistenza per un unico episodio di malattia sia ricondotta in termini di rimborso, ad unica SDO, nel contesto della quale potranno essere riportate le prestazioni/procedure complessivamente fruite dal paziente. Eventuali ulteriori SDO alla prima collegate dovranno essere rendicontate come "non finanziate".

Ciò dovrà ovviamente avvenire nell'ambito di protocolli di assistenza intra-aziendali definiti, il cui razionale di riferimento, oltre che la normativa citata, è costituito dal regime contrattuale, cui corrisponde la definizione di un budget unico aziendale.

La documentazione clinica dovrà riferire in maniera chiara degli eventuali movimenti intra-aziendali del paziente e di tutto ciò che concerne l'intero percorso assistenziale, anche (e non solo) ai fini della congruenza della SDO.

b. Aborto farmacologico

L'interruzione volontaria di gravidanza attraverso il metodo farmacologico è una procedura distinta in più fasi che si basa sull'assunzione di due farmaci diversi, il mifepristone (RU486) ed una prostaglandina a distanza di 48 ore l'uno dall'altro.

Le linee guida ministeriali sull'utilizzo di mifepristone e prostaglandine redatte nel giugno 2010, di cui alle indicazioni AIFA n. 14 del 30 luglio 2009 e n. 1460 del 24 novembre 2009, prevedono che "nel rispetto della legge n. 194 del 1978 a garanzia e a tutela della salute della donna; in particolare deve essere garantito il ricovero in una delle strutture sanitarie individuate dall'art. 8 della legge n. 194 del 1978 dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento. Tutto il percorso abortivo deve avvenire sotto la sorveglianza di un medico del servizio ostetrico ginecologico cui è demandata la corretta informazione sull'utilizzo del medicinale, sui farmaci da associare, sulle metodiche alternative e sui possibili rischi connessi, nonché l'attento monitoraggio onde ridurre al minimo le reazioni avverse segnalate, quali emorragie, infezioni ed eventi fatali, con particolare riguardo alle possibili reazioni avverse". Nelle citate linee guida si evidenzia che "i rischi connessi all'interruzione farmacologica della gravidanza si possono considerare equivalenti alla interruzione chirurgica solo se l'interruzione di gravidanza avviene in ambito ospedaliero" (parere del CSS, del 18 marzo 2004) e quindi l'associazione di mifepristone e prostaglandine deve essere somministrata in ospedale pubblico o in altra struttura prevista dalla predetta legge e la donna deve essere ivi trattenuta fino ad aborto avvenuto e a prodotto del concepimento espulso (parere del CSS, del 20 dicembre 2005 e nota CSS del 18 marzo 2010).

Il periodo temporale in cui l'aborto si completa è piuttosto lungo e quasi mai inferiore a tre giorni in quanto il mifepristone, interessando i recettori del progesterone, necessari per il mantenimento della gravidanza, agisce sul lato abortivo inteso come cessazione della vitalità dell'embrione; l'assunzione del secondo farmaco, della categoria delle prostaglandine, determina l'espulsione del prodotto abortivo.

La Regione Lombardia nel 2009 con la DGR n. VIII/10804 (Allegato 9) precisa che l'assunzione del mifepristone deve essere fatta a livello intraospedaliero. Successivamente con la DGR n. IX/2057/2011, vengono fornite

indicazioni sulla codifica dell'interruzione di gravidanza tramite l'assunzione farmacologica di RU486, come di seguito riportato:

"L'interruzione volontaria di gravidanza (entro i primi 90 gg) per assunzione farmacologica (RU486) è identificata con:

Dia. cod. 635.-- Aborto indotto legalmente

Int./Proc. cod. 99.24 Iniezione di altri ormoni e cod. 96.49 Altra instillazione genitourinaria (nel caso la seconda somministrazione avvenga per via vaginale)".

A questo proposito però, avendo rilevato che tale tipologia di assistenza viene abitualmente prestata su più accessi, a seguito delle dimissioni volontarie delle pazienti successivamente all'assunzione farmacologica di RU486, cui segue solitamente un secondo accesso in corrispondenza dell'espulsione del prodotto del concepimento, si precisa quanto segue:

- il percorso assistenziale corretto, a tutela della salute della paziente, prevede, come si è già detto, che la suddetta assistenza sia prestata in regime protetto ospedaliero per tutto il tempo necessario all'effettuazione di quanto programmato;
- in nessun caso, a seguito della dimissione volontaria della paziente, è comunque corretto rendicontare su più accessi l'avvenuto aborto, ossia codificare l'aborto su SDO differenti riferite al medesimo percorso assistenziale.

Più precisamente, la DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 (la quale individua un regime tariffario unico, indipendente sia dalla durata della degenza ordinaria, sia dal numero di accessi diurni) dispone che dai dimessi dal 1° gennaio 2019, l'interruzione volontaria di gravidanza di tipo farmacologico avvenga nel setting ritenuto più opportuno (ricovero ordinario/day hospital), in relazione alla situazione clinica della donna ed alle valutazioni del medico.

Per quanto riguarda la cartella di day hospital, la stessa deve essere mantenuta aperta, in modo da ricondurre ad un unico episodio di presa in carico, oltre il primo accesso, tutti i successivi accessi che si rendessero necessari per la eventuale somministrazione del secondo farmaco e per la conferma di avvenuto aborto.

c. Anemia e trasfusioni intraoperatorie

Ad integrazione dei contenuti dello scorso Piano Controlli 2018 e in accordo con la letteratura internazionale (linee guida 2012 AABB, American Association of Blood Banks), si ribadisce che la codifica di anemia come diagnosi secondaria complicante sarà ritenuta congruente per valori di Hb < 8 mg/dl o in presenza di interventi terapeutici mirati alla correzione dell'anemia stessa, quali terapia marziale endovenosa, emotrasfusione, infusione di emoderivati o succedanei; si ricorda altresì che la terapia trasfusionale effettuata deve essere indicata nella "sintesi descrittiva del decorso clinico" della lettera di dimissione.

Inoltre, le trasfusioni effettuate nel corso di intervento operatorio, quale atto previsto in relazione all'intervento effettuato e che non configurano quindi il trattamento di un evento emorragico eccezionale complicante la routine operatoria, sono da intendersi ricomprese nella procedura effettuata e non devono quindi dar luogo alla codifica di anemia tra le diagnosi.

d. Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata (041.x batteriche e 079.x da virus e Chlamydiae)

Trattasi di "diagnosi aggiuntive che possono essere utilizzate per indicare l'agente patogeno responsabile (es. Prostatite acuta da streptococco A: cod. 601.0 + cod. 041.01). I codici di queste categorie possono essere assegnati come diagnosi principale solo quando la natura o il sito di infezione non sono specificati" (DGR n. IX/2057 del 28.07.2011).

Si precisa che quando è nota la sede di infezione questa va sempre posta in diagnosi principale seguita eventualmente dai codici 041.x o 079.x a identificare il patogeno responsabile.

Si ricorda che l'ICD9-CM (2007) già prevede per alcune categorie un codice unico per la sede e il patogeno (es. 482.3 "polmonite da Streptococco", 008.61 "enterite da Rotavirus", 320.0 "meningite da Haemophilus" ecc.).

Si fa presente che l'utilizzo in diagnosi principale dei codici 079.99 "infezioni virali, non specificate" o 079.89 "altre infezioni virali specificate" va limitato ai casi in cui, pur essendo presenti segni e sintomi di malattia virale, non è stato possibile isolare l'agente etiologico; in questi casi è però necessario che le risorse impiegate

siano ben documentate in cartella clinica (es. esami laboratoristici e strumentali dirimenti per infezione virale, trattamento farmacologico, consulenze specialistiche ecc.).

Qualora non sia stato invece possibile oggettivare la sussistenza di un'infezione virale o di altra patologia, il cui sospetto clinico è all'origine dell'assistenza ospedaliera fornita, sarà possibile indicare un codice generico di osservazione per sospetto di malattia tra quelli previsti dall'ICD-9-CM in diverse condizioni o il codice del sintomo prevalente, se questo sia stato oggetto di uno specifico consumo di risorse.

e. Piede diabetico

Come già ben precisato nella DGR n. IX/2057/2011, si conferma che *“Nei ricoveri chirurgici, in tutti i casi di complicanze a lungo termine o croniche (vascolari, neurologiche o miste) deve essere indicato il codice di diagnosi principale 250.70 Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche, unitamente ad un codice aggiuntivo (es. ulcera, gangrena ecc.) per identificare la complicazione presente, così come previsto dall'ICD-9-CM”.*

Al succitato codice di diagnosi possono poi accompagnarsi diversi codici di procedura a seconda del tipo di intervento, come specificato nella tabella riportata nel capitolo III - Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari (240-279).

Si conferma altresì che *“Nei casi complicati esclusivamente da deformità ossee, che necessitino quindi di un rimodellamento, sarà invece selezionato in diagnosi principale il codice 250.80 Diabete tipo II o non specificato, non definito se scompensato, con altre complicazioni specificate, insieme alla diagnosi secondaria relativa alle deformità (cod. 731.8 Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove) e al codice di procedura del rimodellamento osseo (es. 77.68 Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso).”*

Da quanto sopra ne deriva che, nel caso in cui l'interessamento osseo non sia esclusivo ma concomitante ad altra tipologia di complicanza (es. ulcera arti inferiori), non deve essere utilizzato il codice 250.80 in diagnosi principale.

Esempio tipico è dato dalla asportazione di ulcera di piede o dell'arto inferiore ove si ritrovi anche un interessamento dell'osso sottostante (osteomielite) che viene bonificato tramite mordenatura con pinza ossivora, sega oscillante od altra modalità. In questo caso si ritiene congruo utilizzare in DP il codice 250.70 e i codici di procedura 86.22 oppure 86.28, nel rispetto delle indicazioni di cui alla DGR n. IX/1185/2013 (Allegato 3, Sub-Allegato B, par. 1.b.), come di seguito riportate:

“Il codice di procedura 86.22, come già chiarito nella DGR n. IX/2057/2011, identifica una procedura chirurgica complessa che deve essere eseguita in Sala Operatoria. Le procedure mediche e di toelette chirurgica, eseguite al letto del paziente, devono essere codificate invece con il codice 86.28 “rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione”. Si chiarisce altresì che la rimozione asportativa di cui al codice 86.22 è l'asportazione definitiva di tessuto cutaneo e/o sottocutaneo devitalizzato, necrosi o depositi, per tramite di un'incisione (taglio) estesa all'esterno ed oltre il margine della ferita: la relativa documentazione clinica deve render conto della procedura effettuata, per la quale deve corrispondere una descrizione “dettagliata” sul verbale di intervento. Con ciò si intende enunciare un principio generale, per cui non è accettabile la codifica di una procedura solo in base alla citazione della stessa ed in assenza di una sua descrizione puntuale, che consenta di giudicarne la correttezza

Si ricorda inoltre che, come da regole generali di codifica, è scorretto codificare procedure che sono ricomprese in una procedura maggiore.

(...) In sintesi, si chiarisce che l'uso di uno strumento affilato sui piani cutanei e/o sottocutanei non identifica di per sé una rimozione asportativa di cui al codice 86.22, così come uno sbrigliamento eseguito insieme ad un'altra procedura è spesso incluso nel codice della procedura stessa (a meno che non vengano trattati sedi corporee differenti, da codificare in questo caso separatamente)”.

Si ricorda poi che in caso di interventi atti alla rimozione chirurgica (nella definizione della citata DGR n. IX/1185/2013) di ulcere diabetiche (codice di procedura 86.22) e contestuale asportazione di falangi o parti di esse (codice procedura 84.11), entrambe le procedure devono essere espresse in SDO.

Infatti, come ben specificato nel verbale del GdL regionale del 27.10.2016, punto 5 “Chiarimenti sull'utilizzo della sesta diagnosi e della sesta procedura sulla SDO”: *“L'indicazione sulla sesta procedura invece per il suo impatto sull'individuazione del relativo DRG (anche in termini di maggiore remuneratività) nonché sui regimi di assistenza previsti (ricovero vs BIC), ovvero su elementi a rischio di potenziale opportunismo, richiede particolari cautele.*

Per questi motivi la decisione sull'utilizzo della sesta procedura ha sinora richiesto pronunciamenti specifici da parte di questa Direzione, di volta in volta condivisi con il territorio tramite propri atti. Trattandosi infatti di deroghe concesse alla regola generale secondo cui non è consentito omettere sulla SDO atti operatori eseguiti o vie d'accesso chirurgico utilizzate, ciò può essere di esclusiva competenza regionale."

Pertanto, la valutazione circa l'omissione (o l'inserimento in sesta procedura) di interventi eseguiti e documentati nel verbale operatorio non è facoltà del chirurgo che ha eseguito l'intervento né della Struttura. Eventuali eccezioni alla regola generale devono essere poste all'attenzione del GdL della DG Welfare che effettuerà le valutazioni di competenza e si esprimerà in merito.

Relativamente alla scelta dei codici di diagnosi e procedura in caso di effettuazione di angioplastica (cod. proc. 39.50) in soggetto affetto da diabete, è esplicita la già citata tabella riportata nel capitolo III – Allegato A della DGR n. IX/2057/2011, di cui si riporta lo specifico punto:

Diagnosi principale	Diagnosi secondaria	Procedura
250.70 Diabete tipo II o non specificato, non definito se scompensato, con complic. circolatorie periferiche	443.81 Angiopatia diabetica periferica e/o 707.10 Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata	39.50 Angioplastica transluminale percutanea (PTA) di vaso non coronarico

Tuttavia, la scelta del codice da porre in Diagnosi Secondaria genera risultati molto diversi.

Infatti, mentre l'utilizzo del cod. 443.81 non viene letto dal Grouper come complicante, invece l'uso del cod. 707.10 complica il relativo DRG.

Ci si attende pertanto che l'esposizione in SDO del codice 707.10 non rappresenti unicamente una situazione che coesiste al momento del ricovero e sia descritta solo in Esame Obiettivo al momento dell'ingresso in Reparto ma indichi un effettivo consumo di risorse per la patologia in questione.

A tal proposito si riporta uno stralcio della citata DGR n. IX/2057/2011 - Allegato A – paragrafo "Selezione e codifica delle Diagnosi Secondarie": *"Le diagnosi secondarie di dimissione sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza."*

Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico".

f. Diagnosi secondarie e complicanze

In relazione a quanto definito dalla DGR n. IX/2057/2011, si ricorda che *"le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza"*; e ancora *"condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico"*.

Pertanto, si chiarisce che non saranno ritenute congruenti codifiche di condizioni che non incidano significativamente sul percorso assistenziale del paziente, quantunque riscontrate durante gli accertamenti eseguiti (es. riscontro di versamento pleurico o di idronefrosi, cambio di terapia orale senza monitoraggio o infusione di soluzione fisiologica ecc.).

Se ritenuto importante a fini statistici/epidemiologici, è possibile codificare le condizioni riferite alla suddetta tipologia di riscontri e azioni, in sesta diagnosi nella SDO.

Ciò al fine di non influenzare scorrettamente l'attribuzione DRG verso la variante complicata, in condizioni che rientrano invece nello schema di assistenza consueto per determinate patologie e che non richiedono quindi la messa in campo di risorse aggiuntive rispetto a quanto previsto per i ricoveri che confluiscono nei rispettivi DRG omologhi non complicati.

Si ribadisce inoltre, così come già indicato nei Piani dei Controlli per gli Esercizi precedenti, nel rispetto degli orientamenti del quadro normativo regionale di riferimento (teso ad indurre un processo di progressiva deospedalizzazione verso forme di assistenza a minore intensità nonché a ridurre in maniera consistente la durata delle degenze ospedaliere, con particolare riferimento alle condizioni non inquadrabili nella gestione

diretta della fase acuta dell'episodio assistenziale), che si intendono integralmente richiamate le disposizioni di cui alla Deliberazione ATS n. 610/2016, in riferimento ai seguenti paragrafi (Allegato 2 "Criteri appropriatezza organizzativa ricoveri"):

- *"Appropriatezza della giornata di ingresso nei ricoveri ordinari brevi (2/3 gg) con intervento chirurgico eseguito in seconda giornata"*;
- *"Dermatologia"*;
- *"Pre-ricovero"*.

Oltre a ciò, si riconfermano le indicazioni organizzative e di codifica di cui alla medesima Deliberazione ATS n. 610/2016 (Allegati 3, 4 e 5), come di seguito richiamato:

- *"Interventi sulla spalla"*;
- *"Interventi per obesità"*;
- *"Trattamento dell'incontinenza fecale"*;
- *"Linee guida appropriatezza organizzativa riabilitazione"*;
- *"Trattamenti chirurgici contestuali o successivi a mastectomia"*.

Si richiamano inoltre i documenti conclusivi dei tavoli di lavoro condotti con i professionisti clinici di riferimento per le tematiche selezionate, di cui ai lavori ATS 2016, alla citata Deliberazione ATS n. 610/2016 e alle DGR n. X/3993/2015 e n. X/6006/2016:

- *"Codifiche in ambito neonatale"* (Deliberazione ATS n. 610/2016 e DGR n. X/3993/2015);
- *"Corretta compilazione della SDO e identificazione della diagnosi principale nel singolo episodio di ricovero di pazienti con patologia psichiatrica cronica e/o co-patologie associate"* (Deliberazione ATS n. 721 del 16.06.2017, Allegato B);
- *"Prestazioni odontoiatriche"*, per quanto ritenuto di utile riferimento anche in area di ricovero (DGR n. X/6006/2016);
- *"Codifica riabilitazione di alta complessità ed intensiva"* (Tavolo ATS 2016 e DGR n. X/6006/2016);
- *"Codifica infarto miocardico acuto N-STEMI"* (Deliberazione ATS n. 610/2016 e DGR n. X/6006/2016);
- *"Appropriatezza generica dei ricoveri in regime di day hospital per chemioterapia"* (Deliberazione ATS n. 610/2016 e DGR n. X/6006/2016).

Si riconfermano altresì le indicazioni contenute nella Deliberazione ATS n. 391/2018 (Piano integrato dei controlli 2018), come di seguito richiamato:

- *"Dermatologia"*
- *"Rimozione fili di Kirschner"*
- *"Insufficienza respiratoria e polmonare"*
- *"Sedazione in DH/DS"*
- *"Interventi di radicalizzazione chirurgica"*
- *"Riabilitazione"*

In riferimento ai contenuti della Deliberazione di questa ATS n. 610 del 23.05.2016 "Indicazioni in materia di congruenza ed appropriatezza generica delle prestazioni di ricovero", si riporta infine (cfr. Allegato 3) la sintesi delle indicazioni di codifica nel merito dei trattamenti chirurgici contestuali o successivi a mastectomia, con le integrazioni previste dalla DGR n. XI/491/2018. Il presente Allegato 3, quindi, integra e sostituisce l'Allegato 5 della suddetta Deliberazione n. 610/2016.

In conclusione, in merito agli approfondimenti in corso in tema di codifica e di appropriatezza organizzativa, si riferisce quanto segue.

Tagli cesarei (TC) e CeDAP

A seguito degli esiti ottenuti dall'analisi intrapresa nel corso del 2018 (riportati in Allegato 1) si è valutato di proseguire anche per quest'anno nell'approfondimento in questione, il cui razionale è richiamato di seguito. La DGR n. X/5954/2016, al punto 4.5.14.11 *"Miglioramento dell'appropriatezza dei Tagli Cesarei"*, definisce, alla luce dell'esperienza maturata nel 2016, una riduzione della tariffa pari al 20% rispetto a quella ordinaria per i parti con TC per le classi 1 e 3 di Robson (Donna Nullipara/Donna Pluripara con Gravidanza singola, Presentazione cefalica, Età gestazionale a termine, Travaglio spontaneo) e 2A e 4 di Robson (Donna Nullipara/Donna Pluripara con Gravidanza singola, Presentazione cefalica, Età gestazione a termine, Travaglio indotto) se è superata la soglia del 75° percentile regionale. Verrà parimenti riconosciuto 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° percentile nel corso del 2017.

La classificazione di Robson ha la finalità di descrivere la presenza e la dimensione della variabilità nel ricorso al TC e di confrontare aree geografiche e Punti Nascita diversi o in periodi di tempo diversi. Divide le pazienti sottoposte a TC in 10 classi mutuamente esclusive definite in base alla parità, numero di feti, presentazione fetale, età gestazionale, modalità del travaglio.

L'analisi prevista per il 2019 riguarda il 100% della produzione di TC sul territorio ATS in un range temporale definito (DRG 371 "Parto cesareo senza complicanze" e 370 "Parto cesareo con complicanze"). Per ciascuna cartella clinica verrà indicata la classe di Robson estratta incrociando i campi del CeDAP relativi. Lo studio prevede la validazione di tale classe attraverso il riscontro di tali informazioni in cartella clinica.

Controllo delle endoprotesi

In riferimento alle disposizioni introdotte con la DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 (par. 5.3.20) e con le modalità definite con la nota della DG Welfare prot. n. G1.2019.0009622 del 28.02.2019, dall'esercizio in corso viene introdotta una nuova tipologia di controllo, riferita alla verifica della corretta rendicontazione delle endoprotesi impiantate nel corso di episodi di ricovero con dimissione a far data dal 1° gennaio 2019.

Tale attività sarà svolta nell'ambito del controllo mirato di congruenza delle prestazioni di ricovero, applicando quindi tutte le regole del procedimento amministrativo in questione, in tema di avvio e conduzione delle attività ispettive, rendicontazione delle stesse verso gli uffici regionali con le tempistiche previste dalle Regole di sistema, eventuale gestione di contenziosi (procedimento controdeduttivo) e/o di procedimenti sanzionatori.

Il controllo endoprotesi integra quindi il controllo mirato di congruenza ed appropriatezza generica senza sostituirne nessuno degli elementi costitutivi (verifica DRG, regime, degenza ecc.), che saranno quindi contestualmente verificati all'interno dello stesso episodio di ricovero.

In fase di avvio di questa tipologia di controllo, l'oggetto degli accertamenti sarà costituito dalla verifica della congruenza dei codici alfanumerici "protesi/componente" (cfr nota prot. n. G1.2015.0022071 del 23.12.2015), rendicontati nel flusso SDO4, con la tipologia e la quantità di endoprotesi/componenti impiantati (o con l'utilizzo del kit per prostatectomia radicale robotica) in ciascun episodio di ricovero, come risultante dalla relativa documentazione clinica.

Strumenti di controllo saranno quindi gli elementi documentali (es. etichette adesive dispositivi) oggettivanti l'utilizzo dei presidi rendicontati, da ricercare all'interno della cartella clinica. Tali elementi devono rivelarsi congruenti con quanto dettagliatamente descritto nei verbali operatori presenti in cartella. Il verbale operatorio infatti, dovendo necessariamente riferire del tipo e della quantità di dispositivi impiantati (o dell'utilizzo del kit per prostatectomia radicale robotica) costituirà l'elemento privilegiato di partenza per la conduzione delle verifiche in questione.

Controllo sulla qualità della documentazione clinica

Si allega la "Scheda della Qualità" aggiornata al 2019 (cfr Allegato 2), per rendere fruibili tutte le indicazioni necessarie alla redazione di una cartella clinica che contenga le informazioni indispensabili a documentare il decorso del paziente.

In particolare, in seguito alla pubblicazione della Legge 22 dicembre 2017 n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", si desidera richiamare l'attenzione **sul consenso informato al trattamento anestesiológico**, che come gli altri consensi deve essere acquisito prima del trattamento indicato, affinché il paziente possa essere informato in modo completo e comprensibile sulla procedura e sulle conseguenze della stessa.

L'assenza del consenso informato al trattamento anestesiológico sarà trattata al pari dell'assenza del consenso all'intervento e/o a trasfusioni.

• Chiarimenti sull'apposizione e sui requisiti della firma digitale

La diffusione delle cartelle cliniche informatizzate rende sempre più necessario un chiarimento sui requisiti per la generazione, l'apposizione e la verifica della firma digitale su documenti come la SDO, la lettera di dimissione, i referti, i verbali o il diario clinico.

Facendo nostre le disposizioni enunciate dalle "Linee guida alla firma digitale. Versione 1.3 aprile 2009" emanate dal Centro Nazionale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione (CNIPA) e di seguito richiamate, si raccomanda di garantire che il sistema di apposizione della firma dei medici sui documenti

presenti nella cartella clinica e che necessitano di firma autografa (es. SDO, diario clinico, referti ecc.), abbia le caratteristiche richieste dalla normativa elencata in calce al presente paragrafo.

Il requisito minimo richiesto quindi sulla documentazione sanitaria è che la firma digitale sia corredata almeno dalla dicitura: **Firma digitale apposta secondo la normativa vigente.**

Con la suddetta dicitura, la Struttura dichiara responsabilmente la puntuale applicazione della normativa di merito.

In particolare, le *“Linee guida alla firma digitale. Versione 1.3 aprile 2009”* (CNIPA) definiscono:

Punto 5. - *“Possiamo dire che nell'utilizzo del documento informatico, quando si ha la necessità di una sottoscrizione equivalente a quella autografa è indispensabile utilizzare la firma digitale”.*

Punto 6. - *“La firma digitale garantisce l'integrità dei dati oggetto della sottoscrizione e l'autenticità delle informazioni relative al sottoscrittore.”*

La garanzia che il documento informatico, dopo la sottoscrizione, non possa essere modificato in alcun modo in quanto, durante la procedura di verifica, eventuali modifiche sarebbero riscontrate, la certezza che solo il titolare del certificato possa aver sottoscritto il documento perché non solo possiede il dispositivo di firma (smartcard/token USB) necessario, ma è anche l'unico a conoscere il PIN (Personal Identification Number) necessario per utilizzare il dispositivo stesso, unite al ruolo del certificatore che garantisce la veridicità e la correttezza delle informazioni riportate nel certificato (dati anagrafici del titolare), forniscono allo strumento firma digitale caratteristiche tali da non consentire al sottoscrittore di disconoscere la propria firma digitale (fatta salva la querela di falso)”.

Per chiarire meglio quanto detto sopra va ricordato quanto riportato nel D.lgs. n. 82 del 07.03.2005 (CAD, Codice dell'Amministrazione Digitale), modificato e integrato dal D.lgs. n. 217 del 13.12.2017:

Art. 1. s) - *“**La firma digitale** è un particolare tipo di firma elettronica avanzata basata su un certificato qualificato e su un sistema di chiavi crittografiche, una pubblica e una privata, correlate tra loro, che consente al titolare tramite la chiave privata e al destinatario tramite la chiave pubblica, rispettivamente, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l'integrità di un documento informatico o di un insieme di documenti informatici”.*

In sostanza è una firma che garantisce di poter risalire univocamente da un documento al suo sottoscrittore, con due elementi aggiuntivi importanti:

- un certificato
- un dispositivo fisico sicuro per la creazione della firma.

Il **certificato** è un documento informatico contenente un'attestazione dell'identità del firmatario, proveniente da un soggetto terzo fiduciario dotato degli opportuni criteri di affidabilità di una persona fisica, che ci permette di “fidarci” del meccanismo che scelto per identificare il firmatario.

Le linee guida di cui sopra, contengono anche gli elenchi degli enti certificatori o prestatori di servizi fiduciari qualificati autorizzati da AgID e che garantiscono l'identità dei soggetti che utilizzano la firma digitale.

Quanto al dispositivo si tratta di un **dispositivo fisico** sicuro, può essere una smart-card o un token USB che inserito nel PC permette di firmare il documento o può essere un dispositivo ubicato presso un certificatore accreditato. In entrambi i casi parliamo di dispositivi che devono garantire la conformità a requisiti di sicurezza molto stringenti fissati dalla normativa vigente, per assicurare il controllo esclusivo del firmatario sulla propria firma.

Il DPCM 22.02.2013 *“Regole Tecniche in materia, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate, e digitali ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma 3, lettera b), 35, comma 2, 36, comma 2 e 71” (citato nel Piano integrato dei Controlli di ATS 2018), dispone esattamente come devono essere apposte tali firme affinché abbiano i requisiti richiesti dall'art. 26 del Regolamento Europeo 910/2014:*

- *connessa unicamente al firmatario*
- *idonea a identificare il firmatario*
- *creata mediante dati per la creazione di una firma elettronica che il firmatario può, con elevato livello di sicurezza, utilizzare sotto il proprio esclusivo controllo*
- *collegata ai dati sottoscritti in modo da consentire l'identificazione di ogni successiva modifica di tali dati*

ed inoltre sempre al punto 11. dello stesso Regolamento:

- *creata da un dispositivo qualificato per la creazione di una firma elettronica*
- *basata su un certificato elettronico qualificato.*

Il DPCM 22.02.2013 detta anche le regole tecniche:

- per la generazione, apposizione e verifica della firma digitale,
- per la validazione temporale,
- nonché per lo svolgimento delle attività dei certificatori qualificati.

Normativa di riferimento:

- Il DPCM 22.02.2013 *“Regole Tecniche in materia, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate, e digitali ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma 3, lettera b), 35, comma 2, 36, comma 2 e 71”*
- Regolamento Unione Europea 910/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 luglio 2014 (Regolamento eIDAS o Electronic IDentification Authentication and Signature Regulation)
- Decisione di esecuzione Unione Europea 2015/1506 della Commissione dell'08.09.2015
- *(che stabilisce le specifiche relative ai formati delle firme elettroniche avanzate e dei sigilli avanzati che gli organismi del settore pubblico devono riconoscere, di cui all'articolo 27, paragrafo 5, e all'articolo 37, paragrafo 5, del regolamento (UE) n. 910/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio in materia di identificazione elettronica e servizi fiduciari per le transazioni elettroniche nel mercato interno*
- *“Linee guida alla firma digitale. Versione 1.3 aprile 2009” del Centro Nazionale per l'informatica nella pubblica amministrazione*
- Decreto Legislativo n. 82 del 07.03.2005 (CAD, Codice dell'Amministrazione Digitale)
- Decreto Legislativo n. 217 del 13.12.2017

Controllo sulla congruenza esaminata in autocontrollo dall'Erogatore

Proseguirà la verifica della quota del 3,5% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti Erogatori, con le modalità di cui alla DGR n. X/1185/2013, n. X/2313/2014 e successive integrazioni.

In conclusione, si precisa che tutto quanto sin qui riportato nel dettaglio in tema di azioni programmate per il 2019, avverrà con le modalità richiamate nel Piano dei Controlli Quadro dell'ACSS, di cui alla DGR n. X/6502 del 21.04.2017 (la cui efficacia risulta attualmente prorogata ai sensi della DGR n. X/7923 del 26.02.2018), 2018 e della recente nota prot. n. acssl.2019.0000596 del 06.06.2019), paragrafi 2.3, 2.4, 2.5 e 2.6.

6. Controlli Area Sanitaria Specialistica Ambulatoriale

6.1 Attività 2018

L'obiettivo regionale dei controlli delle prestazioni della specialistica ambulatoriale, è definito all'interno delle regole di sistema che prevedono l'effettuazione delle verifiche in misura non inferiore al 3,5% della produzione. Questa attività è caratterizzata da alto numero di prescrizioni e quindi privilegia controlli di tipo statistico formale per verificare l'eventuale occorrenza di situazioni ad alto rischio di opportunismo e/o di errata modalità di erogazione/rendicontazione delle prestazioni del flusso della circ. 28/san, dando precedenza agli indicatori inclusi nella DGR 10804/09 ed in particolar modo alle prestazioni erogate in regime di esenzione, alle prestazioni non associabili, alle prestazioni afferenti alle aree della Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC), della Bassa Intensità Chirurgica (BIC) ed all'odontoiatria. Tutto questo in linea con le DD.GG.RR. e il Piano dell'Agenzia dei Controlli Socio Sanitari (ACSS) del 2018. Le regole regionali della gestione del SSSR per il 2018 hanno visto la conferma della percentuale del 3,5% calcolata sulla produzione validata del 2017. Nel mese di marzo 2018 è stato comunicato dalla Regione alla ATS il numero minimo da controllare nella misura di 520.586 record su un totale validato regionale di 14.815.773 record. Nelle tabelle di seguito riportate si dettagliano gli esiti relativi ai controlli effettuati nel corso del 2018 dai NOCA ATS Città Metropolitana.

Tab. 6.1 - CONTROLLI NOC AMBULATORIALI -EFFETTO ABBATTIMENTO

N. Record Obiettivo 3,5%	N. Record Controllati	N. Record modificati	N. Record confermati	% Record modificati/ controllati	Valore record controllati	Valore abbattimento	% Valore abbattimento/ Val controllati
520.586	539.310	136.736	402.574	25%	55.883.568	6.628.253	12%

La tabella che segue aggrega i controlli effettuati per tipologie in macrocategorie. Saranno sviluppati nei successivi sotto paragrafi le tipologie di maggiore rilevanza afferenti a tali raggruppamenti, con un breve accenno alle criticità evidenziate per i controlli di appropriatezza.

Tab. 6.2 - CONTROLLI NOC AMBULATORIALI ANNO 2018 – TIPOLOGIE DI CONTROLLO- EFFETTO ABBATTIMENTO

TIPOLOGIA DI CONTROLLO	N. Record	N. Record non confermati	%Record non non confermati	Valore Abbattimento	% Abbattimento
W,X,Y Incroci Ambulatoriale-PS con Ricovero	16.819	13.409	79,73%	538.999	3,94%
DGR 10804/09	348.453	64.698	18,57%	3.161.899	23,12%
BIC	1.378	267	19,38%	296.102	2,17%
APPROPRIATEZZA ODONTOIATRICA	4.508	1.308	29,02%	29.773	0,22%
MAC	338	7	2,07%	1.050	0,01%
LEA odontoiatria/ riabilitazione	40.998	6.266	15,28%	230.224	1,68%
CODICI ASSOCIATI	46.339	22.069	47,63%	553.575	4,05%
INTERESSE LOCALE	80.477	28.712	35,68%	1.816.632	13,29%
TOTALE	539.310	136.736	25,35%	6.628.253	

Tab. 6.3 - CONTROLLI NOC AMBULATORIALI ANNO 2018 – TIPOLOGIE DI CONTROLLO DETTAGLIO- EFFETTO ABBATTIMENTO

Tipologia di controllo	Tipologia dettaglio	Record	Valore Abbattimento
DGR 10804/09	A_K	18.142	76.981
DGR 10804/09	TIPOLOGIA P	273.469	257.260
DGR 10804/09	TIPOLOGIA Q	8.533	229.600
DGR 10804/09	TIPOLOGIA R	1.124	48.459
DGR 10804/09	TIPOLOGIA S	1.482	74.187
DGR 10804/09	TIPOLOGIA T	45.703	2.475.410
W,X,Y Incroci Ambulatoriale-PS con Ricoveri	W	11.954	207.720
W,X,Y Incroci Ambulatoriale-PS con Ricoveri	X	3.743	176.741
W,X,Y Incroci Ambulatoriale-PS con Ricoveri	Y	1.122	154.537
LEA odontoiatria/ riabilitazione	LEA ODONTOIATRIA	40.437	185.101
LEA odontoiatria/ riabilitazione	LEA RIABILITAZIONE	561	45.123
CODICI ASSOCIATI	CODICI ASSOCIATI	46.339	553.575
INTERESSE LOCALE	DIAGNOSTICA	407	48.087
INTERESSE LOCALE	DIALISI	30.817	538.105
INTERESSE LOCALE	ERRORE DISCIPLINA	9.011	-
INTERESSE LOCALE	ESAME URINE PS	22.022	6.849
INTERESSE LOCALE	GENETICA	1.727	1.032.490
INTERESSE LOCALE	HOLTER	278	46.991
INTERESSE LOCALE	INIEZIONE INTRAVITREALE	1.989	14.362
INTERESSE LOCALE	TRATTAMENTO ORTODONTICO	1.229	15.000
INTERESSE LOCALE	VISITA DI PS ESITO 6_7	981	366
INTERESSE LOCALE	MEDICINA SPORTIVA	842	1.813
INTERESSE LOCALE	PRELIEVO ADI	2.318	9.051
INTERESSE LOCALE	PSA DONNA	85	1.021
INTERESSE LOCALE	STP	8.771	102.498
APPROPRIATEZZA	appropriatezza odontoiatrica	4.508	29.773
MAC	MAC	338	1.050
BIC	BIC doppi codici	1.076	247.356
BIC	BIC	302	48.746
Totale		539.310	6.628.253

Di seguito si descrivono gli esiti attribuiti seguendo la legenda sotto riportata relativi ad alcune delle tipologie di controllo che hanno rappresentato maggiore criticità.

Legenda Esiti	
A	record confermato
B	record non confermato - valorizzazione già compresa in altra pratica
C	record non confermato - referto non recuperabile
D	record non confermato - ricetta non recuperabile
E	record non confermato - modificata prestazione e/o quantità
G	record non confermato - controllo autocertificazioni
H	record non confermato - con modifiche sulla posizione ticket e variazione della valorizzazione
X	record non confermato - con modifiche senza influenze sulla valorizzazione economica

Controllo delle esenzioni

Sono stati controllati 273.468 record inerenti l'esenzione ticket per patologia.

Tipologia di controllo	N. Record	Esito
Tipologia P	262.315	A
Tipologia P	25	E
Tipologia P	9.360	H
Tipologia P	1.768	X

Ricette duplicate/mancanti

Si è evidenziato nel corso di questo controllo il problema relativo anche alle ricette dematerializzate, per il quale è stata fatta segnalazione agli Uffici Regionali competenti. Complessivamente sono stati verificati 8.533 record.

Tipologia di controllo	N. Record	esito
Tipologia Q	2.108	A
Tipologia Q	306	C
Tipologia Q	5.909	E
Tipologia Q	210	X

Medico prescrittore cessato - medico campo vuoto / 9999999999

Sono state valutate le rendicontazioni di prestazione da parte di medici il cui codice appariva al momento della prescrizione, cessato, vuoto o compilato con il codice 9*. Per quanto attiene a questa seconda tipologia è stato rilevato un utilizzo inappropriato e quasi sistematico del codice 9999* per i cittadini provenienti da fuori Regione laddove la normativa prevede che tale codice venga utilizzato solo nel caso in cui nel timbro non risulti presente la codifica del medico. Complessivamente il controllo ha riguardato 45.703 record.

Tipologia di controllo	N. Record	Esito
Tipologia T	4.904	A
Tipologia T	8	C
Tipologia T	40.386	E
Tipologia T	405	H

Prestazioni Codici associati

Il controllo ha riguardato le codifiche erroneamente associate quali ad esempio tipologie di prestazioni per cui si prevede l'identificazione di un nuovo codice che consente la definizione di una unica tariffa omnicomprensiva. Complessivamente per i codici associati/inclusi sono stati controllati 46.339 record.

Tipologia di controllo	N. Record	esito
Codici Associati	23.780	A
Codici Associati	3	C
Codici Associati	22.066	E
Codici Associati	490	X

LEA Riabilitazione /Odontoiatria

Il controllo fatto alla luce delle indicazioni della DGR 3111/2006 ha evidenziato modalità differenti di interpretazione da parte degli Erogatori dei criteri di accesso alle tipologie di prestazioni in oggetto. Sono stati verificati 49.998 record in totale.

Tipologia di controllo	N. Record	esito
LEA Odontoiatria	34.710	A
LEA Riabilitazione	10	A
LEA Odontoiatria	1	C
LEA Odontoiatria	5.715	E
LEA Riabilitazione	550	E
LEA Odontoiatria	11	X
LEA Riabilitazione	1	X

Controllo stranieri - regime di erogazione 9

Sono state esaminate le prestazioni rendicontate con onere 9 a carico del SSN codice STP per gli stranieri indigenti non coperti da assicurazione sanitaria. Trattasi di 8.390 pratiche

Tipologia di controllo	N. Record	esito
STP	8.084	A
STP	35	B
STP	4	C
STP	267	E

Genetica

Il controllo effettuato ha riguardato la corretta rappresentazione di prestazioni afferenti alla branca di laboratorio e nello specifico della genetica tramite utilizzo di codici da Nomenclatore Tariffario Regionale. Sono stati verificati 1.727 record in totale.

Tipologia di controllo	N. Record	esito
GENETICA	12	A
GENETICA	1715	E

Dialisi

È stato effettuato un controllo relativo alla corretta rendicontazione di prestazioni in costanza di Dialisi. Sono stati verificati 30.817 record in totale.

Tipologia di controllo	N. Record	esito
DIALISI	13075	A
DIALISI	4	C
DIALISI	17738	E

BIC – Prestazioni ambulatoriali di bassa intensità chirurgica - doppi codici

In ambito chirurgico, l'evoluzione della tecnologia ha consentito un approccio sempre meno invasivo che ha reso possibile in questi ultimi anni lo spostamento di molti interventi, definiti di media complessità, verso quelli considerati minori e quindi fattibili con modalità organizzative differenti dal ricovero ordinario.

Lo spostamento del setting assistenziale da ricovero ad ambulatoriale ha determinato di fatto una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione.

Il controllo di queste attività, definite dalle DGR 10804/2009 e 4716/2013, è stato effettuato prevalentemente sulla documentazione sanitaria, estratta a campione in relazione alla consistenza della produzione delle singole Strutture, e ha riguardato il controllo della corretta rappresentazione dell'attività svolta.

È stata anche controllata la presenza di più codici BIC con medesima data contatto in difformità alle indicazioni regionali che prevedono (DGR 621/2010) "nel caso di effettuazione contestuale di più procedure chirurgiche, deve essere scelta quella che il Grouper 3M individua come principale (M.P.R)".

Tipologia di controllo	N. Record	esito
BIC	231	A
BIC	3	B
BIC	2	D
BIC	53	E
BIC	13	X
BIC DOPPI CODICI	867	A
BIC DOPPI CODICI	24	B
BIC DOPPI CODICI	185	E

Macroattività ambulatoriale complessa ad alta integrazione di risorse (MAC)

Nel corso del 2018 sono state completate le verifiche iniziate nel 2017, sull'offerta di Macroattività Ambulatoriale Complessa inerente l'assistenza riabilitativa. Come per il 2017 i presupposti della verifica hanno riguardato:

- appropriatezza del regime di erogazione MAC rispetto al regime ambulatoriale semplice sulla base dell'assistenza realmente erogata, da evidenziarsi in maniera chiara nella documentazione sanitaria, e sua congruenza con quanto previsto dalla DGR 2633/2011 (All. 10) e dalla successiva DGR n. 2946/2012, in merito al contenuto dei pacchetti MAC, e con le indicazioni emerse dal Gruppo di Lavoro regionale Accreditamento, Appropriatezza e Controllo;
- completezza e qualità della documentazione sanitaria come da indicazioni contenute nella DGR n. 1962/2011 con particolare riferimento al Progetto Riabilitativo Individuale ed al Programma Riabilitativo Individuale.
- corretta rendicontazione degli accessi secondo le modalità contenute nella Nota regionale prot. n. H1.2014.0002969 del 24.01.2014 che prevede il superamento della trasmissione mensile di quanto erogato e la rendicontazione degli accessi stessi ad esaurimento del pacchetto prescritto in ricetta, fermo restando l'obbligo di chiusura entro il 31 dicembre. La verifica condotta ha riguardato circa il 20% (19,76%) della produzione MAC di riferimento.

È di seguito riassunta nella tabella X il dettaglio delle verifiche svolte.

Tab 6.4 - MAC RIABILITATIVE

MAC Riabilitative campionate (controllo record)	Pratiche Confermate	Pratiche non confermate
338	329	7

Le criticità riscontrate possono essere così sintetizzate:

- errori di attribuzione di MAC (per il livello di complessità)
- accessi MAC con carenza di tempo / operatori, ricondotti a semplici prestazioni ambulatoriali;

- appropriatezza desunta sulla base della documentazione sanitaria;
- carenze nella documentazione.

I controlli delle MAC hanno avuto anche l'effetto di uniformare i contenuti dei pacchetti fra i diversi erogatori, attraverso una revisione partecipata dei protocolli esistenti.

Odontoiatria

Nel corso del 2018 è stato avviato un tavolo sperimentale con alcune aziende particolarmente coinvolte, in termini di numeri e complessità operativa, al fine di condividere degli item di qualità da implementare nella cartella clinica ambulatoriale. Il confronto ha consentito di produrre una comune linea di indirizzo valutativo che è stata poi testata in fase di controllo attraverso una valutazione sia da parte dell'erogatore sia del NOCA. Il livello di concordanza è stato molto alto (media 95%) e questo è da considerarsi uno spunto per l'ampliamento del progetto ad altre strutture per l'anno 2019.

Nella tabella sottostante si riassumono i dettagli dei controlli effettuati (il dettaglio è riferito all'esito NOCA).

Tab. 6.5 - ODONTOIATRIA

Numero Controlli effettuati	Numero prestazioni confermate	Numero prestazioni non confermate
4.508	3.200	1.308

Trasporto Dializzati

In ottemperanza alla DGR 4702 del 29/12/2015 sub allegato 15 paragrafo 6.2, sono state approntate delle verifiche sui criteri adottati per la richiesta del trasporto a favore di pazienti sottoposti a trattamento dialitico. È stata quindi predisposta una richiesta alle strutture interessate dalla problematica al fine di procedere ad un adeguato campionamento (almeno il 30% come richiesto dal Piano dell'Agenzia dei Controlli Socio sanitari) e verificare le eventuali irregolarità. Si riassume nella tabella sottostante l'esito della verifica precisando che la quasi totalità delle difformità è stata rappresentata dalla impossibilità di evidenziare nella documentazione allegata, il problema clinico che impedisse al paziente di poter accedere ambulatorialmente e senza trasporto, alla prestazione di Dialisi.

Nr. Pratiche totali anno 2018	Nr. Pratiche campionate anno 2018	Confermate	Non confermate
1.723	1.017	987	30

6.2 Interventi e attività programmate 2019

Le attività di controllo delle prestazioni sanitarie sono determinate quantitativamente dalle indicazioni regionali con la definizione di una percentuale minima di eventi da verificare e dal calcolo del numero di record (per le prestazioni ambulatoriali), definito dall'applicazione di questa percentuale sulla produzione consolidata dell'anno precedente a quello di riferimento del Piano dei Controlli.

Anche per il 2019 la percentuale stabilita dalla DG Welfare resta individuata nel 3,5%. Come per l'esercizio 2018 va segnalato che le Regole di gestione del SSSR hanno previsto di considerare una temporalità fino al 31 dicembre 2018 per il raggiungimento dell'obiettivo. Inoltre in relazione alle prospettive avanzate dalla DG Welfare sulla qualità del flusso rendicontativo, si valuterà l'ipotesi di strutturare un percorso integrato con altre Unità Operative Aziendali, al fine di procedere ad uno stretto monitoraggio sull'attività 2019. Ciò consentirà di preparare in futuro una strategia operativa che focalizzi l'attenzione, in particolare per alcune tipologie di errore come il codice medico non attivo o la ricetta duplicata, sull'anno finanziariamente aperto e con possibilità quindi di un intervento diretto ed efficace dell'erogatore per il superamento dell'errore stesso.

Per la stesura del Piano dei Controlli delle prestazioni ambulatoriali si è poi tenuto conto delle indicazioni regionali contenute nella Delibera sulle Regole di Gestione del SSR per il 2019 N° 1046 del 17/12/2018 nonché delle indicazioni fornite dal Piano della Agenzia dei Controlli Socio Sanitari della Regione Lombardia, dello

strumento di Interpello e dei provvedimenti assunti in ambito di Gruppo di Lavoro Regionale su Accreditamento e Controllo Sanitario e Socio Sanitario e delle criticità evidenziate in sede di controllo NOC. A questo aggiungeremo un monitoraggio sul campo, quindi controllo di appropriatezza, facendo tesoro anche delle indicazioni date nel 2017 dalla ACSS in materia di MAC ed Odontoiatria. Si è infatti ritenuto di continuare il percorso di revisione e miglioramento delle attività di Macroattività Ambulatoriale Complessa anche alla luce di incontri tecnici tra ATS ed erogatori che verranno riproposti per il 2019 e per quanto riguarda l'Odontoiatria, l'implementazione ed il rispetto dei contenuti della DGR 6006/2016. I controlli informatici saranno prevalentemente orientati sull'anno consolidato 2018 ma è all'attenzione di questa ATS la necessità di spostare l'attenzione anche sull'anno finanziariamente aperto in particolar modo per i controlli di appropriatezza.

Tab. 6.6 - CONTROLLI AMBULATORIALI INFORMATICI 2019

AREA DI CONTROLLO	INDICATORE TIPO CONTROLLO	TIPOLOGIA CONTROLLO	OBIETTIVO 2019
Bioimmagini DGR 10804/2009	A	Verificare la presenza sulla stessa pratica di codici di TC/senza contrasto e TC c/s contrasto (quest'ultimo ricomprende il precedente) relativi allo stesso distretto corporeo. Lo stesso criterio di controllo vale per le Risonanze	Controlli Ambulatoriali 3,5% (atteso) delle prescrizioni poste a carico del SSR nel 2018, estratte utilizzando i criteri: "regime erogazione" 1, 7, 8, 9, C "tipo prestazione" O, U, Z.
	B	Verificare l'utilizzo inappropriato dei codici dei singoli tratti di RX della colonna al posto del codice di RX colonna in toto, oppure RX tratto gastroenterico superiore ed inferiore al posto del singolo codice riferito all'RX dell'addome completo, oppure verificare l'utilizzo dei codici di ecografia addome inferiore e superiore invece che del codice di ecografia dell'addome completo	
	D	Verificare che i codici di RX mono_bilaterale c/s mezzo di contrasto non siano presenti in quantità maggiore di >1	
Laboratori DGR 10804/2009	F	Verificare la contemporanea presenza dei codici di Creatinina e Creatinina Clearance (quest'ultima ricomprende la precedente)	
	G	Verificare la contemporanea presenza sulla stessa pratica dei codici di glucosio e curva da carico glicemica (quest'ultima ricomprende il precedente)	
Dialisi DGR 10804/2009	E	Verificare che non siano contestualmente presenti sulla stessa pratica codici di prestazioni da ricomprendersi nella prestazione di dialisi	
Laboratorio DGR 10804/2009	O	Verificare la contemporanea presenza del codice di estrazione di DNA già incluso in alcuni codici di prestazioni di laboratorio	
Microbiologia DGR 10804/2009	J	Verificare la contestuale presenza sulla stessa pratica del codice di Coprocultura e Salmonella e/o Shigella e/o Campylobacter (questi ultimi tre sono già ricompresi nel codice di coprocultura)	
Ricette doppie DGR 10804/2009	Q	Ricette doppie	

Ricovero (incrocio flussi SDO _ 28SAN_PS) DGR 8078/2002	W	Prestazioni ambulatoriali da ricomprendersi nel costo del DRG di ricovero (stesso Presidio)
	X	Prestazioni erogate in Pronto Soccorso e seguite da ricovero da ricomprendersi in quest'ultimo (stesso Ente)
	Y	Prestazioni ambulatoriali erogate in corso di ricovero da ricomprendersi in quest'ultimo (stesso Presidio)
Ricovero DGR 10804/2009	R	Prestazioni ambulatoriali erogate in corso di ricovero (stesso Ente)
Prestazione in esenzione DGR 10804/2009	P	Prestazioni non rientranti nel codice di esenzione per patologia esposto, per cui la struttura avrebbe dovuto richiedere al paziente il pagamento del ticket e della quota fissa
Paziente deceduto DGR 10804/2009	S	Verifica che alla data erogazione il paziente non risulti deceduto
Medico cessato DGR 10804/2009	T	Verifica che alla data compilazione della ricetta il medico non avesse cessato l'attività
Prestazioni endoscopiche e diagnostica cardiologica DGR 10804/2009	U	Verifica della contemporanea presenza di codici di prestazioni endoscopiche e di diagnostica cardiologica che non possono essere contemporaneamente presenti
visite specialistiche DGR 10804/2009	V	Verifica della contemporanea rendicontazione di alcuni codici di prima visita e altri codici di prestazioni già inclusi nelle prime visite
Prestazioni di Interesse Locale	Z	ES. Diagnostica - medicina sportiva - errore disciplina -Holter 24h -- Codici associati ecc. e tutti i Controlli che dovessero rendersi necessari a seguito di valutazione in sede di controllo o di analisi, qualora si riscontrassero anomalie di comportamento da parte degli Erogatori.
Bic doppi codici DGR621/2010	Z	"Nel caso di effettuazione contestuale di più procedure chirurgiche, deve essere scelta quella che il Grouper 3M individua come principale (M.P.R)"
Lea riabilitazione DGR 3111/2006	Z	Elenco prestazioni di riabilitazione non erogabili a residenti Fuori regione.
Prescrizioni alto costo	Z	Indagine conoscitiva sulle modalità di prescrizione, rendicontazione e metodi di determinazione, delle prestazioni alla base di prescrizioni particolarmente remunerative

Tab. 6.7 - CONTROLLI AMBULATORIALI DI APPROPRIATEZZA 2019

Tipologia di prestazione	Criteri di verifica
MAC	Mac 12 (verifica attuazione dei protocolli revisionati, completezza documentale e corretta rendicontazione).
BIC	Completezza documentale e corretta rendicontazione dell'evento chirurgico
Odontoiatria	Corretta applicazione delle indicazioni di appropriatezza della DGR 6006/16, criteri di accesso alle cure e valutazione dei percorsi di adeguamento alle modifiche apportate con la DGR 1046/18
MOC	Verifica dei requisiti clinici per l'erogazione della prestazione e valutazione delle situazioni in cui l'esecuzione dell'esame viene ripetuta in un intervallo temporale non ritenuto dalla legislazione nazionale e regionale, adeguato o a rischio elevato di inappropriatezza.
Genetica DD.GG.RR. 4716/13, 2312/14 , DM 2015	Presenza di Consenso informato. Appropriately prescrittiva con riferimento alla corretta prescrizione della ricerca di mutazione di alcuni geni (BRCA, BRAF, Kras, Nras e PIK3Ca) e patologie tumorali identificate dalla normativa regionale e nazionale come appropriate di indagini in ambito genetico.
Endoscopia digestiva	Controlli preliminari sull'appropriatezza prescrittiva ed esiti di refertazione di colonscopia ed EGDS da parte di specialisti ospedalieri.

7. Controlli Area Sociosanitaria

7.1 Attività 2018

Si rendiconta di seguito l'attività svolta da ATS Città Metropolitana di Milano nel 2018 in relazione ai sopralluoghi di vigilanza sul mantenimento dei requisiti organizzativo-gestionali e strutturali-tecnologici e del controllo di appropriatezza. Per l'attività di vigilanza, a fronte di un totale di n. 238 visite programmate, sono state svolte n. 249 visite per verifica dei requisiti organizzativo gestionali, pari al 35,8% del totale di n. 694 UdO sociosanitarie presenti sul territorio ATS, dato puntuale alla data del 01/01/2018 e n. 230 visite per verifica requisiti strutturali tecnologici (33%). Le visite straordinarie, effettuate in particolare a seguito di segnalazione, sono risultate pari a n. 28 (4%) (tabella 7.1).

Tab. 7.1: VIGILANZA DI MANTENIMENTO - ATTIVITÀ SVOLTA NELL'ANNO 2018

	UdO sul territorio	Visite Requisiti Organizzativo- Gestionali	Visite Requisiti Strutturali- Tecnologici	Visite Straordinarie
Residenze Sanitaria Assistenziali per Anziani	156	57	54	15
Centri Diurni Integrati	68	22	23	0
Centro Diurno Disabili	92	34	34	0
Comunità Socio Sanitaria	54	21	21	0
Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con Disabilità	29	11	10	3
Strutture Riabilitative residenziali e ambulatoriali	39	18	13	5
Assistenza Domiciliare integrata	51	19	20	2
UCP DOM	28	5	5	0
Hospice	24	3	3	3
Consultori Familiari	80	23	19	0
Dipendenze Ambulatoriali (SerD e SMI).	29	17	13	0
Dipendenze Bassa Intensità	11	2	2	0
Dipendenze Comunità residenziali e semiresidenziali.	33	17	13	0
Totale	694	249	230	28

L'attività di controllo appropriatezza, programmata per il 30% delle UdO, è riportata nella tabella 2.

I controlli programmati sono stati calcolati sul numero degli utenti rendicontati nel 2017, applicando le seguenti percentuali:

- regime residenziale e semiresidenziale: 11,5%
- regime ambulatoriale e domiciliare: 3,5%

Per quanto riguarda i consultori familiari, la percentuale del 3,5% è applicata sul numero dei nuovi utenti, rendicontati nel 2017, che hanno usufruito di prestazioni ad elevata integrazione.

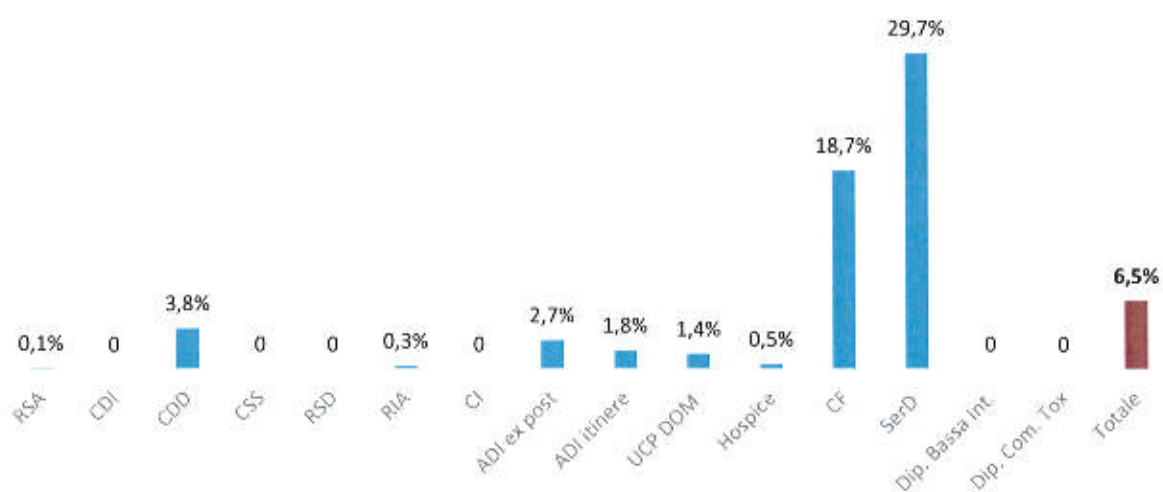
I controlli di appropriatezza sono stati attuati complessivamente su n. 284 UdO, pari al 41% del totale di n. 694 UdO presenti sul territorio ATS alla data del 01/01/2018. Il totale complessivo di visite svolte, pari a n. 413 è di entità maggiore rispetto al numero di UdO controllate (n. 284), in quanto la numerosità del campione di FaSAS da controllare nelle UdO a maggior volume di attività, ha richiesto l'attuazione di più accessi in una stessa struttura (tabella 7.2).

Tab. 7.2: CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA - ATTIVITÀ SVOLTA NELL'ANNO 2018

	Udo controllate	Visite effettuate	Utenti presenti nelle Udo controllate	N. FaSAS controllati	FaSAS riclassificati o abbattuti
Residenze Sanitaria Assistenziali per Anziani	53	70	7.104	893	1
Centri Diurni Integrati	23	23	1.026	126	0
Centro Diurno Disabili	32	32	852	130	5
Comunità Socio Sanitaria	18	18	330	43	0
Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con Disabilità	11	11	600	78	0
Strutture Riabilitative ambulatoriali	9	17	9.714	315	1
Cure Intermedie	6	17	4.730	559	0
Assistenza Domiciliare Integrata ex post	24	27	3828	219	6
Assistenza Domiciliare Integrata in itinere	26	112	2629	112	2
UCP DOM	11	11	1.457	69	1
Hospice	9	17	1.687	199	1
Consultori Familiari	34	42	15.429	851	159
Dipendenze Ambulatoriali (SerD e SMI).	16	20	7.000	259	77
Dipendenze Bassa Intensità	1	1	11	1	0
Dipendenze Comunità residenziali e semiresidenziali.	11	14	304	60	0
Totale	284	432	56.701	3.914	253

I controlli di appropriatezza hanno permesso di accertare errate classificazioni/codifiche che hanno comportato decurtazioni economiche per n. 253 FaSAS sul totale dei 3.914 FaSAS controllati nel 2018, pari al 6,5%. Le tipologie di UdO maggiormente interessate sono rappresentate dalla rete delle dipendenze ambulatoriali (29,7%), dai consultori familiari (18,7%), dai CDD (3,8%) e dalla rete inerente l'attività domiciliare (ADI ex post 2,7% - ADI itinere 1,8% - UCP Dom 1,4%) (grafico 1).

Grafico 1 - % FaSAS con decurtazioni economiche da errata classificazione/codifica



Per il controllo delle persone in stato vegetativo ex DGR 4222/2012, nel 2018 sono state verificate le condizioni clinico assistenziali di n. 38 utenti complessivi allocati nelle RSA e RSD del territorio ATS, così distribuiti:

- Su richiesta del PIPSS verificati n. 9 nuovi ingressi in n. 4 RSA
- Verifica routinaria effettuata su n. 29 utenti inseriti in n. 3 RSA e in n. 2 RSD

Nelle tabelle seguenti sono riportati gli esiti per ciascuna UdO e per ciascun indicatore di appropriatezza generale e specifico della dgr 1765/14.

Le percentuali inferiori alla soglia di accettabilità (95%) sono evidenziate in grassetto nella tabella n. 3 e seguenti. Tra gli indicatori generali si rilevano criticità per l'IG4 (congruenza con il flusso), in particolare per la rete delle Dipendenze Ambulatoriali (69%) e i Consultori Familiari (87%), seguite dalla tracciabilità degli interventi attuati (IG2.3) in particolare per RSD (83%) e CDI (91%), dalla valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni (IG1), in particolare per RSD (78%) e CDD (85%) e dalla progettazione individualizzata (IG2.1) in particolare per le RSD (88%).

Per ciascuna tipologia di UdO si riportano in parentesi, al di sotto del valore percentuale relativo al 2018, il valore degli indicatori generali e specifici per i quali nel 2017 sono state rilevate percentuali di entità inferiore al 95%. L'incremento percentuale nel biennio 2017-2018 denota l'attuazione di azioni di miglioramento da parte dei gestori (tabelle 7.3-7.9 e grafici 2-5).

Tab. 7.3: CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA – INDICATORI GENERALI

	IG1	IG2.1	IG2.2	IG2.3	IG3.1	IG3.2	IG4
Residenze Sanitaria Assistenziali per Anziani	99%	99% (2017:92%)	99%	96%	99%	99%	94%
Centri Diurni Integrati	97%	96% (2017:90%)	99%	91%	99%	96%	99% (2017:94%)
Centro Diurno Disabili	85%	96%	99%	93%	100%	100%	94%
Comunità Socio Sanitaria	91%	95% (2017:77%)	95%	98% (2017:93%)	100%	100%	100% (2017:93%)
Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con Disabilità	78%	88%	96%	83%	95%	95%	98% (2017:90%)
Strutture Riabilitative ambulatoriali	92%	92%	99%	100%	99%	98%	92%
Strutture Riabilitative residenziali	100%	95%	100%	99% (2017:93%)	99%	99%	100% (2017:95%)
Assistenza Domiciliare integrata ex post	-	-	97%	94%	-	97%	97%
Assistenza Domiciliare integrata in itinere	-	-	96%	98%	-	98%	100%
UCP DOM	93% (2017:59%)	100% (2017:60%)	97%	94% (2017:87%)	97% (2017:79%)	95% (2017:90%)	100% (2017:90%)
Hospice	98%	96%	92%	98%	99%	95%	94% (2017:79%)
Consultori Familiari	97%	92% (2017:76%)	98%	97% (2017:92%)	99%	99%	87%
Dipendenze Ambulatoriali (SerD e SMI).	99% (2017:90%)	95%	100%	98%	100%	100%	69%
Dipendenze Comunità	97%	97%	100%	93% (2017: 89%)	100%	100%	100% (2017:94%)
Media TOTALE	94%	95% (2017:88%)	98%	95% (2017:94%)	99%	98%	95% (2017:91%)

IG 1 Presenza della valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni

IG 2.1 Elaborazione del Progetto Individuale

IG 2.2 Presenza della pianificazione

IG 2.3 Tracciabilità degli interventi attuati

IG 3.1 Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione

IG 3.2 Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati

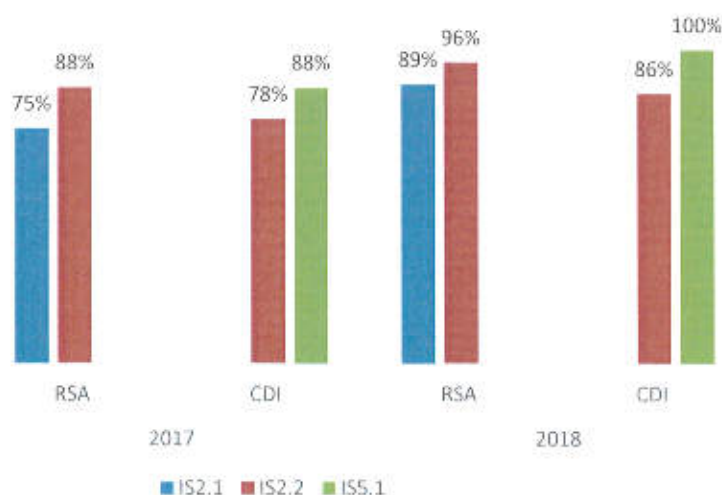
IG 4 Congruenza dati rendicontati nel flusso con quanto rintracciato nel FASAS

Tab. 7.4: CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA – INDICATORI SPECIFICI RSA E CDI

	IS1.1	IS1.2	IS2.1	IS2.2	IS3.1	IS3.2	IS4.1	IS4.2	IS5.1	IS5.2	IS6.1	IS6.2	RSA 7.1 CDI 6	IS7.2	RSA 8 CDI 7
RSA	99%	100%	89% (2017:75%)	96% (2017:88%)	99%	98%	99%	99%	100%	99%	96%	98%	97%	97%	100%
CDI	99%	96%	71%	86% (2017:78%)	100%	100%	100%	97%	100% (2017:88%)	98%	-	-	99%	-	100%

IS 1.1	È stato valutato il rischio cadute
IS 1.2	Se la persona è a rischio di cadute e/o caduta, sono attuate misure preventive/trattamentali
IS 2.1	Se la contenzione fisica è applicata alla persona, è presente la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione fisica e schede di monitoraggio
IS 2.2	Se la contenzione fisica è applicata alla persona, è presente il consenso informato all'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica sottoscritto
IS 3.1	È presente una valutazione del dolore effettuata con scale di valutazione del dolore adeguate allo stato cognitivo della persona (self report/scale osservazionali)
IS 3.2	Trattamento del dolore negli ultimi 3 mesi nel 100% degli stati-episodi algici
IS 4.1	È stato valutato, attraverso scale validate, il rischio di sviluppare ulcere da pressione
IS 4.2	Sono attuati Interventi appropriati per prevenzione delle ulcere da pressione o per la cura delle lesioni in atto
IS 5.1	Viene effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e apporto idrico
IS 5.2	Viene effettuato il monitoraggio e/o misure preventive/trattamentali in utenti valutati a rischio o con stato di malnutrizione e/o di disidratazione
IS 6.1	L'anamnesi sociale e familiare è completa dei dati richiesti
IS 6.2	Obiettivi personalizzati per attività animative /educative individuali e/o di gruppo
IS 7.1/ IS 6	In persona con decadimento cognitivo (MMSE < 19) è prevista una progettualità specifica
IS 7.2	Solo Per Nuclei Alzheimer: le persone con CDR 2-3 sono coinvolte in programmi di stimolazione cognitiva globale
IS 8/ IS7	Coinvolgimento in programmi di attività motoria appropriati alle condizioni della persona

Grafico 2 – Indicatori specifici dgr 1765/14 < 95%: aree di miglioramento RSA e CDI



Tab. 7.5: CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA – INDICATORI SPECIFICI DISABILITÀ

	IS1.1	IS1.2	IS 2.1	IS 2.2	IS 3	RSD 4.1 IS 3.1	RSD 4.2 IS 3.2	RSD 4.3 IS 3.3	RSD 5.1 IS 4.1	RSD 5.2 IS 4.2	RSD 6.1 IS 5.1	RSD 6.2 IS 5.2	RSD 7 IS 6
RSD	100%	98%	95%	98%	99%	100%	100%	100%	100%	96%	99%	99%	100%
CSS	100%	100%	-	96% (2017:94%)	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
CDD	99%	93%	100%	96%	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

IS 1.1/1.1	Presenza della valutazione delle funzioni primarie
IS 1.2/1.2	Attuazione di interventi coerenti con la valutazione in caso di funzioni primarie compromesse e/o a rischio
IS 2.1/2.1	Presenza di valutazione delle abilità nelle funzioni motorie
IS 2.2/2.2	Attuazione di misure preventive/trattamentali per gli utenti valutati a rischio di caduta o caduti
IS 3	Rintracciabilità della valutazione del dolore effettuato con scala appropriata e validata
IS 4.1/3.1	Presenza della valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale
IS 4.2/3.2	Presenza della valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione
IS 4.3/3.3	Attuazione di strategie di intervento per utenti in cui sono state rilevate compromissioni dell'autonomia
IS 5.1/4.1	Valutazione del rischio/presenza di comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo
IS 5.2/4.2	Attuazione di misure preventive/trattamentali per gli utenti valutati a rischio di comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo
IS 6.1/5.1	Presenza di valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali
IS 6.2/5.2	Individuazione di obiettivi personalizzati per le attività animative/educative/occupazionali sia individuali che di gruppo
IS 7/6	Attuazione di interventi finalizzati all'inclusione sociale o al sostegno alle relazioni interpersonali

Tab. 7.6: CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA – INDICATORI SPECIFICI ADI

	Itinere 1	Itinere 2 Ex post 1	Itinere 3.1 Ex post 2.1	Itinere 3.2 Ex post 2.2	IS 3	IS 4	IS 5.1	IS 5.2
ADI ex post	-	97% (2017:90%)	100%	99%	97% (2017:91%)	95% (2017:92%)	90%	95% (2017:89%)
ADI in itinere	96%	99% (2017:81%)	99% (2017:93%)	99%	-	98%	100% (2017:82%)	100% (2017:92%)

Itinere 1	Presenza al domicilio del materiale informativo
Itinere 2/ ex post 1	Presenza del monitoraggio del dolore con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona
Itinere 3.1/ ex post 2.1	Presenza di valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione
Itinere 3.2/ ex post 2.2	Sono attuati interventi appropriati per prevenzione delle ulcere da pressione o per la cura delle lesioni in atto
IS 3	Applicazione corretta ed appropriata dei protocolli assistenziali relativi alle condizioni cliniche del singolo utente
IS 4	Presenza in diario della registrazione degli eventi occorsi e degli interventi attuati
IS 5.1	Presenza del PRI/pri redatti e sottoscritti dai componenti del team riabilitativo in coerenza con i bisogni rilevati
IS 5.2	Rispetto dei criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative ai sensi del DDG n. 6032/2012 Allegato n. 1

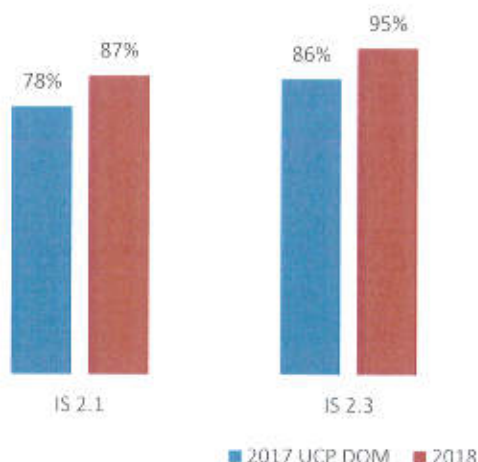
Tab. 7.7: CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA – INDICATORI SPECIFICI UCP DOM

	IS1	IS 2.1	IS 2.2	IS 2.3	IS 3.1	IS 3.2	IS 4
UCP DOM*	-	87% (2017:78%)	97%	95% (2017:86%)	88%	94%	84%

*controlli attuati presso la sede del gestore

IS 2.1	Rispetto dei criteri di eleggibilità, verificati attraverso il colloquio preliminare, per le cure palliative domiciliari ai sensi della DGR n. 4610/2012.
IS 2.2	Elaborazione del PAI
IS 2.3	Compilazione del diario
IS 3.1	Presenza della valutazione del dolore con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona ad ogni accesso medico-infermieristico
IS 3.2	È stato effettuato trattamento del dolore (farmacologico e/o non farmacologico) in assistito con valutazione positiva del sintomo
IS 4	Corretta e appropriata applicazione dei protocolli assistenziali in uso dal Gestore

Grafico 4 – Indicatori specifici dgr 1765/14 < 95%: aree di miglioramento UCP DOM



Tab. 7.8: CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA – INDICATORI SPECIFICI HOSPICE

	IS1	IS 2.1	IS 2.2	IS 3.1	IS 3.2	IS 4
Hospice	97%	100% (2017:95%)	100%	99% (2017:94%)	94%	99%

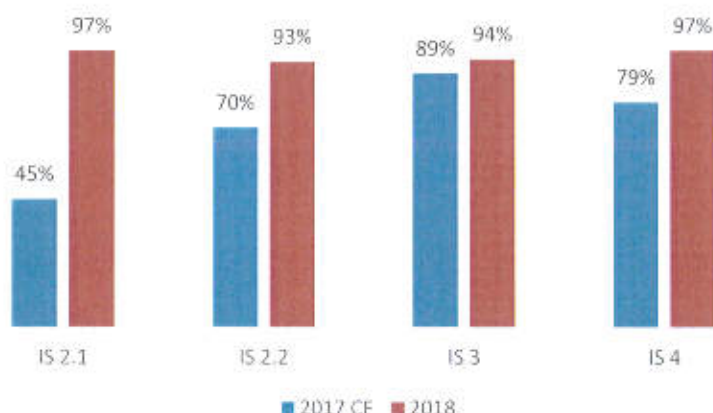
- IS 1 Rispetto dei criteri di eleggibilità, verificati attraverso il colloquio preliminare.
 IS 2.1 Presenza della valutazione del dolore con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona
 IS 2.2 È stato effettuato trattamento del dolore (sia farmacologico, sia non farmacologico) in assistito con valutazione positiva del sintomo
 IS 3.1 Valutazione del bisogno di supporto all'utente e/o ai familiari nel FASAS
 IS 3.2 Interventi di supporto effettuati all'utente e/o ai familiari solo dove è stato rilevato il bisogno (FASAS pertinenti)
 IS 4 Corretta e appropriata applicazione dei protocolli assistenziali in uso dal Gestore

Tab. 7.9: CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA – INDICATORI SPECIFICI CONSULTORI

	IS1	IS 2.1	IS 2.2	IS 3	IS 4
CF	99%	97% (2017:45%)	93% (2017:70%)	94% (2017:89%)	97% (2017:79%)

- IS 1 Colloquio di accoglienza esitato in un percorso di valutazione/orientamento (Cod. Cons.101)
 IS 2.1 Situazioni complesse per le quali sono state effettuate visite colloquio (Cod. Cons. 001) da almeno due operatori con professionalità diverse
 IS 2.2 In caso di situazioni complesse vi è evidenza nel FASAS della discussione in equipe del caso
 IS 3 Evidenza di incontri operativi tra gli operatori del Consultorio ed operatori di altri Enti/servizi (Cod. Cons. 801 e 802)
 IS 4 È documentato nel FASAS il counselling (ai sensi dell'art. 5, §1, Lg 194/78) prima dell'eventuale prescrizione medica (con esclusione delle situazioni d'urgenza) (Cod. Cons. 101 e/o 102)

Grafico 5 – Indicatori specifici dgr 1765/14 < 95%: aree di miglioramento CF



7.1.1. Diffide e sanzioni

Nel corso dell'anno 2018 l'attività di vigilanza sulle strutture sociosanitarie afferenti al territorio di ATS Città Metropolitana di Milano per la verifica del mantenimento dei requisiti organizzativo gestionali, strutturali e tecnologici di autorizzazione e accreditamento ha determinato 23 provvedimenti di diffida per carenze requisiti organizzativo gestionali su 249 UdO controllate.

In particolare, le criticità riscontrate sui requisiti organizzativo/gestionali sono relative a: 1) non corretta applicazione di alcune procedure, tra cui le più frequenti: "Approvvigionamento, Conservazione e smaltimento Farmaci"; "Gestione Farmaci nelle UDO" e "Modalità di corretta tenuta FASAS" 2) mancato aggiornamento del Piano di assistenza individuale; 3) continuità assistenziale non garantita per carenza dell'OSS in Hospice nella settimana presa a campione; 4) mancato raggiungimento dello standard assistenziale; 5) carenza documentazione a completamento dei FASAS; 6) superamento capacità ricettiva stabilita in esercizio; 7) mancata analisi della Customer e diffusione dei risultati stessi; 8) non corretta tenuta del diario.

A seguito di diffida, nel corso dell'anno 2018, sono state applicate sanzioni per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti di esercizio e/o accreditamento (DGR 2569/14 e s.m.i.). Per quanto riguarda l'attività sanzionatoria si evidenzia che ha riguardato soprattutto la carenza di requisiti minimi di esercizio.

Si riporta di seguito il riepilogo di procedimenti di diffide e sanzioni erogate dalla UOC Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie nel corso del 2018, in cui sono esplicitate le carenze riscontrate (tabella 7.10).

Tabella 7.10: ENTITÀ E TIPOLOGIA DI UDO CON PROCEDIMENTI DI DIFFIDA E SANZIONE NEL 2018

TIPOLOGIA DI UDO	N. UDO	DIFFIDA E SANZIONE
ADI	3	Carenze requisiti organizzativi gestionali:
		- Mancata applicazione procedura "Modalità di corretta tenuta FASAS"
		- PAI non datato né aggiornato
		- Diario incompleto degli interventi effettuati
CDD	2	- Somministrazione di farmaco non corrispondente a quello prescritto dal medico e nessuna motivazione nel diario
		Carenze requisiti organizzativi gestionali:
CDD	2	- Mancato raggiungimento del minutaggio parziale nell'area infermieristico – riabilitativa educativa
		Carenze requisiti organizzativi gestionali:
CDI	2	- Mancata applicazione procedura "Approvvigionamento, conservazione e smaltimento farmaci"
HOSPICE	1	Carenze requisiti organizzativi gestionali:
		- Continuità assistenziale non garantita per carenza dell'OSS in Hospice nella settimana presa a campione

CURE INTERMEDIE	2	Carenze requisiti organizzativi gestionali: - Mancata applicazione procedura "Approvvigionamento, conservazione e smaltimento farmaci"
RSA	10	Carenze requisiti organizzativi gestionali: - Carenza figura prof.le obbligatoria nella settimana presa a campione - Mancata predisposizione del PAI definito o aggiornamento semestrale - Continuità assistenziale non garantita per problematiche organizzative interne - Mancata tracciabilità nel diario di alcuni interventi; - Carenza nel protocollo "Prevenzione e trattamento lesioni da decubito" - Mancata applicazione del protocollo "Approvvigionamento, conservazione e smaltimento farmaci" / "Gestione Farmaci" - Mancata analisi risultati Customer Satisfaction - Superamento capacità ricettiva stabilita in esercizio
RSD	2	Carenze requisiti organizzativi gestionali: - Mancata applicazione protocolli assistenziali - Mancato raggiungimento dello standard assistenziale

7.1.2. Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: Misure dgr 7769/2018

La D.G.R. 7600 del 20.12.2017 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018" ha confermato l'erogazione delle seguenti Misure:

- Residenzialità Leggera
- RSA Aperta
- Minori disabili gravissimi
- Residenzialità Assistita per Religiosi
- Minori vittime di abuso ex d.g.r. n. X/5342/16
- In particolare, la Misura RSA Aperta, introdotta dalla D.G.R. n. 856/13 e successivamente confermata e parzialmente modificata dalla D.G.R. 2942/14, ha inteso promuovere la flessibilità del sistema di offerta rivolto alla cura delle persone anziane non autosufficienti e dei soggetti affetti da demenza.
- Nel corso degli anni si è registrato un progressivo e costante incremento dei soggetti beneficiari della Misura RSA Aperta cui è stata garantita, prevalentemente presso il domicilio, una ampia serie di interventi di carattere socio-sanitario e tutelare.
- Nel 2018 la Regione, a conclusione di una precisa analisi dei dati di attività, ha inteso ridefinire in modo sostanziale la Misura RSA Aperta, attraverso la D.G.R. n. 7769/18, sia in un'ottica di maggior allineamento ai LEA, sia in una prospettiva di maggiore qualificazione dei servizi offerti.
- Di seguito una sintesi delle principali modifiche introdotte dalla DGR 7769/18 per la Misura RSA Aperta

Tabella 7.11: CONFRONTO REQUISITI DI ACCESSO DDGR 2942/14 - 7769/18

Requisiti	DGR 2942/14	DGR 7769/18
Destinatari	• Soggetti affetti da demenza certificata • Persone non autosufficienti che abbiano compiuto 75 anni	• Soggetti non autosufficienti che abbiano compiuto 75 anni e riconosciuti invalidi al 100% e che riportano un punteggio alla scala Barthel modificata compreso tra 0-24 • Persone affette da demenza certificata suddivise in 4 profili gravità
Pre-condizione accesso	//-	• Disponibilità di almeno un caregiver familiare e/o professionale
Valutazione ai fini del riconoscimento	• In capo alle ASST	• In capo al soggetto gestore (équipe composta da un medico, preferibilmente geriatra, e da altra figura professionale, preferibilmente assistente sociale)
Valorizzazione Economica	• Profili sulla base dei diversi livelli di intensità del bisogno associati ad un diverso voucher dell'importo mensile tra i € 350,00 e i € 700,00	• Introduzione di un budget per ogni erogatore • Previsione di uno specifico budget annuale erogabile a persona, definito annualmente dalla DGR delle Regole (per il 2018 importo fissato ad un massimo di € 3.600,00)

Interventi erogabili	Mix prestazionale sulla base del Profilo di intensità del bisogno riconosciuto	Catalogo prestazionale dettagliato allo scopo di rispondere in maniera specifica ai due target di popolazione eleggibili per la misura
Incompatibilità	Compatibile con frequenza di altre U.d.O. della rete sociale e sociosanitaria	Incompatibilità della misura con la fruizione contemporanea di altri servizi/prestazioni della rete sociosanitaria, ad eccezione di ADI prestazionale e Cure Palliative Domiciliari

Per lo svolgimento delle attività di vigilanza di mantenimento e controllo di appropriatezza da effettuare ai sensi della dgr 7769/2018, l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ASCC) ha predisposto specifiche check list pervenute nel secondo semestre del 2018, costituite da indicatori integrati di vigilanza e di appropriatezza. Nel corso del 2018 si è deciso di focalizzare l'attenzione sulle attività di vigilanza e controllo della Misura RSA Aperta, sia perché di entità numerica maggiormente rappresentativa, sia perché è la Misura che la DGR 7769/18 ha quasi completamente innovato. Al riguardo, nel territorio ATS, su un totale di n. 79 UdO candidate per RSA Aperta, n. 66 di queste hanno effettuato l'attività e prodotto un flusso informativo. Su queste ultime ne sono state selezionate n. 10 UdO da sottoporre a vigilanza e controllo nel 2018, utilizzando i seguenti criteri di campionamento:

1. UdO non vigilate/controllate per la Misura nel corso del 2017
2. UdO diverse ma afferenti al medesimo Ente Gestore
3. UdO con posti di sollievo destinati agli utenti della Misura
4. UdO che hanno rendicontato un numero di FaSAS superiore a 4 nel secondo trimestre 2018
5. Nella tabella 12 è riportata l'entità complessiva delle verifiche svolte:

Tabella 7.12: VIGILANZA E CONTROLLI MISURE DGR 7769/2018

	UdO candidate nel territorio ATS	UdO con rendicontazione	UdO vigilate	UdO controllate	FaSAS controllati
RSA APERTA	67	60	10	10	75
Residenzialità assistita	12	12	0	0	0
Minori con gravissima disabilità	1	1	0	0	0
Residenzialità per religiosi	4	4	1	1	3
Totale	84	77	11	11	78

Sul campione complessivo di n. 75 FaSAS controllati per la Misura RSA Aperta, le criticità riscontrate hanno riguardato in particolare:

1. Redazione di Progetti Individuali con obiettivi standardizzati,
2. Incongruente rendicontazione delle prestazioni nel flusso informativo,
3. Incoerenza della carta dei servizi in cui sono declinati posti di sollievo destinati agli utenti fruitori della Misura, di fatto non disponibili per l'utenza,
4. Interventi di sollievo a persone non autosufficienti che si concretizzano sull'erogazione delle sole prestazioni di igiene della persona,
5. Presa in carico con tempistiche superiori a quelle previste dalla norma,
6. Mancata certificazione della diagnosi di demenza,
7. Mancata coerenza tra la valutazione funzionale della persona e le prestazioni erogate.

Una particolare attenzione dovrebbe essere inoltre fornita alla declinazione della tipologia degli interventi di stimolazione cognitiva per persone con Demenza, che necessitano di una specifica formazione da parte del personale, all'aspetto della comunicazione tra la UdO e i MMG, in merito all'attivazione della Misura RSA Aperta, alla registrazione dettagliata degli interventi effettuati, anche al fine di qualificare le attività svolte.

7.1.3 Autocontrollo 2018

L'attività di autocontrollo viene ritenuta un'attività utile per migliorare i processi assistenziali, la qualità delle prestazioni erogate e la condivisione del lavoro tra gli operatori.

La UOC Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie nell'aprile 2018 ha avviato la ricognizione dell'attività di autocontrollo in corso. In particolare è stato chiesto se l'autocontrollo viene effettuato, i tempi, le finalità, il numero dei FaSAS presi in oggetto, gli operatori che lo effettuano e gli strumenti utilizzati (check list).

Sono stati poi incontrati i referenti di RSA e Consultori l'ATS per una prima restituzione, con presentazione degli esiti della ricognizione, condivisione delle casistiche di controllo (criteri di campionamento), strumenti utilizzati (check list di appropriatezza aggiornate da Regione Lombardia dal luglio 2018) e proposta operativa per lo svolgimento dell'attività (audit, convalida degli autocontrolli effettuati, ecc).

Per le strutture con autocontrollo già attivo tramite l'utilizzo delle check list, l'equipe di Vigilanza e Controllo ha effettuato la convalida dell'autocontrollo durante i controlli di appropriatezza, riportandone l'esito nei verbali di sopralluogo (se i FaSAS scelti dalla struttura per l'autocontrollo sono oggetto di campionamento, quali FaSAS sono stati verificati e convalidati, le eventuali criticità, note e osservazioni).

Inoltre, nel corso del 2018, l'equipe di Vigilanza e Controllo si sono rese disponibili ad effettuare dei momenti di audit e confronto su richiesta degli erogatori.

Le UdO a cui è stato validato l'autocontrollo nel 2018 sono 54, di cui 22 RSA, e i FaSAS validati sono 259.

7.1.4 Gestione delle segnalazioni

La UOC Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie ha trattato n. 39 segnalazioni di cui n. 37 relative a strutture sociosanitarie e n. 2 relative a strutture di tipo sociale per sospetta erogazione di prestazioni sociosanitarie.

Oggetto delle segnalazioni pervenute sono state per la maggior parte carenze nel processo organizzativo gestionale, carenze igieniche, lunghi tempi di attesa, carenza assistenziale, malfunzionamento riscaldamento. In 5 casi l'attivazione è stata da parte dei NAS. La presa in carico è avvenuta per tutti i casi segnalati e sono stati effettuati incontri con i Gestori o sopralluoghi ispettivi al fine di dare una risposta esauriente ai cittadini segnalanti.

In 2 casi è stato richiesto l'accesso agli atti.

N. 7 segnalazioni hanno portato all'applicazione di diffida e irrogazione di sanzione amministrativa. N. 17 segnalazioni pervenute non hanno trovato riscontro in merito a quanto segnalato. N. 8 segnalazioni pervenute al sopralluogo ispettivo sono risultate già gestite dal Gestore con esito positivo, applicando correttamente la procedura in uso nell'Unità di Offerta sociosanitaria denominata "Gestione dei disservizi". Una volta concluso l'iter di verifica il Servizio ha inviato le risposte con esito delle verifiche all'URP dell'ATS che provveduto all'invio della risposta al segnalante.

7.2 Interventi e attività programmate 2019

L'attività di Vigilanza e controllo appropriatezza nelle strutture sociosanitarie per il 2019 seguirà le disposizioni contenute nella DGR delle Regole di sistema che prevedono:

- verifiche di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di esercizio/accreditamento su non meno del 30% delle UdO presenti sul territorio, considerando che nel triennio 2018-2020 deve essere sottoposto a verifica il 100% delle strutture;
- controlli di appropriatezza su non meno del 30% delle strutture, con copertura del 100% nel triennio 2018-2020, verificando i FaSAS secondo le seguenti percentuali: 13% dei FaSAS nelle UdO residenziali e semiresidenziali e 3,5% dei FaSAS nelle UdO ambulatoriali e domiciliari. Il campione su cui calcolare le % è il numero degli utenti presi in carico nell'anno 2018.

7.2.1 Criteri di campionamento e selezione delle strutture

Criterio di rotazione

Almeno una visita di mantenimento dei requisiti nel triennio: il 2019 è il secondo anno di un piano dei controlli triennale. Le strutture operative all'inizio del 2018 e non viste nel 2018 verranno ripartite nel biennio 2019-2020, dando priorità a quelle con visita precedente meno recente (2016/2017).

Alle attività pianificate nelle tabelle seguenti, si aggiungeranno le verifiche straordinarie da effettuarsi a seguito di segnalazioni e le verifiche da programmare sulle strutture considerate critiche nelle attività di vigilanza svolte nel 2017.

Nuove strutture e modifiche rilevanti

In vigilanza, modifiche organizzative significative (che riguardano soggetto gestore, attività, personale, progetti e sperimentazioni) che richiedono la ri-valutazione sistematica di tutti i requisiti. In appropriatezza, Strutture con flussi di rendicontazione avviati nel corso del 2018 o con significative modifiche. Include le strutture della rete cure palliative e le misure. Il campionamento di tali strutture per il controllo di appropriatezza ha la finalità di presidiare l'avvio dell'attività e l'accompagnamento delle relative UdO all'interno del sistema.

Strutture a rischio, identificate sulla base della graduazione del rischio

La valutazione del rischio ha sempre rappresentato un elemento di scelta delle strutture da inserire in piano dei controlli. Per il piano 2019 è in corso una sistematizzazione dei criteri di graduazione del rischio, al fine di rendere le scelte esplicite e omogenee su tutta ATS.

Il sistema di pesatura, in elaborazione, da differenziare in funzione di ciascuna tipologia di offerta sociosanitaria, prevede i seguenti elementi:

- Analisi dei dati di attività – flussi di rendicontazione 2018, con individuazione degli scostamenti significativi (es. mortalità, contenzione, profili di gravità, utilizzo rete servizi, ecc.)
- Analisi dei dati di scheda struttura, con individuazione di scostamenti significativi e/o elementi critici (es. criticità monte ore personale, criticità minutaggio, ecc.)
- Partecipazione attiva e puntuale alle iniziative e richieste di ATS per i piani controllo (tempestività e correttezza in debiti informativi e flussi di cortesia, autocontrollo, questionari attività, progetti)
- Esiti attività di vigilanza e controllo (andamento storico check list controlli di appropriatezza, esiti critici delle verifiche effettuate, esiti analisi singoli requisiti come attività di vigilanza mirata)
- Segnalazione da altri servizi ATS, altri servizi della rete territoriale, utenti e familiari (segnalazioni, customer, criticità, ecc.)

Criterio di afferenza logistico organizzativa

I criteri sovraesposti verranno raccordati con le valutazioni inerenti l'opportunità di:

- effettuare in maniera correlata le attività di vigilanza e quelle di controllo;
- presidiare eventuali carenze organizzativo gestionali su UdO riconducibili ad uno stesso soggetto gestore;
- effettuare contestualmente la vigilanza su più tipologie di UdO ubicate nello stesso stabile.

La pianificazione delle attività di vigilanza routinaria per il mantenimento dei requisiti di accreditamento vede la coincidenza delle strutture pianificate per la vigilanza sia dei requisiti organizzativo gestionali sia dei requisiti strutturali e tecnologici e la programmazione congiunta delle relative visite ispettive.

La UOSD Verifiche Strutturali e Tecnologiche effettua verifica sui requisiti strutturali e tecnologici integrando, di norma, i tecnici nei sopralluoghi con la UOC competente per i procedimenti di verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento: UOC Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie.

7.2.3 Interventi e attività Sociosanitarie programmate per il 2019

Nelle tabelle seguenti sono riportate le attività programmate di vigilanza e controllo di appropriatezza, sulla base dei criteri precedentemente esposti.

Il computo delle strutture programmate è effettuato calcolando il 30% delle UdO presenti nell'anagrafica integrata (AFAM e altre fonti) per la vigilanza, e un numero di FASAS per l'appropriatezza calcolato applicando la % prevista dalle Regole di sistema (13% o 3,5%) su 1/3 del totale degli utenti.

Tab 7.11: VIGILANZA

VIGILANZA	UdO attive	Programmazione 2019	UdO viste nel 2018	Scenario 2020	da inserire come criterio rotazione (80%)	altri criteri (R LOG ecc)
RSA	158	47	57	54	42	5
CDI	68	20	22	26	18	2
CDD	92	28	34	30	24	4
CSS	55	17	21	17	18	2
RSD	29	9	11	9	9	1
HOSPICE	13	4	3	6	3	1
UOCP-HOSPICE	11	3		8		0
UCP-DOM	19	6	2	11	5	1
UOCP-DOM	12	3	3	6	3	1
ADI	51	15	19	17	13	2
CI	11	3	5	3	3	0
CI ex PA	4	2		2	1	0
SRM	1	0	1	0	0	0
RIA_AMB	30	10	12	8	8	1
SERT	20	7	9	4	5	1
SMI	2	0	2	0	0	1
TOX	34	10	17	7	9	1
TOX-BIA	11	3	2	6	3	0
CONS	80	24	23	33	21	3
Totale	701	211	243	247	185	46

Sintesi dei Criteri di campionamento per la VIGILANZA

- 80% del campione:**
- Criterio di rotazione
 - Criterio di afferenza logistico organizzativa
- 18% del campione:**
- Strutture a rischio, identificate sulla base della graduazione del rischio
 - Nuove strutture e modifiche rilevanti
- 2% delle strutture:**
- Criterio casuale

Per quanto riguarda le misure, nel 2019 verranno campionate il 30% delle RSA aperte (% variabile in funzione del criterio logistico) e il 100% della Residenzialità assistita per religiosi, vista la ridefinizione della misura residenzialità assistita prevista nel corso del 2019 i controlli verranno effettuati nel 2020.

Tab 7.12: MISURE

	UdO attive	UdO con rendicontazione	% programmata 2019	n previsto
MIS ASSISTITA	12	12	0%	0
Mis MINGRAV	1	1	100%	1
Mis RELIGIOSI	4	4	75%	3
Mis RSA APERTA	67	60	33%	20

Tab 7.13: APPROPRIATEZZA (FASAS)

APP	UdO attive	UdO con rendicontazione	totale FASAS territorio	stima fasas campionamento (30%*3,5%/13%)	fonte dato FASAS
RSA	158	152	23.038	1.182	SOSIA
CDI	68	59	2.508	118	FE1
CDD	92	92	2.300	102	SIDI
CSS	55	53	469	27	SIDI
RSD	29	23	1.153	36	SIDI
HOSPICE	13	13	2.541	70	SDOFAM
HOSPICE (UOCP)	11			97	SDO (non ancora disponibile)
UCP-DOM	19	17	2.075	9	FE4
UOCP-DOM	12			20	non ancora disponibile
ADI	51	48	25.122	233	FE4
CI	11	11	7.171	126	SDOFAM
SRM	1	1	18	0	
CI ex PA	4			0	Flusso Aggiuntivo Cure intermedie (non ancora disponibile)
RIA_AMB	30	28	26.047	395	RIAFAM
SERT/SMI	22	22	16.107	168	SIND
TOX	34	34	1.297	71	FE1
TOX-BIA	11	10	69	7	FE1
CONS	80	75	88.971	1287	CON
TOTALI	701	638	198.886	3.948	

Stima FASAS calcolata su 30% delle strutture, applicando 13% e 3,5%

Note

Cure Intermedie: inserito come totale il numero di utenti in regime di ricovero. Non inseriti i 1298 utenti che hanno usufruito di prestazioni di DH

problema fonte dati:

- UOCP strutture in AFAM, i cui flussi di rendicontazione sono in ambito sanitario, è necessario codificare la modalità interna ad ATS di messa a disposizione dei dati, se confermata l'attribuzione dei relativi controlli di appropriatezza;
- Cure intermedie mancano i dati delle UdO Cure intermedie ex post acuta (4 strutture)

Tab 7.14: APPROPRIATEZZA (UdO)

APP	UdO attive	Programmazione 2019	UdO viste nel 2018	Scenario 2020
RSA	158	47	53	58
CDI	68	20	23	25
CDD	92	27	32	33
CSS	55	17	18	20
RSD	29	9	11	9
HOSPICE	13	3	9	1
UOCP-HOSPICE	11	4		7
UCP-DOM	19	6	8	5
UOCP-DOM	12	4		8
ADI	51	15	27	9

CI	11	3	6	2
SRM	1	0		1
CI ex PA	4	2	1	1
RIA_AMB	30	9	9	12
SERT	20	8	7	5
SMI	2		2	0
TOX	34	10	11	13
TOX-BIA	11	4	1	6
CONS	80	24	34	22
Totale	701	212	252	237

7.2.2 Criteri di campionamento e selezione dei FASAS

Per le UdO Residenziali e semiresidenziali, verrà verificato il 13% dei FASAS di cui 3% come convalida dell'autocontrollo, se effettuato dalla struttura su FASAS selezionati con gli stessi indicatori mirati di ATS, che sono pubblicati sul sito in apposito spazio per l'Autocontrollo 2019 (proposto a tutti, convalidato in corso di controllo di appropriatezza).

Per le UdO Ambulatoriali e domiciliari, verrà verificato il 3,5% dei FASAS di cui 1% come convalida dell'autocontrollo, se effettuato dalla struttura su FASAS selezionati con gli stessi indicatori mirati di ATS (proposto a tutti, convalidato in corso di controllo di appropriatezza).

Servizi rivolti agli anziani: residenze sanitarie assistenziali (RSA) e centri diurni integrati (CDI)

RSA

Criteri campionamento:

- Utenza atipica: campionamento di tutti i FASAS fino a un massimo di 20, distribuiti percentualmente per le tipologie ospiti presenti
- età inferiore ai 65 anni;
- almeno una variazione della classe di fragilità nell'ultimo anno;
- con più accessi PS nell'ultimo anno (almeno 2)
- Residente per cui si è fatto uso della contenzione
- Residente con piaghe da decubito o lesioni cutanee
- Residente per cui si sono registrate delle cadute;
- comorbidità psichiatrico comportamentale superiore o uguale a 4
- Criterio territoriale: campionamento in sede degli ultimi 4 ingressi, con almeno un PAI valido
- Criterio territoriale: trasferito da/in altra RSA
- Criterio territoriale: durata presenza inferiore 30 giorni

CDI

Criteri campionamento:

- frequenza part-time (orizzontale o verticale) della udo;
- frequenza contemporanea di altre tipologie di udo o Misure/Sperimentazioni;
- età inferiore ai 65 o superiore a 90 anni;

Servizi rivolti ai disabili: residenze sanitarie assistenziali per disabili (RDS), comunità socio sanitarie per disabili (CSS), centri diurni disabili (CDD)

Criteri campionamento:

- nuovi ingressi
- assenze

Servizi rivolti alle famiglie: consultori famigliari (CF)

Criteri campionamento:

- prestazioni ad alta integrazione socio sanitaria (codici: 101-102-001-003-801-802)
- prestazioni previste dalla Legge 194/1978 in utente con meno di 18 anni
- utente che accede al CF per la prima volta nei 90 giorni precedenti il controllo
- criterio territoriale: prestazioni cod. 803XX (promozione della salute)
- criterio territoriale: prestazioni sanitarie (ecografie cod. M50; prestazioni aggiornamento tariffario 268/2018)
- criterio territoriale: prestazioni cod. 004XX (gruppi)

Servizi rivolti alla fase terminale della vita: hospice e cure palliative domiciliari

HOSPICE

Criteri campionamento: (da valutare anche rispetto a nuovo flusso CP e flusso SDO)

- tipologia utenza (diagnosi oncologica; non oncologica/affetto da AIDS)
- durata degenza superiore a 60 giorni
- dimissione diversa da decesso
- provenienza non da struttura ospedaliera/Udo sociosanitaria

NB d.g.r 1046_2018 "Particolare attenzione deve essere rivolta dalle ATS alla **verifica dell'appropriatezza e della corretta rendicontazione delle prestazioni erogate nell'ambito delle cure domiciliari sia per ADI che per UCP-Dom**"

UCP DOM

Criteri campionamento: (da valutare anche rispetto a nuovo flusso CP)

- dimissione diversa da decesso e trasferimento Hospice
- campionamento pesato per distribuzione per profili (Base, Specialistico)
- durata presa in carico superiore a 90 giorni

Servizi rivolti i ai soggetti affetti da dipendenze patologiche: servizi territoriali, comunità, servizi

Diurni

SERT/SMI

Criteri campionamento:

- Utenti minorenni
- Utenti tra i 18-30 anni
- Utenti provenienti da altre UdO (traferimenti)
- Utenti con conclusione del progetto terapeutico
- Drop out
- Polidipendenti
- GAP
- criterio territoriale: nuovi utenti

COMUNITA' PER LE DIPENDENZE

Criteri campionamento:

- Utenti minorenni
- Utenti tra i 18-30 anni
- Drop out
- Pazienti la cui presenza in Comunità per le Dipendenze è superiore alla permanenza media della Struttura;
- criterio territoriale: nuovi utenti

Servizi rivolti ai soggetti fragili in generale: assistenza domiciliare integrata (ADI) e cure intermedie

ADI

Criteri campionamento:

- campionamento pesato per distribuzione per profili (prestazionale; profilo ADI di tipo 1, 2, 3, 4 e post-acuto)
- durata presa in carico superiore a 250 giorni

- frequenza contemporanea di altre tipologie di udo o Misure;
- criterio territoriale: presa incarico per fisioterapia senza prestazioni infermieristiche
- criterio territoriale: presa incarico con accessi solo ASA/OSS
- criterio territoriale: profili prestazionali della durata superiore ai tre mesi
- criterio territoriale: utenti con cambio profilo

RIA AMB

Criteri campionamento:

- campionamento pesato per distribuzione tipologia di presa in carico (regimi/fasce, cdc domiciliare)
- numero trattamenti superiore a 100 o 200, rispettivamente per adulti e minori, nell'ultimo anno in Ria;
- non esente dal pagamento del ticket
- criterio territoriale: tempo tra visita medica e inizio trattamento superiore a 6 mesi

CURE INTERMEDIE

Criteri campionamento:

- campionamento pesato per distribuzione Regime, compreso DH;
- non proveniente da Struttura Ospedaliera o da altra area/regime all'interno della stessa udo;
- ricovero per cui non è presente un evento indice o è antecedente a tre mesi rispetto al ricovero in Ria Residenziale/Cure Intermedie;
- pazienti per cui nell'anno si sono avuti costi a carico del FSR superiori ad euro 30.000 in Ria Residenziale/Cure Intermedie
- criterio territoriale: dimissione per decesso, trasferimento in ospedale, degenza di durata inferiore ai 10 giorni

Misura RSA Aperta (da rivalutare dopo incontro gruppo Misure)

Criteri campionamento:

- campionamento pesato per distribuzione per tipologia (beneficiari anziani non autosufficienti e beneficiari persone affette da demenza);
- per persone affette da demenza, stratificazione per livelli di gravità;
- sospensioni superiori ai 30 giorni;
- FASAS chiusi
- Persone prese in carico solo per FKT

Monitoraggio Delle Strutture In Piano Programma

Verranno sottoposte semestralmente a verifica, documentale e/o sopralluogo, tutte le strutture sociosanitarie con piano programma in corso che possiedono una autorizzazione provvisoria al funzionamento, previa richiesta di relazione ai Gestori.

Organizzazione delle attività ispettive e analisi dei rischi

L'attività ispettiva viene svolta seguendo due procedure di attività codificate: La "verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento" e i "Controlli di Appropriatezza". Vengono utilizzati verbali e check list codificate che recepiscono integralmente gli strumenti diffusi da Regione Lombardia. L'organizzazione delle equipe tiene conto della multidisciplinarietà dei profili professionali e delle competenze, organizzando sopralluoghi con interscambio di operatori assegnati alla UOC Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie, dai diversi ambiti territoriali. Viene adottato quindi, sia per garantire equamente sul territorio la distribuzione delle attività di vigilanza e controllo sulle UdO presenti nei diversi ambiti, sia per garantire la rotazione del personale, un modello basato sullo spostamento ed interscambio di operatori nelle diverse aree territoriali.

8. Controlli Area Salute Mentale

Acronimi:

CD: Centro Diurno
CPS: Centro Psico-Sociale
DSMD: Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
NPIA: NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
PTI: Piano di Trattamento Individuale
PTR: Progetto Terapeutico Riabilitativo
SPDC: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SRP: Struttura Residenziale Psichiatrica
RL: Residenzialità Leggera
SRT: Struttura Residenziale Terapeutica

8.1 Contesto di riferimento

Secondo quanto previsto dal Piano Regionale Salute Mentale e in linea con la L.R. 23/2015 e ss.mm.ii., rientrano nelle funzioni della ATS le attività di Programmazione, Governo e Controllo in area Salute Mentale (Psichiatria e NPIA).

Sono fondamentali riferimenti normativi per i controlli di competenza:

- DCR V/1329 del 30.01.1995 "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente – triennio 1995/1997"
- DGR VII/17513 del 17.05.2004 "Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale" in attuazione al PSSR;
- DGR VIII/4221 del 28.02.2007 "Riordino della residenzialità psichiatrica"
- DGR VIII/6861 del 19.03.2008 "Linee di indirizzo regionale per la NPIA in attuazione del PSSR 2007/2009"
- DGR X/2189 del 25.07.2014 "Interventi a tutela della salute mentale dei minorenni e degli adulti";
- Accordo Conferenza Unificata del 13.11.2014 "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza";
- Circolare RL n. 16 del 31.08.2016 "Sistema Informativo della Psichiatria";
- DGR X/7503 del 11.12.2017 "Flussi informativi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie";
- Nota regionale G1.2018.0034272 del 07.11.2018 "Indicazioni relative a permessi e vacanze in strutture di NPIA";
- Proposta Piano dei Controlli ACSS del 27.11.2018;
- DGR XI/1046 del 17.12.2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2019 - (di concerto con gli assessori Caparini, Piani e Bolognini)".

Gli ambiti previsti istituzionalmente per le verifiche di competenza sono:

- l'appropriatezza degli inserimenti in Strutture Residenziali e Semi Residenziali di Psichiatria e NPIA;
- la verifica dei tempi di permanenza e del livello di intensità riabilitativa erogato per i pazienti inseriti nelle Strutture Residenziali di Psichiatria;
- le verifiche di appropriatezza secondo il Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale;
- i sopralluoghi presso le Strutture Residenziali e Semi Residenziali di Psichiatria e NPIA;
- gli interventi di vigilanza su Strutture Residenziali e Semi Residenziali di Psichiatria e NPIA richiesti da Enti o singoli cittadini (segnalazioni, esposti);
- il controllo sulla congruenza tra le fatture emesse e quanto riportato nei flussi di competenza (46/SAN; 43/SAN psichiatria; 43/SAN NPIA; 28/SAN NPI);
- la verifica della completezza dei flussi di competenza;

Le seguenti tabelle illustrano gli Enti pubblici e privati accreditati e contrattati che erogano prestazioni sanitarie territoriali di Psichiatria e NPIA sul territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano.

Tabella 8.1 Enti ed unità d'offerta in Psichiatria.

ASST/IRCCS	Enti privati	DSMD	CPS	CD pubblici	CD privati	SRP pubbliche	SRP private	Sedi legali RL pubbliche	Sedi legali RL private
9	16	9	39	27	7	42	61	8	9

Tabella 2 Enti ed unità d'offerta in NPIA.

ATS della Città Metropolitana di Milano

Piano integrato dei Controlli
in ambito sanitario e socio-sanitario 2019

ASST/IRCCS	Enti privati	UONPIA pubbliche	Poli territoriali pubblici	UONPIA privati	Ambulatori privati	CD pubblici	CD privati	SRT pubbliche	SRT private
11	8	10	29	2	1	8	4	2	4

8.2 Attività 2018

Le tabelle di seguito riportano la sintesi dei controlli che la UOC Salute Mentale e Dipendenze ha svolto nel 2018 e relativa rendicontazione come da deliberazione di ATS della Città metropolitana di Milano n. 391 del 18/04/2018.

Tabella 8.2: sintesi area Psichiatria

N.	DENOMINAZIONE ATTIVITA'	AZIONE DI CONTROLLO	INDICATORE	ESITO
1	Controllo della spesa 43/san	Monitoraggio inserimenti in Strutture non contrattate	Spesa 43San 2018 (Psichiatria + NPIA)/Spesa 43San 2017 (Psichiatria + NPIA) ≤ 1	€23.678.718/€24.056.612= 0,98
2	Controllo appropriatezza inserimenti	Verifica requisiti di accreditamento delle Strutture residenziali e Semiresidenziali psichiatriche	Inserimenti (esclusi ex OP) pazienti in SR non psichiatriche / Inserimenti (esclusi ex OP) pazienti in SR psichiatriche = 0	5/663: 0,007 3 inserimenti in Residenza Assistenziale Flessibile (Piemonte): struttura sociosanitaria che anche eroga prestazioni psichiatriche, 2 inserimenti in RSA fuori regione (2/663:0,003) per mancanza di budget dedicato al fine di mantenere la continuità assistenziale
3	Programmi innovativi in Salute Mentale	Monitoraggio dei Programmi Innovativi	Ricezione e trasmissione della documentazione relativa alla DG Welfare	Ricezione della documentazione relativa a tutti i Programmi e trasmissione del monitoraggio dei Programmi Innovativi in Salute Mentale in DG Welfare in data 18/02/2018 n. prot. 0025190
4	Equilibrio attività territoriale e di ricovero	46 san (Interventi territoriali); dati epidemiologici (Interventi di ricovero in SPDC) in collaborazione con la UOC Epidemiologia	Interventi territoriali erogati nei CPS e Amb. + interventi semiresidenziali in CD (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)	532201/513953+101668: 0,86 sulla popolazione totale e 0,83 sul tasso per 10.000 abitanti (0,96 media di regionale) Popolazione > 17 aa: 2.896.057
5	Congruenza tra attività svolta ed inserita in Psicheweb	46 san Visione/Verifica cartella clinica	Percentuale di interventi informatizzati di cui esiste registrazione in cartella clinica/infermieristica: n. interventi rilevati in Psicheweb /n. interventi rilevati in % documentale	Sono state valutate 321 cartelle cliniche di 9 CPS (1 CPS per ogni DSMD) per un totale di 995 prestazioni del mese di gennaio 2018 presenti sul ritorno regionale del flusso 46/SAN e di 664 prestazioni presenti in cartella clinica per un 64 % di corrispondenza media
6	Congruenza percorso di cura con l'attività erogata	46 san	Pazienti in trattamento residenziale o semiresidenziale nell'anno con percorso di cura "presa in carico"/pazienti in trattamento residenziale o semiresidenziale nell'anno	50,12%

7	Corretto inquadramento diagnostico	46 san	Percentuale pazienti in trattamento nell'anno con diagnosi principale ICD10 presenti in anagrafica: n. anagrafiche con diagnosi alla terza cifra/totale codici ICD10% relativi ai pazienti in trattamento nell'anno	58,39%
8	Completezza delle informazioni socio demografiche	46 san	Percentuale di pazienti in trattamento nell'anno con presenza delle informazioni socio demografiche relative a stato civile, occupazione, titolo di studio, collocazione socio-ambientale: n°. anagrafiche con le 4 informazioni sociodemografiche presenti totale anagrafiche controllate % relative ai pazienti in trattamento nell'anno	87,13%

Tabella 8.3: esito sopralluoghi nei CPS.

N.	PARAMETRO	N. ASSOLUTO	MEDIA	MINIMO	MASSIMO
1	N. CPS controllati	9 su 9 DSMD	-	-	-
2	N. Cartelle cliniche valutate	321	36	19	52
3	N. Prestazioni registrato 46/SAN presenti in 1 mese su 321 cartelle	995	110	56	189
4	N. Prestazioni registrato 46/SAN presenti in 1 mese in cartella	-	3,1	1,7	4
5	N. Prestazioni presenti in cartella clinica per 1 mese	664	74	36	136
6	N. Prestazioni presenti in cartella clinica per ogni cartella	-	2,1	1	3
7	N. Prestazioni in 46/SAN/ N. Prestazioni presenti in cartella clinica	-	64%	44%	93%
8	PTI presenti/cartelle cliniche di pazienti in presa in carico	-	61%	6%	100%
9	PTI aggiornati/PTI presenti in cartella	-	75%	0%	100%
10	PTI con obiettivi/PTI aggiornati in cartella	-	86%	0%	100%
11	PTI sottoscritti dal paziente/PTI aggiornati	-	17%	0%	67%
12	PTI firmati dal case manager/PTI aggiornati	-	54%	0	100%

Tabella 8.4: sintesi area NPJA.

N.	DENOMINAZIONE ATTIVITA'	AZIONE DI CONTROLLO	INDICATORE	ESITO
1	Controllo della spesa 43/san	Monitoraggio inserimenti in Strutture non contrattate	Spesa 43San 2018 (Psichiatria + NPJA)/Spesa 43San 2017 (Psichiatria + NPJA) ≤ 1	€23.678.718/€24.056.612= 0,98
2	Minori ricoverati in SPDC	Monitoraggio trimestrale dei ricoveri minori in SPDC	N. minori in SPDC nell'anno 2018	132
3	Minori con procedimento penale	Monitoraggio dei pazienti con procedimento penale	N. pazienti minori con procedimento penale e relativo costo anno 2018	N. 12 utenti, € 382.975,19
4	Controllo appropriatezza inserimenti	Verifica requisiti di accreditamento delle Strutture residenziali e Semiresidenziali psichiatriche; Verifica richiesta della UONPJA per autorizzazione quota sanitaria in Comunità educative	Inserimenti pazienti in SR non neuropsichiatriche / Inserimenti pazienti in SR neuropsichiatriche = 0; Inserimenti in Comunità educative/ Totale inserimenti in Comunità (NPJA + Educative)	Inserimenti pazienti in SR non neuropsichiatriche / Inserimenti pazienti in SR neuropsichiatriche = 0; Autorizzazioni al pagamento quota sanitaria integrativa in Comunità educative/ Totale inserimenti in Comunità (NPJA + Educative)= 15/116
5	Progetti di NPJA	Monitoraggio dei Progetti di NPJA	Ricezione e trasmissione della documentazione relativa alla DG Welfare	Ricezione della documentazione relativa a tutti i Progetti e trasmissione del monitoraggio dei Progetti di NPJA in DG Welfare in data 18/02/2018 n. prot. 0029481
6	Sopralluoghi Strutture Residenziali	Verifica presenza PTI e PTR, Registri di inserimento e registri monitoraggio percorsi pazienti	N. sopralluoghi /n. STR =1 N. registri/n. STR =1	N. sopralluoghi /n. STR =1 N. registri /n. STR =1

	Tot 6 (4 private e 2 pubbliche)			
7	Sopralluoghi Strutture Semiresidenziali (Tot 2 Strutture private)	Verifica presenza PTI e PTR , Protocolli di inserimento di intervento di dimissione	N. sopralluoghi /n. CD =1	N. sopralluoghi /n. CD =1
8	Sopralluoghi UONPIA private (Tot 2 UONPIA private)	Verifica presenza PTI e PTR Visione cartelle cliniche a campione	N. sopralluoghi /n. UONPIA Private =1	N. sopralluoghi /n. UONPIA Private =1

Tabella 8.5: esito sopralluoghi nelle strutture di NPIA.

PARAMETRO	N. ASSOLUTO	MEDIA	MINIMO	MASSIMO
Posti occupati/posti contrattati SRT	-	78%	50%	100%
Posti occupati/posti contrattati SRT pubbliche	-	63%	50%	75%
Posti occupati/posti contrattati SRT private	-	86%	70%	100%
Cartelle controllate nelle SRT	42	-	-	-
% PTR presenti nelle SRT	-	100%	100%	100%
% PTR presenti nelle SRT pubbliche	-	100%	100%	100%
% PTR presenti nelle SRT private	-	100%	100%	100%
% PTR firmati dal referente del progetto	-	100%	100%	100%
% PTR firmati da genitore/tutore/paziente	-	47%	0%	100%
PTI inviati dalle UONPIA alle SRT	-	47%	0%	100%
Cartelle controllate in CD	51	-	-	-
% PTR presenti in CD	-	100%	100%	100%
Cartelle controllate nelle UONPIA private	43	-	-	-
% Anamnesi presenti nelle UONPIA private	-	96%	-	-
% Consensi informati firmati nelle UONPIA private	-	98%	-	-
N. utenti inviati in SRT o CD/cartelle visionate	0	-	-	-

8.3 Interventi e attività programmate 2019

A) Area psichiatria

Tabella 8.6. Tabella programmazione controlli 2019 area Psichiatria.

N.	Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione dei destinatari del controllo	Indicatore	Tipologia di controllo
1	CPS	Appropriatezza clinica	Appropriatezza clinica degli inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali. Appropriatezza come da DGR VIII/4221 del 28.02.2007	Tutti i CPS di ATS	N. inserimenti appropriati/totale inserimenti (= 1)	Da piattaforma web based delle autorizzazioni di ATS

2	Polo territoriale DSMD Ed Enti privati contrattati	Sicurezza del paziente	Completezza dei dati riportati nei flussi. La scarsa qualità o completezza dei dati riportati nei flussi informativi non consente un'adeguata lettura dei dati di attività finalizzata al miglioramento delle cure erogate e della sicurezza del paziente (Piano controlli ATS 2018, proposta PCP 2019).	Tutte le strutture coinvolte nell'attività	Indicatore di completezza informativa (diagnosi) % di pz in trattamento con diagnosi declinate fino alla III cifra del codice ICD 10 presenti nel Flusso 46/SAN ($\geq 95\%$) Aumento della completezza rispetto ai dati 2018 dopo azioni di informazione	Da flusso 46 SAN
3					Indicatore di completezza informativa (dati socio-demografici) % di pz in trattamento con le 4 informazioni sociodemografiche presenti nel Flusso 46/SAN * ($\geq 85\%$) Aumento della completezza rispetto ai dati 2018 dopo azioni di informazione	
4	CPS	Efficacia delle cure	Corrispondenza tra il percorso di cura adeguato al paziente e l'attività effettivamente erogata. La mancata corrispondenza tra il percorso di cura adeguato al paziente e l'attività effettivamente erogata può compromettere l'efficacia delle cure (Piano controlli ATS 2018, proposta PCP 2019)	Tutti i CPS di ATS	N. di pz in trattamento residenziale o semiresidenziale nell'anno registrati con codice di presa in carico 3 nel Flusso 46/SAN /n. totale di pz in trattamento residenziale o semiresidenziale nell'anno registrati nel flusso 46/SAN ($\geq 95\%$)	Da flusso 46 SAN
5	CPS	Economica e finanziaria/ sicurezza del paziente	Corrispondenza delle registrazioni cartella/flusso. Il miglioramento della corrispondenza delle registrazioni cartella/flusso va' intesa sia in termini di qualità/sicurezza dei trattamenti sia di valorizzazione di ciò che realmente viene erogato. Nel 2018 tale corrispondenza, valutata in 9 CPS (1 per ogni DSMD) si è assestata ad una media del 64 % (Piano controlli ATS 2018, proposta PCP 2019)	1 CPS per DSMD non coinvolto nei controlli 2018, totale CPS:9	% di interventi informatizzati di cui esiste registrazione in cartella clinica/infermieristica: n. interventi rilevati in cartella clinica/nel Flusso 46/SAN * ($\geq 90\%$)	Da flusso 46 SAN e sopralluogo in struttura

6	CPS	Efficacia delle cure	Presenza di PTI aggiornati e completi. Per i pazienti in percorso "presa in carico" è indispensabile da un punto di vista dell'appropriatezza e obbligatorio da un punto di vista normativo (DGR VII/17513 del 17.05.2004) la redazione di un PTI completo e periodicamente aggiornato. Nel 2018 per le cartelle valutate in 9 CPS (1 per ogni DSMD) i PTI presenti sono risultati in media del 61 %; i PTI aggiornati sono risultati in media del 75%; i PTI con obiettivi esplicitati sono risultati in media dell'86%	1 CPS per DSMD non coinvolto nei controlli 2018, totale CPS:9	Indicatore di presenza PTI n. di PTI presenti in cartelle di pz in "presa in carico" / cartelle di pz in "presa in carico" visionate (≥ 90%)	Sopralluogo in struttura
7					Indicatore di aggiornamento PTI n. di PTI aggiornati/PTI presenti (≥ 90%)	
8					Indicatore di completezza PTI n. di PTI con obiettivi esplicitati/PTI aggiornati (≥ 90%)	
9	Strutture residenziali e semiresidenziali	Efficacia delle cure	Presenza PTR aggiornati e congrui con il PTI. Per i pazienti inseriti in struttura residenziale o semiresidenziale è indispensabile da un punto di vista dell'appropriatezza e obbligatorio da un punto di vista normativo (DGR VII/17513 del 17.05.2004 e DGR VIII/4221 del 28.02.2007) la redazione di un PTR congruo con il PTI e periodicamente aggiornato.	20 strutture residenziali e semiresidenziali (1 per ogni Ente)/137 unità d'offerta	Indicatore di presenza PTR n. di PTR presenti in cartelle di pz / cartelle visionate (≥ 95%)	Sopralluogo in struttura
10					Indicatore di aggiornamento PTR n. di PTR aggiornati/PTR presenti (≥ 95%)	
11					Indicatore di congruenza PTI/PTR n. di PTR con congruenti con PTI/PTR aggiornati (≥ 95%)	
12	Strutture residenziali e semiresidenziali private contrattate	Economica e finanziaria	Il controllo della corrispondenza tra quanto riportato nel flusso 46/SAN e l'attività riportata in cartella è fondamentale per la liquidazione delle fatture e per la modulazione dei contratti gestiti direttamente dal nostro servizio	1 struttura per ogni Ente privato. N. enti privati: 16.	N. attività per cui si chiede valorizzazione/n. attività registrate in cartella clinica (≥ 95%)	Sopralluogo in struttura

B) Area NPIA

Tabella 8.7 Programmazione controlli 2019 area NPIA

N.	Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione dei destinatari del controllo	Indicatore	Tipologia di controllo
1	UONPIA pubbliche e private	Appropriatezza clinica	Appropriatezza clinica inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali. Appropriatezza come da DGR VIII/6861 del 19.03.2008; DGR X/2189 del 25.07.2014	11 UONPIA (100% delle strutture)	N. inserimenti appropriati/totale inserimenti (= 1)	Da processo autorizzativo tramite documentazione cartacea fino ad attivazione della piattaforma web based delle autorizzazioni
2	SRT	Sicurezza del paziente	Presenza e completezza dei registri di monitoraggio nelle SRT (registro inserimenti e registro movimenti). Qualità/completezza dei dati relativi agli utenti. La scarsa qualità o completezza dei dati relativi agli utenti non consente un'adeguata lettura dei dati di attività finalizzata dal miglioramento della qualità delle cure erogate e quindi della sicurezza dei pazienti (Piano controlli ATS 2018, proposta PCP 2019)	Prosegue l'attività iniziata nel 2018 attuata in ottemperanza alle Regole di Sistema 2018. Tutte le SRT di ATS, totale SRT:6	% campi completati nei registri di monitoraggio rispetto ai campi attesi per gli utenti per i quali è stato chiesto l'inserimento, per quelli in carico alla struttura e per quelli dimessi al momento del controllo (≥ 90%)	Ricezione registro via mail
3	UONPIA pubbliche ed Enti privati contrattati	Sicurezza del paziente	Completezza dei dati riportati nei flussi. La scarsa qualità o completezza dei dati riportati nei flussi informativi non consente un'adeguata lettura dei dati di attività finalizzata al miglioramento delle cure erogate e della sicurezza del paziente (Piano controlli ATS 2018, proposta PCP 2019).	Tutte le strutture pubbliche e private contrattate. Nel 2017 le diagnosi presenti nel flusso 28 SAN NPI sono risultate < 50%	% di pz in trattamento con diagnosi nel flusso 28/SAN NPI (≥ 95%). Aumento della completezza rispetto ai dati 2018 dopo azioni di informazione	Da flusso 28/SAN NPI

4	Poli territoriali UONPIA	Efficacia delle cure	Presenza dei PTI aggiornati e completi Per i pazienti inseriti in strutture residenziali o semiresidenziali è indispensabile da un punto di vista dell'appropriatezza e obbligatorio da un punto di vista normativo (DGR VII/17513 del 17.05.2004, nota regionale G1.2018.0034272 del 07/11/2018 Accordo Conferenza Unificata del 13.11.2014) la redazione di un PTI completo e periodicamente aggiornato	5 Poli Territoriali pubblici/10 totali	N. di PTI presenti in cartelle di pz che necessitano di PTI come da Accordo Conferenza Unificata del 13.11.2014/ cartelle di pz che necessitano di PTI (≥ 90%)	Sopralluogo in struttura
5					N. di PTI aggiornati/PTI presenti (≥ 90%)	
6					N. di PTI con obiettivi esplicitati/PTI aggiornati (≥ 90%)	
7	Strutture residenziali e semiresidenziali di NPIA	Efficacia delle cure	Congruenza PTI/PTR Per i pazienti inseriti in struttura residenziale o semiresidenziale è indispensabile da un punto di vista dell'appropriatezza e obbligatorio da un punto di vista normativo (DGR VII/17513 del 17.05.2004, nota regionale G1.2018.0034272 del 07/11/2018) la redazione di un PTR congruente con gli obiettivi del PTI	5 Strutture residenziali e semiresidenziali di NPIA su 5 strutture private contrattate e su 7 strutture totali	N. di PTR congruenti con PTI/PTR aggiornati (≥ 95%)	Sopralluogo in struttura
8	Strutture residenziali e semiresidenziali di NPIA private contrattate	Economico finanziaria	Corrispondenza produzione/attività. Relativamente alle strutture residenziali e semiresidenziali private contrattate il controllo della corrispondenza tra quanto riportato in distinta nel flusso 28 SAN e l'attività riportata in cartella è fondamentale per la liquidazione delle fatture e per la modulazione dei contratti gestita direttamente dal nostro servizio	5 Strutture residenziali e semiresidenziali di NPIA private contrattate (100%)	N. attività per cui si chiede valorizzazione/n. attività registrate in cartella clinica (100%)	Sopralluogo in struttura

9. Controlli Area Farmaceutica

La L.R. n. 6/2017 ha disposto le nuove norme di riordino del settore farmaceutico, a seguito dell'entrata in vigore della Legge n. 23/2015 "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)". Nella norma citata vengono esplicitate le funzioni del Servizio Farmaceutico ATS, così come di seguito riportate.

"Le ATS, tramite il servizio farmaceutico, esercitano, nel rispetto della normativa statale e in coerenza con la programmazione regionale, le funzioni concernenti:

- a) il controllo, la vigilanza e le autorizzazioni, ove previste, su farmacie, grossisti, depositi, strutture sanitarie e sociosanitarie, reparti di distribuzione dei farmaci di cui all'articolo 5 del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223 (Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale), convertito, con modificazioni, dalla legge 28 agosto 2006, n. 248;*
- b) le convenzioni in materia di assistenza protesica, dietetica e farmaceutica;*
- c) il governo e il monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza in materia di assistenza farmaceutica, dietetica e protesica;*
- d) la programmazione, la pianificazione e il monitoraggio delle modalità erogative afferenti all'assistenza farmaceutica nel rispetto dei tetti della spesa;*
- e) il controllo della spesa e dei consumi relativi ai farmaci a somministrazione diretta a pazienti non ricoverati, erogati dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate attraverso le farmacie interne."*

Sul territorio di ATS di Milano Città Metropolitana, che comprende circa il 38% della popolazione lombarda, insistono più del 40% delle farmacie aperte al pubblico dell'intero territorio regionale, oltre alla maggior parte delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate.

Le risorse economiche assegnate ad ATS per l'anno 2019 corrispondono a circa il 30% del totale dello stanziamento regionale per la Macroarea delle prestazioni di assistenza farmaceutica e assistenza integrativa e protesica.

In ATS Città Metropolitana di Milano al 31/03/2019 sono attive 980 farmacie convenzionate, 23 dispensari farmaceutici, 159 parafarmacie e corner, 199 grossisti/depositi, di cui 79 di sole sostanze farmacologicamente attive e 395 negozi autorizzati e punti GDO (Grande Distribuzione Organizzata) per la vendita di alimenti a fini speciali.

La ripartizione territoriale della rete di offerta farmaceutica è la seguente:

Ambito ATS	Farmacie convenzionate e dispensari	Parafarmacie/ corner	Grossisti /depositi
Ambito Milano Città	425	53	18
Ambito Milano Ovest	325	61	76
Ambito Milano Est	253	45	105
Totale	1003	159	199

Sul territorio di ATS Città Metropolitana operano circa 2.097 Medici di Medicina Generale e 402 Pediatri di Libera Scelta, mentre la rete di offerta sanitaria e sociosanitaria è composta da quasi 300 strutture.

Al Servizio Farmaceutico competono le attività di controllo e vigilanza autorizzativa ed ispettiva su farmacie, esercizi commerciali di cui all'art. 5 della L. 248/06, grossisti, depositi, strutture sanitarie e sociosanitarie; il Servizio Farmaceutico è di supporto all'implementazione dei nuovi modelli di governo, anche attraverso una corretta informazione sui farmaci ad operatori e cittadini, il monitoraggio sui prescrittori e una appropriata e specifica attività di farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza.

9.1 Attività 2018

Tab. 9.1 Sintesi attività anno 2018

AREA DEL CONTROLLO	RAZIONALE	OBIETTIVO 2018	INDICATORE	CONSUNTIVO 2018
Farmaceutica convenzionata – attività convenzionale	area controlli convenzionali - funzioni istituzionali - applicazione Convenzione (Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie D.371/98)	Controllo mensile delle DCR e conseguenti addebiti ed accrediti.	partecipazione a progetto regionale "un team per le ASL"	Rispetto del piano operativo concordato: applicazione rettifiche 2008-2009 con emissione di lettera definitiva degli importi rilevati con un recupero complessivo pari a €519.667,45 per il 2008 e €375252,86 per il 2009; tariffazione 2010-2011; emissione prima lettera 2010-2011; avvio contraddittori 2010-2011; conclusione dei contraddittori con le farmacie relativi agli anni 2010 e 2011 con conseguente emissione di lettera definitiva degli importi rilevati; il recupero è stato di € 189.153,96 nel 2010 e €524.942,07 nel 2011; tariffazione 2012-2013; emissione prima lettera 2012-2013; avvio contraddittori 2012-2013; conclusione dei contraddittori con le farmacie relativi agli anni 2012 e 2013 con conseguente emissione di lettera definitiva degli importi rilevati per i territori ASL ex-Mi1 e ex-Lodi
		Controlli C.F.A. (Commissione Farmaceutica Aziendale) per le ricette dell'anno precedente.	applicazione rettifiche di addebiti-accrediti come da specifici obiettivi regionali (DCR fur)	Con il mese di ottobre contabile (come da piano operativo regionale contenuto nella circolare regionale G1.2018.0016044 del 16/05/2018), tutte le farmacie associate hanno inviato la DCR-FUR, ovvero la distinta contabile in modalità elettronica, con tempistiche di invio al concentratore negli stessi giorni di consegna ricette. Svolgimento seduta di insediamento CFA per le farmacie pubbliche e private Verbale n. 1 del 23/03/18 Esecuzione sedute di CFA con valutazione ricette RUR e DPC/moduli webcare relative al periodo gennaio-giugno 2017 i cui relativi verbali sono: Verbale n. 2 del 18/05/18 Verbale n. 3 del 18/05/18 Verbale n. 4 del 22/05/18 Addebito effettuato nel mese contabile di giugno 2018 -Delibera di aggiornamento della composizione della CFA n. 974 del 20/09/2018 - Esecuzione sedute di CFA con valutazione ricette RUR e DPC/moduli webcare relative al periodo luglio-dicembre 2017 i cui relativi verbali sono: Verbale n. 5 del 9/10/18 Verbale n. 6 del 23/10/18 Addebito effettuato nel mese contabile di dicembre 2018
			Controlli specifici su ricette DPC; spesa relativa ai farmaci PHT attraverso DPC congruente con il valore di bilancio	Monitoraggio ricette DPC non chiuse in collaborazione con le UOS Vigilanza Ispettiva EST-Ovest-Milano in sede ispettiva. Applicazione rettifiche per ricette DPC segnalate non chiuse: Rettificate n. 13/13 ricette segnalate (evidenze in Farma2017) Estrazione file ricette DPC aperte Anni: - 2015 (farmacie ex ASL Milano) - 2016-2017 (farmacie ATS Milano) Applicazione rettifiche per farmaci in DPC ordinati e non dispensati/smarriti segnalati:25/25

AREA DEL CONTROLLO	RAZIONALE	OBIETTIVO 2018	INDICATORE	CONSUNTIVO 2018
Farmaceutica convenzionata – vigilanza farmaceutica	area vigilanza ispettiva - funzioni istituzionali - costante verifica dei requisiti autorizzatori e delle prestazioni farmaceutiche erogate, così come stabilito ai sensi degli artt. 111 e 127 del TULLSS e nel rispetto delle disposizioni di cui agli artt. 20, 50 e 51 del R.D. N. 1706/1938 e della più recente Legge 27/12, nonché del riordino 2015 (Legge 23/15) e della Legge regionale 6/17 e della DRG 7600/2017	FARMACIE APERTE AL PUBBLICO Verifica del mantenimento requisiti di autorizzazione e convenzionamento individuati.	Verbale di sopralluogo e/o atto formale che attesti le verifiche documentali effettuate. Almeno il 40% delle strutture	Verbalì agli atti dell'UOC Vigilanza Farmaceutica, trasmessi all'Ordine dei farmacisti
			N° minimo di strutture ATS: 482	N. ispezioni effettuate TOT ATS: 490
			n. 213 per Milano Città	N 213 per Milano Città (pari al 100%)
			n. 152 per Milano Ovest	n.151 per Milano Ovest (pari al 99,9%)
			n. 117 per Milano Est	n.126 per Milano Est (pari al 107%)
	area vigilanza ispettiva - funzioni istituzionali - costante verifica dei requisiti autorizzatori e delle prestazioni farmaceutiche erogate, così come stabilito ai sensi degli artt. 111 e 127 del TULLSS e nel rispetto delle disposizioni di cui agli artt. 20, 50 e 51 del R.D. N. 1706/1938 e della più recente Legge 27/12, nonché del riordino 2015 (Legge 23/15) e della Legge regionale 6/17 e della DRG 7600/2017	FARMACIE APERTE AL PUBBLICO: ispezioni "straordinarie"	Verbale di sopralluogo e/o atto formale che attesti le verifiche documentali effettuate. (tot. N. 36)	n. 6 Milano città n. 12 Milano Est n.18 Milano Ovest

AREA DEL CONTROLLO	RAZIONALE	OBIETTIVO 2018	INDICATORE	CONSUNTIVO 2018
Farmaceutica convenzionata – vigilanza farmaceutica	area vigilanza ispettiva - funzioni istituzionali - costante verifica dei requisiti autorizzatori e delle prestazioni farmaceutiche erogate, così come stabilito ai sensi degli artt. 111 e 127 del TULLSS e nel rispetto delle disposizioni di cui agli artt. 20, 50 e 51 del R.D. N. 1706/1938 e della più recente Legge 27/12, nonché del riordino 2015 (Legge 23/15) e della Legge regionale 6/17 e della DRG 7600/2017	PARAFARMACIE/ CORNER Verifica del mantenimento requisiti di autorizzazione e convenzionamento individuati.	n. 5 per Milano Città	n. 8
			n. 6 per Milano Ovest	n. 7
			n. 4 per Milano Est	n. 4
	area vigilanza ispettiva - funzioni istituzionali - costante verifica dei requisiti autorizzatori e delle prestazioni farmaceutiche erogate, così come stabilito ai sensi degli artt. 111 e 127 del TULLSS e nel rispetto delle disposizioni di cui agli artt. 20, 50 e 51 del R.D. N. 1706/1938 e della più recente Legge 27/12, nonché del riordino 2015 (Legge 23/15) e della Legge regionale 6/17 e della DRG 7600/2017	GROSSISTI/DEPOSITI Verifica del mantenimento requisiti di autorizzazione e convenzionamento individuati.	n. 5 per Milano Città	n. 5
			n. 7 per Milano Ovest	n. 7
			n. 11 per Milano Est	n. 11
	area vigilanza ispettiva - funzioni istituzionali - costante verifica dei requisiti autorizzatori e delle prestazioni farmaceutiche erogate, così come stabilito ai sensi degli artt. 111 e 127 del TULLSS e nel rispetto delle disposizioni di cui agli artt. 20, 50 e 51 del R.D. N. 1706/1938 e della più recente Legge 27/12, nonché del riordino 2015 (Legge 23/15) e della Legge regionale 6/17 e della DRG 7600/2017	RSA, Strutture pubbliche e private, depositi e grossisti Gestione stupefacenti (affidamenti in custodia e distruzioni)	Almeno n. 1 per Milano Città	n. 21
			Almeno. 1 per Milano Ovest	n. 18
			Almeno n. 1 per Milano Est	n. 26
Farmaceutica convenzionata – vigilanza farmaceutica	area vigilanza ispettiva - funzioni istituzionali -	attività amministrativa ed ulteriori attività di controllo	n. determinazioni autorizzative n. notizie di reato n. registri stupefacenti vidimati n. sanzioni amministrative erogate importo sanzioni amministrative erogate n. prescrizioni cannabis monitorate (secondo DGR n. XI/491/2018)	Determinazioni dirigenziali: 450 Notizie di reato: 1 Vidimazione registri stupefacenti: 1040 Sanzioni amministrative erogate: 72 Importo sanzioni amministrative erogate: 104.218,00 Prescrizioni cannabis terapeutica monitorate: 655

AREA DEL CONTROLLO	RAZIONALE	OBIETTIVO 2018	INDICATORE	CONSUNTIVO 2018
Farmaceutica convenzionata – appropriatezza prescrittiva	area appropriatezza prescrittiva - monitoraggio sulla corretta applicazione delle norme in materia farmaceutica, con una sezione rivolta specificatamente al Governo della Farmaceutica attraverso il controllo di specifici indicatori contestualizzati annualmente con le Regole di sistema e gli obiettivi dei Direttori Generali	Controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci relativamente al rispetto delle indicazioni terapeutiche registrate, alle limitazioni delle note AIFA, alla corretta compilazione dei Piani Terapeutici, alla rendicontazione dei farmaci PHT e alla promozione dei farmaci a brevetto scaduto	Corretta applicazione note AIFA e appropriatezza prescrittiva medicinali ipocolesterolemizzanti	Controllo su ricette con note mancanti I e II semestre 2017. Record estratti totali da verificare: 2346 Consegna alle 180 farmacie coinvolte di 549 ricette con note mancanti relative al I semestre 2017 per la regolarizzazione (prot. n. 104150 del 12/07/2018) Consegna alle 379 farmacie coinvolte di 1384 ricette con note mancanti relative al II semestre 2017 per la regolarizzazione (prot. n. 182002 del 10/12/2018) Controllo su ricette con note errate e suddivisione per prescrittore I e II semestre 2017 record estratti da verificare = n. 2828 Invio delle ricette con Note errate anno 2017 aventi come prescrittore il MMG all'UOC Integrazione Multiprofessionale nelle Cure Primarie per quanto di competenza Suddivisione per struttura erogatrice di 850 records relativi a ricette con Note errate anno 2017 aventi come prescrittore il medico specialista e predisposizione lettera a firma del direttore sanitario ATS per la trasmissione delle copie delle ricette con Note errate redatte da specialisti alle direzioni sanitarie delle nove strutture erogatrici ASST del territorio ATS. Evento ECM per MMG in data 21.03.18 dal titolo "Prescrizione appropriata di farmaci per patologie croniche (farmaci a brevetto scaduto, ipolipemizzanti, IPP,....). Sede San Donato Comunicazione protocollo n°0067639.09-05-2018 scadenza rosuvastatina e d ezetimibe Comunicazione protocollo n°013754624.24-09-2018 circa la disponibilità del biosimilare di enoxaparina sodica e insulina lispro, riprese anche su "Filodiretto".
			Corretto utilizzo degli antibiotici (riduzione di almeno 3%)	L'indicatore è stato nella DGR 415 del 02.08.18: "Realizzazione di almeno un evento formativo (eventualmente FAD) rivolto a MMG/PLS per il corretto utilizzo degli antibiotici classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico)". In data 19 maggio 2018 è stato organizzato un convegno svoltosi presso l'ospedale Buzzi in collaborazione con le CP per i MMG dal titolo: "Contrasto all'antibiotico-resistenza e uso appropriato dei farmaci antimicrobici". Contestualmente il PAAPSS ha organizzato il corso rivolto agli operatori di RSA "Antibiotico terapia sul territorio (prevenzione e trattamento delle Infezioni Correlate all' Assistenza)" con un format di n.4 incontri (24.05.18, 05.06.18, 13.09.18 già realizzati, 06.11.18 in programmazione). Premesso che l'obiettivo è trasversale anche per le ASST, si è proceduto ad una rilevazione congiunta dei momenti formativi predisposti dalle ASST al fine di condividerli e/o allargarli ai MMG del territorio di merito. La UO Malattie Infettive del Dipartimento di Area Medica dell'ASST Ovest Milanese, ha inoltre approntato un progetto di "UNIT DI ANTIBIOTICOTERAPIA SUL TERRITORIO" (responsabile scientifico: dr. Paolo Viganò e partecipante anche il direttore del Servizio farmaceutico ATS) con l'obiettivo di:

AREA DEL CONTROLLO	RAZIONALE	OBIETTIVO 2018	INDICATORE	CONSUNTIVO 2018
				- Creare una rete di monitoraggio delle infezioni con possibilità di identificare i momenti di criticità; - Sintonizzare i criteri di diagnosi e cura delle infezioni tra ospedale e territorio; - Razionalizzare l'uso dell'antibiotico allo scopo di ricondurre l'uso alle reali necessità per limitare l'insorgenza di resistenze. E' stata inoltre garantita la collaborazione in data 03 dicembre 2018 al convegno regionale "Problematiche farmacologiche degli antibiotici in pediatria" con intervento relativo al consumo di antibiotici sul territorio. Il monitoraggio sull'andamento delle DDD per gli antibiotici viene inviato all'interno del monitoraggio relativo al Piano dei controlli. Il dato relativo alle DDD prescritte rileva inoltre una diminuzione complessiva da 14,56/die a 14,41/die, con un decremento particolarmente significativo nel mese di dicembre (da 17,61/die a 15,00/die = - 14%).
			% DDD farmaci a brevetto scaduto e secondo indicazioni regionali	Dato progressivo: BMK1 dicembre 2018 = 81,60% BMK2 dicembre 2018 = 79,02% La percentuale risulta superiore all'obiettivo fissato
			verifica del 100% dei PT pervenuti	Verificati 100%: n. 34.698 cartacei n. 56.157 in piattaforma ATS
			Incremento della prescrizione/erogazione farmaci biosimilari individuati da RL	E' disponibile reportistica regionale come dato progressivo a partire da maggio 2018 da cui si evince un incremento in DDD del 31,6% per i biosimilari disponibili (escluso il File F)
Farmaceutica acquisti diretti – controllo File F	area controlli su unità di offerta sanitarie e sociosanitarie - in linea con le indicazioni presenti nelle Regole 2018 (DGR n. 7600/2017 in ordine alle funzioni esplicitate dalla Legge 23/15	Controllo tecnico dei records di File F trasmessi dalle strutture accreditate, verifica della tipologia del farmaco, della congruità del prezzo e la richiesta di rimborso di farmaci utilizzati secondo le indicazioni terapeutiche autorizzate, nonché verifica della non simultaneità della fornitura del farmaco con il ricovero (con esclusione delle modalità previste per i farmaci oncologici erogabili nell'ambito delle MAC). Controlli specifici per i farmaci innovativi, HCV ed oncologici ; controlli su alcune indicazioni non soggette a monitoraggio AIFA	controllo farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici) : 100%, con presenza del dato di targatura nel File F per ogni confezione erogata di farmaci HCV;	Nel corso del primo bimestre 2018 sono stati conclusi i controlli sull'anno 2017. Sono stati effettuati 33 accessi ispettivi durante i quali sono stati verificati 26.122 record relativi ai farmaci oncologici e 6.644 relativi ai farmaci per il trattamento dell'HCV. I controlli delle rendicontazioni in File F anno 2018, hanno portato alla redazione di 107 verbali ispettivi. Sono stati verificati 26.664 record relativi ai farmaci innovativi pari al 100% dei record rendicontati nel corso del 2018. La verifica della presenza del dato di targatura ha riguardato 6.940 record pari al 100% dei record relativi ai farmaci per il trattamento dell'HCV. Sono stati, inoltre, verificati: 49.762 record relativi ai farmaci oncologici con scheda AIFA su un totale di 80.709 record rendicontati pari cioè al 62%; 33.613 record su 56.885 pari al 59% dei record relativi alle rendicontazioni di temozolomide, rituximab e trastuzumab con indicazioni non sottoposte al registro di monitoraggio e 16.149 record su 23.854 pari al 68% delle rendicontazioni relative ai farmaci inibitori PCSK9
			controllo farmaci oncologici: 50%; controllo farmaci ipercolesterolemia , inibitori PCSK9 (evolocumab e alirocumab): 50%.	
			Controlli per i seguenti farmaci relativamente alle indicazioni non soggette a scheda AIFA, rituximab, trastuzumab e temozolomide: 50%.	
			verifica sui prezzi massimi di acquisto AVCP	La verifica sui prezzi massimi di acquisto ha riguardato 509.119 record pari al 100% dei record disponibili.

9.2 Interventi e attività programmate 2019

a. Vigilanza sulle farmacie aperte al pubblico

La DGR n. XI/1046 del 17/12/2018 ("Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario 2019") prevede, al punto 7.1.14. "Vigilanza sulle farmacie pubbliche e private aperte al pubblico" che, durante l'attività ispettiva, venga utilizzato il format unico di verbale regionale e il programma informatico messo gratuitamente a disposizione dell'Ordine dei Farmacisti, sperimentato nel corso del 2018 da ATS Milano Città Metropolitana, individuata come ATS capofila per la realizzazione del progetto.

Il numero totale delle farmacie del territorio aumenta costantemente da un anno all'altro in virtù delle nuove assegnazioni ed aperture previste dal concorso regionale 2012. Infatti tra l'annualità 2018 ed il primo trimestre 2019 sono state assegnate ed aperte 40 nuove farmacie. Si prevede comunque di effettuare, come da norma, vigilanza ispettiva almeno sul 50% delle farmacie.

Obiettivo condiviso per il 2019 con ACSS e DGW è quello di definire criteri omogenei di pesatura riferiti ai vari item del format regionale di verbale al fine di predisporre un'analisi dei rischi propedeutica all'individuazione di farmacie maggiormente meritevoli di attenzione.

A tal fine è stato attivato un gruppo di lavoro presso ACSS che, oltre ai Direttori di UOC Vigilanza Farmaceutica comprende rappresentanti di DGW, Ordine Farmacisti e Università. Ulteriore obiettivo del gruppo di lavoro sarà la condivisione di pratiche operative omogenee a livello di sistema e redazione di linee guida che verranno formalizzate sia da ACSS che da Regione nei rispettivi documenti di programmazione per l'anno 2020.

Occorre evidenziare infine che l'attività prettamente amministrativa di atti di autorizzazione e verifica (delibere, determine, verifiche richieste da Regione ed altri Soggetti) è mediamente molto elevata (circa 500 atti/anno).

b. Vigilanza su grossisti e depositi di medicinali e dispositivi

La DGR n. XI/1046 del 17/12/2018 introduce una rilevante novità per quanto riguarda il punto 7.1.15. Vigilanza su depositi e grossisti, stabilendo che i grossisti debbano essere ispezionati almeno una volta ogni due anni ed i depositi almeno una ogni cinque.

La circolare regionale Protocollo G1.2019.0010403 del 06/03/2019 chiarisce che, ai fini del controllo, per quanto riguarda i depositi, l'obbligo di visite ispettive da parte del Servizio Farmaceutico riguarda esclusivamente i depositari di specialità medicinali/dispositivi medici e non riguarda i depositari di sostanze attive (Art. 108 bis D.Lvo 219/2006).

Nei primi mesi 2019 è stato attivato un gruppo di lavoro presso DGW, di cui ATS Milano ha fatto parte, per la standardizzazione del format di verbale ispettivo e della modulistica correlata. I nuovi format entrano in vigore dal 1/4/2019.

L'attività dovrà essere pertanto programmata secondo la tabella seguente.

Ambito ATS	<i>grossisti attivi tot</i>	<i>grossisti da ispezionare anno 2019 (= 50% del totale)</i>	<i>depositi attivi tot</i>	<i>Depositi da ispezionare anno 2019 (=20% del totale)</i>
Ambito Milano Città	12	6	6	2
Ambito Milano Ovest	12	6	44	9
Ambito Milano Est	19	10	27	6
Totale	43	22	77	17

Occorre evidenziare l'incremento di attività 2019 in questa specifica area, rispetto alle verifiche effettuate nel 2018 (39 accessi versus 23).

Inoltre nel territorio afferente ad ATS Città metropolitana insistono la quasi totalità dei depositi e grossisti di Regione Lombardia e per la maggior parte si tratta di aziende di medie-grosse dimensioni; ne consegue che l'attività ispettiva effettuata presso queste realtà commerciali è generalmente lunga e laboriosa, impegnando in particolar modo il personale farmacista. L'incremento dell'attività "burocratica" collegata (determinazioni, controlli e visure camerali, comunicazioni, ecc.) impatta notevolmente anche sul personale amministrativo.

Si prevede di implementare questa specifica attività a partire dal secondo semestre 2019.

c. Farmaceutica convenzionata: attività convenzionale

Il Servizio Farmaceutico attua controlli sulla regolarità delle ricette spedite in regime SSN in linea con le modalità previste dal DPR 371/1998, provvedendo quindi, in base all'Accordo Collettivo Nazionale con le farmacie convenzionate, all'addebito diretto o all'invio alla Commissione Farmaceutica Aziendale.

A seguito della riforma del Servizio Sanitario Regionale, nell'ATS di Milano è stata costituita una nuova commissione unica che potesse operare per l'intero territorio di ATS.

La Commissione Farmaceutica Aziendale ha competenza a pronunciarsi in merito:

- a) ad ogni irregolarità ed inosservanza all'Accordo Collettivo Nazionale con le farmacie convenzionate di cui al DPR 371/1998;
- b) alle difformità rilevate nell'ambito dell'applicazione dell'accordo con le farmacie sulla Distribuzione per Conto dei farmaci A-PHT ai sensi della DGR n. X/2566 del 31/10/2014 e successive modifiche;
- c) alle irregolarità riscontrate nell'ambito della gestione dei Moduli WebCare per l'Assistenza Integrativa.

La stessa è competente in via definitiva, in ordine alla convalida del pagamento o all'annullamento totale o parziale delle ricette sottoposte al suo esame in relazione a quanto previsto dall'art. 4 dell'Accordo nazionale. Nel 2018 sono stati verificati n. 4.335 record di ricette e moduli webcare relativi all'anno 2017. Nel 2019 saranno verificare le irregolarità presenti nelle ricette spedite nel 2018.

Nell'ambito dell'attività di verifica di farmaci erogati tramite doppio canale per conto (DPC), oltre alla verifica trimestrale di coerenza economica tra quanto spedito in farmacia e quanto appostato a bilancio, vengono monitorati costi e volumi dei servizi distributivi. Inoltre vengono effettuati controlli specifici su ricette DPC aperte.

In merito al conguaglio contabile degli anni pregressi, viene confermata dalle Regole di Sistema 2019 la conclusione del progetto chiamato Un Team per le ASL, orientato alla realizzazione di una attività straordinaria di supporto da parte di Lispa verso le ATS per il recupero dei contenziosi relativi alle rettifiche contabili pregresse nel periodo 2008-2016, avviato formalmente con DGR X/3940 del 31.07.2015.

Sarà obiettivo di ATS procedere alla realizzazione del cronoprogramma previsto dal Progetto un Team per ASL con successivo recupero dei contenziosi relativi alle rettifiche contabili. L'ATS dovrà vigilare anche sulla procedura di dematerializzazione della distinta contabile riepilogativa (DCR) applicata dalle farmacie.

d. Farmaceutica convenzionata: appropriatezza prescrittiva

L'andamento della spesa farmaceutica convenzionata e consumi sossesi, viene analizzata trimestralmente in linea con le indicazioni presenti nelle Regole di Sistema annuali.

Questo approfondimento fornisce informazioni indispensabili per poter predisporre azioni di governo atte a perseguire una maggior appropriatezza prescrittiva e contestualmente a garantire un equilibrio economico con le risorse assegnate, in ordine anche ai nuovi tetti definiti dalla Legge di bilancio 2017, n. 232/2016.

La percentuale di incidenza della spesa farmaceutica sul Fondo sanitario nazionale rimane infatti fissata al 14,85 per cento, ma cambiano le percentuali delle sue componenti: la farmaceutica territoriale, che assume la denominazione di "tetto della spesa farmaceutica convenzionata", scende dall'11,35% al 7,96%, mentre la farmaceutica ospedaliera ora comprensiva della spesa per i farmaci acquistati in distribuzione diretta e per conto, denominata "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti", sale dal 3,5% al 6,89%.

L'analisi trimestrale della spesa farmaceutica è condotta per comprendere come si articola la spesa farmaceutica, individuare le aree terapeutiche più critiche, integrare altre informazioni quali le evoluzioni di mercato (sconti, scadenze brevettuali, introduzione sul mercato di farmaci innovativi con fascia di dispensazione), il trend epidemiologico delle patologie, le normative in relazione alla prescrivibilità a carico del SSN, il budget assegnato e lo storico (margine di contrattazione sui singoli CDC), ed infine orientare interventi spesso sinergici.

Di norma quindi dall'analisi dei principali indicatori quali la spesa ed il numero di ricette procapite, il costo a ricetta, il raccordo tra andamento della farmaceutica e assegnazione economica, l'andamento di spesa dei farmaci a brevetto scaduto per i singoli gruppi terapeutici posti sotto monitoraggio, deriva un'attività di controllo condotta attraverso indicatori progressivamente più specifici, contestualizzati annualmente con le Regole di sistema e gli obiettivi dei Direttori Generali.

In tema di appropriatezza sulla farmacoutilizzazione e sulla prescrivibilità a carico del SSN saranno consolidati i controlli sui farmaci sottoposti a note AIFA e a Piano Terapeutico. In particolare, per i farmaci sottoposti a

Note AIFA, verranno verificate tutte le ricette con nota AIFA errata/omessa in base alle annualità messa a disposizione da Lipa. L'invio per regolarizzazione o l'addebito coinvolgerà più Dipartimenti dell'Agenzia.

Nel 2018 sono stati verificati n. 34.698 Piani Terapeutici cartacei e n. 56.157 in piattaforma ATS, mentre sono state gestite n. 2.346 ricette con note mancanti e n. 2.828 ricette con note errate.

Continueranno i controlli per le note con PT 39/51/74/79. Verrà implementato l'uso del PT informatizzato anche in ordine all'obbligatorietà introdotta con le Regole di Sistema 2019.

Fondamentale sarà il monitoraggio e la promozione dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto anche in considerazione all'obiettivo definito a livello regionale e pari al 88% in DDD. L'anno 2017 chiude con un progressivo pari a 81,60%% per la sola farmaceutica convenzionata (BMK1 sul portale regionale Farmavision) e 79,06% considerando anche il doppio canale per conto (BMK2 sul portale regionale Farmavision).

Le schede medico contenenti l'andamento prescrittivo a livello di ATS, di ambito e di singolo prescrittore, verranno ottimizzate al fine di fornire una lettura integrata con gli indicatori previsti dal network delle Regioni.

Tali strumenti, oltre a fornire al prescrittore stesso una visione d'insieme del proprio modus operandi, orientando al miglioramento e facilitando il confronto con i colleghi, saranno utilizzati nel corso degli audit.

Analogamente ai farmaci a brevetto scaduto di origine chimica, i biosimilari concorrono alla sostenibilità finanziaria di sistema grazie al minor costo/terapia, anche se non sono inseriti nelle liste di trasparenza e non è consentita la sostituibilità automatica tra biologico di riferimento e un suo biosimilare né tra biosimilari.

In questo ambito il monitoraggio previsto sarà trasversale rispetto ai canali erogativi:

ATC	P. attivo	Classe	Fonte dati
B01AB05	Enoxaparina	A PHT	FV convenzionata e DPC
B03XA01	Eritropoietina	A PHT	
G03GA	Gonadotropine	A PHT	
H01AC01	Somatropina	A PHT	
L01XC02	Rituximab	H	File F
L04AB01	Etanercept	H	
L04AB02	Infliximab	H	

Sarà implementato infine anche il monitoraggio rispetto all'uso degli antibiotici al fine di migliorarne l'appropriatezza prescrittiva e ridurre i rischi connessi alla salute pubblica, anche legando l'attività a specifici progetti di risk-management.

e. Farmaceutica acquisti diretti: Controlli File F

L'obiettivo previsto dalla deliberazione N° XI /1046 del 17/12/2018, prevede per l'anno 2019 il controllo del 100% dei record rendicontati in File F relativi ai farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici) con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione, con verifica del reale costo sostenuto da parte della struttura.

Sulla base dei dati relativi alla produzione 2018 e degli elenchi dei farmaci innovativi attualmente in essere, sono ipotizzabili accessi ispettivi presso 25 erogatori con cadenza variabile in funzione della complessità della struttura. Sulla base degli stessi dati è possibile ipotizzare che i controlli riguardino oltre 30.000 record.

Al fine di individuare in modo oggettivo lo stato di realizzazione dei controlli, ogni verbale d'ispezione riporterà il seguente prospetto:

Periodo ispezionato	Numero record disponibili nel periodo ispezionato	Numero record controllati	% record controllati rispetto ai disponibili

Si ritiene utile specificare che la somma del numero dei record disponibili nei vari periodi dell'anno potrebbe differire dal dato in consuntivo sia in eccesso (record inviati in ritardo/inseriti a seguito di controlli) sia in difetto (storni richiesti a seguito di controlli).

Inoltre, per tutte le erogazioni in File F (nel corso del 2018 sono state oltre 1.600.000), verrà verificato quanto segue:

- rendicontazione nel rispetto dei prezzi massimi SSN (come da file inviato da DG Welfare);
- assenza nel flusso di erogazioni di farmaci con AIC revocata;
- presenza del dato di targatura per i farmaci per il trattamento dell'HCV (tip 18 del File F);
- valorizzazione a zero dei record relativi a farmaci innovativi erogati a pazienti residenti nelle Regioni a statuto speciale (esclusa la Sicilia) e le Province.

Di seguito viene sintetizzata in una griglia riassuntiva l'attività di programmazione dei controlli 2019

AREA DEL CONTROLLO	RAZIONALE	OBIETTIVO 2018	INDICATORE
Farmaceutica convenzionata – attività convenzionale	area controlli convenzionali - funzioni Istituzionali - applicazione Convenzione (Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie D.371/98)	Controllo DCR e rettifiche contabili. Controlli C.F.A. (Commissione Farmaceutica Aziendale) per le ricette dell'anno precedente. Controllo ricette in DPC	Partecipazione al progetto regionale "Un team per le ASL".
			Per le farmacie territorio ex Milano 2: conclusione dei controlli contabili relativi agli anni 2012-2013 e conseguente applicazione delle rettifiche contabili nella DCR 1/2019; per le farmacie territorio ex Milano Città: conclusione dei controlli contabili relativi agli anni 2012-2013 e conseguente applicazione delle rettifiche contabili nella DCR 2/2019.
			Per tutte le farmacie dell'ATS: avvio e conclusione dei controlli contabili relativi agli anni 2014-2015-2016 con conseguente applicazione delle rettifiche contabili di addebiti-accrediti
			Invio a regime da parte di tutte le farmacie delle DCR-FUR, ovvero la distinta contabile in modalità elettronica, con tempistiche di invio al concentratore negli stessi giorni di consegna ricette.) Esecuzione sedute di CFA per la valutazione delle ricette RUR e DPC/moduli webcare relativi all'anno 2018.
			Controlli specifici su ricette DPC; Monitoraggio ricette DPC aperte in collaborazione con le UOS Vigilanza Ispettiva EST-Ovest-Milano in sede ispettiva. Controllo del 100% delle ricette DPC aperte segnalate o rilevate nella piattaforma WebDPC e applicazione dei conseguenti addebiti.

Farmaceutica convenzionata – vigilanza farmaceutica	area vigilanza ispettiva - funzioni istituzionali - costante verifica dei requisiti autorizzatori e delle prestazioni farmaceutiche erogate, così come stabilito ai sensi degli artt. 111 e 127 del TULLSS e nel rispetto delle disposizioni di cui agli artt. 20, 50 e 51 del R.D. N. 1706/1938 e della più recente Legge 27/12, nonché del riordino 2015 (Legge 23/15) e della Legge regionale 6/17 e della DRG 1046/2018	Verifica del mantenimento requisiti di autorizzazione e convenzionamento individuati per farmacie aperte al pubblico, depositi, grossisti.	Verbale di sopralluogo e/o atto formale che attesti le verifiche documentali effettuate. Almeno il 50% delle farmacie; verifica di almeno il 50% dei grossisti; verifica di almeno il 25% dei depositi n. minimo di farmacie = 212; n. minimo di grossisti = 6; n. minimo di depositi = 2 per Milano Città n. minimo di farmacie = 163; n. minimo di grossisti = 6; n. minimo di depositi = 9 per Milano Ovest n. minimo di farmacie = 126; n. minimo di grossisti = 10; n. minimo di depositi = 6 per Milano Est
Farmaceutica convenzionata – appropriatezza prescrittiva	area appropriatezza prescrittiva - monitoraggio sulla corretta applicazione delle norme in materia farmaceutica, con una sezione rivolta specificatamente al Governo della Farmaceutica attraverso il controllo di specifici indicatori contestualizzati annualmente con le Regole di sistema e gli obiettivi dei Direttori Generali	Controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci relativamente al rispetto delle indicazioni terapeutiche registrate, alle limitazioni delle note AIFA, alla corretta compilazione dei Piani Terapeutici, alla rendicontazione dei farmaci PHT e alla promozione dei farmaci a brevetto scaduto	Controlli sulle ricette con Note AIFA mancanti relativamente all'anno 2018 e consegna delle ricette alle farmacie per la regolarizzazione. Controlli sulle ricette contenenti note AIFA errate relativamente all'anno 2018 e suddivisione per prescrittore. Invio delle ricette con Note AIFA errate anno 2018 aventi come prescrittore il MMG all'UOC Integrazione Multiprofessionale nelle Cure Primarie per quanto di competenza. Suddivisione per struttura erogatrice delle ricette con Note AIFA errate anno 2018 aventi come prescrittore il medico specialista e predisposizione con la direzione sanitaria di idonea procedura al fine di inviare eventuali ricette contenenti note errate agli erogatori del territorio. % DDD farmaci a brevetto scaduto e secondo indicazioni regionali verifica del 100% dei PT pervenuti e appropriatezza prescrittiva incremento della prescrizione/erogazione farmaci biosimilari individuati da RL
Farmaceutica acquisti diretti – controllo File F	area controlli su unità di offerta sanitarie e sociosanitarie - in linea con le indicazioni presenti nelle Regole 2019 (Deliberazione N° XI / 1046 del 17/12/2018)	Controllo tecnico dei record di File F trasmessi dalle strutture accreditate, verifica della congruità del prezzo nel rispetto dei prezzi massimi SSN. Controlli specifici per i farmaci innovativi (oncologici e non).	controllo farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici) : 100%, con presenza del dato di targatura nel File F per ogni confezione erogata di farmaci HCV; verifica del rispetto dei prezzi massimi d'acquisto (come da file inviato da DG Welfare); verifica dell'assenza nel flusso di erogazioni di farmaci con AIC revocata; verifica valorizzazione a zero dei record relativi a farmaci innovativi erogati a pazienti residenti nelle Regioni a statuto speciale (esclusa la Sicilia) e le Province Autonome di Trento e Bolzano

10. Controlli Area Protesica Maggiore

10.1 Prescrittori, Centri Prescrittori e Fornitori

Nel corso del 2018 si è conclusa l'attuazione della Legge Regionale 23/2015 nell'area urbana di Milano, attraverso la realizzazione delle azioni previste dal Progetto Milano, di cui alla D.G.R. n. X/5954 del 05.12.2016.

La ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda è stata individuata come ASST contabile alla quale affrisce il Servizio Unificato di Protesica e Integrativa (S.U.P.I.) per l'area urbana di Milano (compresa ASST Nord Milano), quale modello di indirizzo e coordinamento dell'assistenza protesica e integrativa. La ASST contabile è l'unica destinataria delle risorse fornite da Regione Lombardia, si rapporta operativamente con le articolazioni delle ASST operative (ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Nord Milano) e, direttamente, con i relativi Uffici Protesica territoriali ai quali competono l'operatività connessa alla singola prescrizione, al singolo assistito e/o alla singola fornitura oltre che le corrispondenti verifiche di correttezza, completezza e appropriatezza dell'assistenza. A partire dal 1 gennaio 2018, i flussi riferiti alla Protesica e all'Assistenza Integrativa dell'area urbana di Milano sono tutti inviati da ASST Niguarda. Anche i flussi riferiti alla Farmaceutica (File F ex tipologia 13) sono inviati da ASST Niguarda (Nota RL Prot. G1.2018.0002682 del 29.01.2018 "Progetto Milano. Codifiche strutture erogatrici").

Dal punto di vista erogativo permangono in capo ad ATS le competenze per gli ausili e i prodotti di assistenza integrativa inclusi negli accordi con le farmacie (canale di distribuzione "convenzionata").

A seguito dell'entrata in vigore del DPCM 12.01.2017 e dei relativi nuovi L.E.A., nel 2018 è proseguito l'adeguamento del software regionale per la prescrizione protesica on line Assist@nt-RL, come da indicazioni della DGR n. X/6800 del 30.06.2017. Le Note regionali, esito della collaborazione tra il Gruppo regionale di Coordinamento protesica, Lombardia Informatica ed ARCA hanno riguardato principalmente disposizioni in merito ai nuovi tracciati dei Flussi (PROMAG, PROMIN, DIABET, DIETET), nuove codifiche delle strutture erogatrici nell'area urbana di Milano, modifica e monitoraggio stato prescrizioni in Assist@nt-RL, rete clinico assistenziale diabetologica e strumenti prescrittivi, attivazione Centri prescrittivi per Stomie - Ambulatori stomizzati e adozione Linee guida, settore monouso (con delega alle ATS di verificare i requisiti e individuare i Centri prescrittivi per Stomie nel proprio territorio di riferimento).

Il SUPI costituisce formale riferimento istituzionale per la ATS di riferimento, con cui condividere programmazione e relativa attività gestionale.

I compiti di ATS, in materia di controlli, sono declinati dalla DGR n. X/6917 del 24.04.2017, dalla DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2019" e dal Piano dei Controlli e Protocolli 2018 (lettera a del comma 4, art.11 della L.R. 23/2015), emanato dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo.

Le ASST e le ATS dovranno garantire il governo dei processi prescrittivi ed erogativi, un puntuale monitoraggio della spesa sostenuta e una rendicontazione dei costi sostenuti coerente con il budget assegnato.

Alle ATS è richiesto:

- individuazione dell'ASST contabile per ciascun territorio ATS, ad integrazione del percorso avviato, al fine di dare avvio all'attivazione all'interno di ciascuna di queste ad un unico SUPI, entro maggio 2019;
- controllo delle sedi degli esercizi dell'Elenco aziendale Fornitori, volto ad accertare il mantenimento/possesso dei requisiti autocertificati;
- revisione e aggiornamento dell'albo dei prescrittori, con controllo della correttezza delle credenziali estese rilasciate in base all'attività svolta, alla Struttura Sanitaria (Pubblica, Privata accreditata, Istituti di Riabilitazione e RSA), in coerenza con le indicazioni fornite da Regione circa i requisiti specifici per i Centri di prescrizione;
- realizzazione del progetto DPC Diabete, a seguito dell'aggiudicazione della gara ARCA per i presidi per l'automonitoraggio e glucometri, in collaborazione con le ASST, entro febbraio 2019.

La situazione del territorio di ATS Milano Città Metropolitana vede identificati i seguenti SUPI contabili e aziende gestite:

GESTORE SUPI	AZIENDE GESTITE
ASST OVEST MILANESE	ASST OVEST MILANESE
ASST RHODENSE	ASST RHODENSE
ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA
ASST LODI	ASST LODI
ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	ASST NORD MILANO, ASST SANTI PAOLO E CARLO, ASST FATEBENEFRATELLI SACCO

La prescrizione protesica o di assistenza integrativa è parte integrante del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo e come tale sottoposta alle medesime regole di accreditamento, qualità, obblighi di formazione delle altre attività sanitarie svolte dalle ASST/IRCCS/Erogatori accreditati e contrattualizzati di diritto privato. Dall'applicazione della normativa e delle indicazioni regionali di settore l'attuale quadro di offerta di Centri di Prescrizione nel territorio dell'Agenzia è così rappresentata.

1. Tipologie

- protesi acustiche
- processori esterni per impianti cocleari
- riabilitazione visiva funzionale
- V.M.D. e O.S.A.S.
- protesi d'arto
- microinfusori per insulina
- piede diabetico
- centri specialistici di eccellenza (compreso n. 1 centro ausili per minori con gravi disabilità)
- stomie

2. Numerosità

- n. 1.872 medici specialisti prescrittori attivi
- n. 189 Centri di prescrizione pubblici e privati accreditati

I Centri di prescrizione per stomie sono stati individuati da ATS nel corso del 2018 in ottemperanza alla Nota RL Prot. G1.2018.0015622 del 11.05.2018 "Attivazione Centri prescrittivi per Stomie - Ambulatori stomizzati e adozione Linee guida, in attuazione della DGR 22 dicembre 2008, n. 8730, settore monouso".

Le Tabelle seguenti riportano:

- A) la distribuzione dei medici specialisti prescrittori e degli specialisti in possesso di credenziale per Centro di Prescrizione nelle 3 macroaree;
- B) la distribuzione per macroaree e tipologia dei Centri di Prescrizione.

A - MEDICI PRESCRITTORI E CENTRI DI PRESCRIZIONE

	CITTÀ DI MILANO	MILANO EST	MILANO OVEST	Totale ATS
N. specialisti prescrittori	1.060	310	502	1.872
N. specialisti prescrittori operanti in Centri di prescrizione	224	66	116	406

(agg. 31.12.2018)

B - TIPOLOGIE DI CENTRI DI PRESCRIZIONE TERRITORIALI PER MACROAREE

Tipologia	CITTÀ DI MILANO	MILANO EST	MILANO OVEST	Totale ATS
protesi acustiche	13	5	7	25
processori esterni per impianti cocleari	4	2	3	9
riabilitazione visiva funzionale	8	1	5	14
V.M.D. e O.S.A.S.	35	6	13	54
protesi d'arto	4	6	12	22
microinfusori per insulina	11	4	13	28
piede diabetico	6	2	7	15
specialisti di eccellenza	4	0	0	4
stomie	9	2	7	18
Totale	94	28	67	189

(agg. 31.12.2018)

Tra i compiti fondamentali di ATS c'è il perfezionamento della procedura di accreditamento delle Aziende Ortopediche, Aziende Audioprotesiche, Esercizi di Ottica, che consiste nella verifica del possesso dei requisiti stabiliti da Regione Lombardia con Nota Prot. H1.2011.0027302 del 19.09.2011, e nella conseguente iscrizione all'Elenco Regionale - sezione ATS territoriale, condizione necessaria per essere inclusi nell'elenco dei fornitori di protesi e ausili erogati dal SSR.

Di seguito è riportata la distribuzione dei Fornitori per tipologia nelle ASST di competenza ATS.

Tipologia Azienda	CITTÀ MILANO (compresa ASST NORD MILANO)	ASST OVEST MILANESE	ASST RHODENSE	ASST MELEGNANO	ASST LODI	TOTALE
N. Aziende Ortopediche	51	8	10	24	2	94
N. Aziende Audioprotesiche	77	7	13	12	9	119
N. Aziende Ottiche	34	7	4	12	1	58
Totale	162	22	27	48	12	271

(agg. 31.12.2018)

I volumi di attività opportunamente rendicontati tramite i Flussi della Protesica (PROMAG, PROMIN, DIABET e DIETET) sul sistema SMAF dalle ATS e ASST SUPI consentono una valutazione dei consumi in ambito di Assistenza Integrativa e Protesica.

I dati economici (in Euro) della Protesica Maggiore (Flusso DIT-PROMAG) suddivisi per ATS di riferimento e ASST/SUPI sono così rappresentati:

ASST	2017	2018	%
SUPI MILANO	23.886.333,87	25.212.916,40	5,55
ASST OVEST MILANESE	5.415.854,17	5.448.889,64	-2,08
ASST RHODENSE	5.584.330,18	6.798.161,99	12,44
ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	9.042.906,54	9.012.125,91	-0,34
ASST DI LODI	3.238.240,12	3.685.422,77	13,65
TOTALE ATS MILANO METROPOLITANA	47.167.664,88	50.157.516,71	4,97
TOTALE REGIONE	132.925.870,01	142.182.394,31	6,98

Il volume di spesa (valore erogato) della ATS Milano Città Metropolitana rappresenta il 35% della spesa totale di Regione, il SUPI Milano costituisce più del 50% della spesa della ATS Milano Città Metropolitana; il trend di spesa nel confronto 2017-2018 mostra un incremento del 4,97% totale, soprattutto a carico della ASST Rhodense (+12,44%), ASST Lodi (+13,65%) e S.U.P.I. Milano (+5,55%), mentre la ASST Ovest Milanese registra un lieve decremento della spesa (-2,08%), pressoché stabile la ASST Melegnano e Martesana (-0,34%).

10.2 Attività 2018

Prescrittori

Per tutta ATS l'attività è centralizzata presso la U.O.C. Governo dell'assistenza protesica maggiore relativamente a: ricevimento delle richieste di inserimento nell'elenco prescrittori, aggiornamento dati per iscrizione, trasferimento o cancellazione, controllo periodico dell'anagrafica prescrittori di Assist@nt-RL. È disponibile un unico elenco di medici specialisti prescrittori di ATS Milano Città Metropolitana, anche in versione excel scaricabile per le ASST/IRCCS/privati accreditati, pubblicato sulla Home Page del sito www.ats-milano.it. Nel 2018 sono state effettuati n. 345 procedimenti, di cui n. 202 iscrizioni e n. 143 cancellazioni, con atto autorizzativo e costante aggiornamento dell'Elenco specialisti Prescrittori aziendale. È stata presa in carico presso la UOC la competenza dell'inserimento nella Carta CRS-SISS dei prescrittori dell'attributo di protesica, con invio di Nota esplicativa a tutti i soggetti coinvolti. Ciò ha consentito di controllare la correttezza della credenziale rilasciata nell'ambito del governo dell'attività prescrittiva.

Distribuzione delle credenziali di protesica a maggiore frequenza di rilascio (agg. 31.12.2018).

Specialità	Conteggio attributo protesica
MEDICINA INTERNA	39
ORTOPEDIA	29
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	27
GERIATRIA	25
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (VENTILAZIONE MECCANICA DOMICILIARE)	21
NEUROLOGIA	17
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA (PROTESI D'ARTO)	15
ENDOCRINOLOGIA (CENTRO DIABETOLOGICO - MICROINFUSORI)	11
CHIRURGIA GENERALE	8

Al 31.12.2018 sono 1.872 gli specialisti prescrittori attivi distribuiti in n. 88 strutture sanitarie/sedi prescrittive. I medici prescrittori di RSA sono n. 94 distribuiti in n. 89 sedi prescrittive; per il 2018 sono state effettuate un totale di n. 21 tra iscrizioni, cancellazioni, modifiche.

Nel corso del 2018 è stata approvata la procedura relativa al "Controllo dei requisiti dei prescrittori con gestione dei relativi elenchi"; a seguito dell'attuazione del POAS e delle nomine di Direzione sono state sono stati mappati i processi e relative attività per la UOC Governo dell'assistenza protesica maggiore:

P16	Controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie	A148	Governo dell'assistenza protesica maggiore: monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei Centri di prescrizione e dei medici specialisti prescrittori, accreditamento e gestione dei relativi elenchi
-----	--	------	--

Centri di prescrizione

Nel 2018 sono stati verificati i requisiti documentali autocertificati di n. 56 Centri di prescrizione con notifica della permanenza dei requisiti di accreditamento regionali ovvero di cessazione (n. 2 Centri V.M.D. e O.S.A.S., n. 1 Centro Protesi arto inferiore). Al 31.12.2018 sono 189 i Centri di prescrizione attivi operanti per la prescrizione di ausili ad elevata complessità/costo (n. 9 tipologie); inoltre sono stati individuati i Centri di prescrizione per le Stomie di prossima attivazione.

In merito alle criticità è stato dato costante supporto alle Direzioni sanitarie per le azioni necessarie a soddisfare l'adesione al percorso di qualificazione e all'adeguamento agli standard regionali di Centro specialistico di prescrizione (requisiti specifici previsti dalla Nota di Regione Lombardia Prot. N. H1.2013.0007354 del 04/03/2013), anche mediante i Piani di miglioramento e relativa tempistica.

Fornitori di protesi (Elenco 1 D.M. 332/99)

Nel corso del 2018 è proseguito il censimento delle aziende presenti sul territorio di ATS, con acquisizione della relativa documentazione dalle ASST di competenza, accorpamento e riordino di tutta la documentazione in un unico archivio presso la UOC. È altresì centralizzata l'attività di: ricevimento delle richieste di attivazione, variazione societaria, modifica/aggiunta tecnico presente in sede, modifica orari, trasferimento o cancellazione, aggiornamento dati per iscrizione, attribuzione credenziali di accesso al sistema trasferimento o cancellazione per il tecnico, controllo periodico dell'anagrafica fornitori di Assist@nt-RL. È periodicamente aggiornato l'Elenco unico regionale Fornitori - sezione ATS Milano Città Metropolitana che è sulla Home Page del sito www.ats-milano.it, con l'obiettivo di sottoporre al controllo del mantenimento dei requisiti di accreditamento il 50% (triennio 2018-2020) delle sedi dei Fornitori di protesi già in Elenco sono stati effettuati i sopralluoghi sia per le Aziende fornitrici iscritte negli anni precedenti, sia per le Aziende che hanno presentato domanda di nuova iscrizione o trasferimento nel corso del 2018. È stata predisposta idonea modulistica per l'effettuazione dei sopralluoghi, il programma dell'attività e la metodologia di campionamento.

Di seguito è riportato il n. di sopralluoghi effettuati.

N. nuove Aziende fornitrici controllate con sopralluogo/N. attivazioni	13/13
N. sopralluoghi per la verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento in caso di Fornitore già in elenco	36
N. prescrizioni ai fornitori effettuate	117

Nelle situazioni verificate, solamente in due casi è stata rilevata la carenza di requisiti necessari per l'iscrizione in Elenco (azienda ortopedica con servizio igienico non attrezzato per persone disabili), con conseguente prescrizione di un termine entro il quale provvedere al ripristino delle regolari condizioni, che è stato rispettato dai Fornitori coinvolti. In generale, le prescrizioni sono state emesse a fronte di aspetti non rilevanti, da migliorare, con il termine entro il quale il fornitore era tenuto ad ottemperare (es. mancata esposizione degli orari di apertura al pubblico, mancata esposizione dell'organigramma aziendale al pubblico, mancanza di qualche attrezzatura prevista in elenco, bagno per disabili idoneo per superficie ma non attrezzato, corrette modalità di gestione delle pratiche sul SW Assist@nt-RL).

I criteri per la selezione dei Fornitori di protesi presso cui effettuare la vigilanza sono stati i seguenti:

- controllo delle Aziende di nuova iscrizione;
- rilevazione di anomalie nell'esercizio dell'attività segnalate da utenti, ASST del territorio di ATS, altri SUPI o rilevate dal sistema informatico;
- volume prestazioni erogate;
- trasferimenti di sede o variazioni del soggetto titolare (cessioni, subentri attività, cambio marchio o insegna).

L'attività di controllo del mantenimento dei requisiti di accreditamento ha consentito di verificare e uniformare alcuni comportamenti relativamente alla corretta gestione delle prescrizioni come presa in carico ed erogazione, completa e corretta compilazione del portale Assist@nt-RL, anche relativamente ai documenti da inserire ai fini della liquidazione delle fatture (in accordo con ASST/SUPI). È stato dato costante supporto informatico/telefonico ai Fornitori per le informazioni e le modalità di iscrizione/modifica.

Inoltre è stata approvata la procedura relativa al "Controllo dei requisiti dei Fornitori di protesi con gestione del relativo elenco"; il processo e relativa attività sono stati mappati:

P16	Controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie	A149	Governo dell'assistenza protesica maggiore: monitoraggio e controllo dell'appropriatezza erogativa dei Fornitori di ausili protesici su misura, accreditamento e gestione del relativo elenco
-----	--	------	---

Controlli in collaborazione ATS-ASST

In ottemperanza a quanto previsto in materia di controlli dalla DGR n. X/6917 del 24.04.2017 (Allegato A, Cap. 6), nel 2018 la UOC Governo Protesica ha attuato, in collaborazione con le ASST/SUPI di riferimento, la condivisione di percorsi omogenei per l'effettuazione dei controlli relativi all'assistenza protesica maggiore e minore, alla luce delle evoluzioni normative determinate dalla Legge 23/2015, dal modello SUPI e dai nuovi LEA.

Obiettivo del processo, strutturato attraverso l'istituzione di un **Tavolo di lavoro permanente ATS/ASST**, era la definizione degli ambiti di competenza ATS/ASST, l'analisi delle principali criticità, la condivisione della metodologia, lo sviluppo di strumenti di controllo efficienti ed efficaci per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, nelle aree intersezionali individuate dalla DGR sopra citata.

Per il **monitoraggio dell'andamento complessivo delle attività, volumi economici, completezza dei dati, aree di criticità in collaborazione con le ASST**, la UOC ha realizzato una proposta di indicatori, mediante estrazione/elaborazione dei dati di Assist@nt-RL e presentazione periodica alle ASST/SUPI per la condivisione di disomogeneità/difformità. Ciò ha consentito di effettuare focus sulle aree a maggior rischio di inappropriata e condividere l'opportunità di azioni correttive e indicazioni prescrittive specifiche.

Di seguito si riportano gli indicatori utilizzati per il territorio di ATS Milano per il periodo di riferimento:

- N. assistiti che hanno ricevuto prescrizioni di protesica maggiore o che hanno una fornitura attiva, confronto 2017/2018 (prevalenza annuale);
- N. prescrizioni di assistenza protesica maggiore, confronto 2017/2018 (incidenza annuale);
- N. assistiti con prima prescrizione/rinnovo/riparazione;
- valore erogato totale per assistenza protesica maggiore nella ATS Milano Metro, distribuzione percentuale per ASST (variazioni percentuali 2017/2018);
- valore erogato per assistenza protesica maggiore distribuito per modalità finanziaria (corrente/investimento) e per ASST (confronto 2017/2018);

- valore erogato per assistenza protesica maggiore distribuito nelle maggiori 12 Classi ISO omogenee di spesa per ASST (confronto 2017/2018);
- Percentuale di variazione incrementale (+/-) di valore erogato per Classi ISO omogenee di maggior spesa per ASST e periodo di riferimento: focus su Ventilazione Meccanica Domiciliare, Protesi acustiche, Ausili per la postura seduta, Cardiomonitor (confronto 2017/2018);
- N. ritiri e registrazione in Assist@nt-RL di ausili riutilizzabili in uso a deceduti per ASST (confronto 2017/2018);
- Percentuale di riutilizzo, con erogazione da Magazzino ASST, di ausili ricondizionati di più frequente prescrizione e maggior spesa: focus su carrozzine pieghevoli, carrozzine elettroniche, seggiolone polifunzionale (confronto 2017/2018);
- N. prescrizioni cartacee non giustificate per ASST;
- N. prescrizioni effettuate con modalità on line e cartacea per ASST/struttura/tipo prescrittore (specialista/MMG);
- N. prescrizioni con presenza di collaudo;
- N. prescrizioni ex Elenco 1 - D.M. 332/99 erogate entro i tempi previsti dal D.M. 332/99;
- N. prescrizioni di ausili ex Elenco 1 - D.M. 332/99, complete di marca e modello, suddivise per Ditta.

La descrizione dell'attività di ogni singola ASST attraverso tali indicatori ha consentito di attuare, laddove necessario, azioni correttive per il miglioramento della performance (es. analisi modalità finanziaria, incremento n. ritiri ausili riutilizzabili a deceduti, registrazione ritiri in Assist@nt-RL, incremento erogazione ausili riutilizzabili da magazzino interno, monitoraggio stato prescrizioni on line, spunti per modifica capitolati gare, monitoraggio prescrizioni cartacee non giustificate ...).

Per il **monitoraggio generale dell'applicazione dei requisiti di aventi diritto, LEA, controllo applicazione omogenea e corretta delle procedure (Controlli a posteriori)**, il Tavolo di lavoro ha condiviso le competenze, la metodologia, gli ambiti, la numerosità, la tipologia, la frequenza, gli strumenti, le istruzioni, la modulistica dei controlli e delle azioni correttive, la scadenza dei controlli, utilizzando gli indicatori di fattori di rischio sia previsti dalla normativa sia emersi dalle analisi svolte. ATS ha sollecitato a livello di ASST operative/SUPI l'istituzione di equipe multidisciplinare (medico, infermiere, amministrativo, fisioterapista, farmacista ...), come previsto dalla DRG 6917. Nella ASST Ovest Milanese l'equipe multidisciplinare, coordinata dal proprio SUPI, è stata istituita con atto deliberativo aziendale.

L'attività dei controlli è stata svolta attraverso sei schede:

Scheda	Tipo controlli
Scheda n. 1 controlli su ausili <u>VMD 030315000 99</u>	A1: controllo dello stato di avente diritto A2: controllo della congruenza prescrittiva A3: controllo di effettuazione del collaudo
Scheda n. 2 controlli su <u>ausili</u> <u>udito 214506003DX-SX 99</u>	A1: controllo dello stato di avente diritto A2: controllo della congruenza prescrittiva A3: controllo di effettuazione del collaudo B1: controllo dei tempi di fornitura delle Ditte B2: controllo della marca e modello presenti in Assist@nt-RL C: verifica della regolarità della documentazione a corredo della fattura e dei dati registrati nei sistemi informatici
Scheda n. 3 controlli su <u>ausili</u> <u>posizione seduta 180918012 99</u>	A1: controllo dello stato di avente diritto A2: controllo della congruenza prescrittiva A3: controllo di effettuazione del collaudo B1: controllo dei tempi di fornitura delle Ditte B2: controllo della marca e modello presenti in Assist@nt-RL C: verifica della regolarità della documentazione a corredo della fattura e dei dati registrati nei sistemi informatici
Scheda n. 4 controlli su <u>Cardiomonitor</u>	A1: controllo dello stato di avente diritto
Scheda n. 5 controlli su ausili per ventiloterapia <u>CPAP</u>	D: monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva CPAP, approfondimento su ventilazione non invasiva
Scheda n. 6 <u>controlli a domicilio</u>	B3: controlli a campione al domicilio del dispositivo erogato dalle Ditte esterne

La UOC Governo Protesica ha provveduto a raccogliere la documentazione dei controlli effettuati dalle ASST/SUPI e ad analizzare i risultati (n. prescrizioni I° semestre 2018 analizzate = n. 565 su 36.700, pari al 1,54%). Di seguito sono riportate le evidenze emerse.

- A1: controllo dello stato di avente diritto = RISCHIO BASSO - l'esame del campione preso in esame, per la tipologia di ausili controllati, non ha evidenziato criticità);
- A2: controllo della congruenza prescrittiva = RISCHIO BASSO - l'esame del campione preso in esame, per la tipologia di ausili controllati, non ha evidenziato criticità;
- A3: controllo di effettuazione del collaudo = RISCHIO MEDIO - su un campione di n. 302 prescrizioni risulta che n. 85 ausili non sono stati collaudati (28%). N.B.: per gli ausili della posizione seduta (cod. ISO 18.09.18.012_99) il dato è da verificare in quanto il campione preso in esame comprende anche alcuni ausili erogati da magazzino;
- B1: controllo dei tempi di fornitura delle Ditte = RISCHIO MEDIO - su un campione di n. 320 prescrizioni risulta che per n. 21 prescrizioni i tempi di consegna sono superiori a quanto previsto dal DM 332/99 (6,5%);
- B2: controllo della marca e modello presenti in Assist@nt-RL = RISCHIO BASSO - su un campione di n. 320 prescrizioni, tutte le prescrizioni erano complete della registrazione in Assist@nt-RL di marca e modello;
- C: verifica della regolarità della documentazione a corredo della fattura e dei dati registrati nei sistemi informatici = RISCHIO MEDIO - il dato riscontrato non è comparabile in quanto l'inserimento in Assist@nt-RL (pdf) del Modello O3, da parte del fornitore, firmato dal prescrittore/ditta/utente, non è obbligatorio tranne che per il SUPI Milano. Anche i controlli sulla congruenza prescrittiva meritano un approfondimento in quanto è da verificare la formazione specifica degli operatori sulla materia e la presenza di procedure che standardizzano il controllo.
- D: monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva CPAP, approfondimento su ventilazione non invasiva = RISCHIO ALTO - su un campione di n. 139 prescrizioni risulta che per n. 58 prescrizioni il tempo di utilizzo è inferiore a quanto prescritto (41%). Per n. 2 ASST non è stato possibile effettuare il controllo in presenza di apparecchi non dotati di conta-ore.

Le considerazioni sulla metodologia di controllo sperimentata nel I° semestre 2018 sono le seguenti:

- non consente di raggiungere risultati numericamente soddisfacenti;
- non pare sufficientemente efficace nel rilevare aree critiche;
- sottopone gli operatori dei presidi territoriali ad un carico di lavoro eccessivo, con rischio di non esecuzione a favore di urgenze erogative;
- richiede per i controller l'accessibilità/disponibilità agevole di documentazione di competenza di altri enti/servizi (es. verbali invalidità, fatture).

Per i controlli a posteriori del II° semestre 2018 la metodologia è stata quindi migliorata e corretta, come di seguito:

- selezione dei soli ambiti di rischio medio-alto (collaudo, controlli di congruenza erogativa a seguito dell'attività di liquidazione fatture, compliance CPAP);
- controllo solo su alcuni stati (istante in attesa di accertamento) per gli ambiti con rischio basso (es. avente diritto) e selezione di alcune tipologie di ausili (es. protesi acustiche, CPAP);
- numero ridotto di tipologie di ausili da sottoporre a controllo per fattore di rischio (protesi acustiche, CPAP); prevedendo di proporre anche le seguenti implementazioni agli interlocutori istituzionali (Regione, LISP, ACSS);
- priorità al controllo informatico di un numero consistente di prescrizione;
- incrocio dei dati delle prescrizioni di Assist@nt-RL con i dati relativi alle prestazioni di specialistica (es. protesi acustiche);
- dati puliti elaborati secondo indicatori omogenei, forniti da ACSSL/LI, per la messa in atto di azioni correttive da parte di ASST/ATS;
- equipe centrale ristretta di controller costituita da varie professionalità provenienti da ATS/ASST;
- formazione dei controller con addestramento su procedure omogenee nelle aree di maggior rischio.

L'attività del Tavolo di lavoro permanente ATS/ASST, con Verbali riportanti le azioni correttive messe in atto a fronte di criticità rilevate, ha consentito la messa in comune di informazioni, modalità, procedure, linee

guida, buone prassi, modulistica, strumenti di lavoro, ambito di attenzione ecc. finalizzati in ultima analisi a migliorare l'uniformità di trattamento degli assistiti nel territorio dell'Agenzia, a garanzia dell'equità di accesso all'assistenza e tutela del paziente fragile.

Di seguito si riporta un estratto delle attività oggetto di implementazione.

1. monitoraggio andamento complessivo attività, volumi economici, completezza dei dati, aree di criticità, controlli a posteriori uniforme per ATS;
2. procedura comune "estrazione ausili per deceduti e registrazione ritiri in ARL";
3. procedura comune monitoraggio "prescrizioni cartacee non giustificate" (trimestrale);
4. procedura comune monitoraggio e controllo dello "stato delle prescrizioni on line" (riduzione del rischio di non trattazione);
5. adozione modello unico cartaceo ATS per la prescrizione di ausili da parte MMG;
6. adozione modello unico "Lettera VMD_invio paziente al follow-up", in caso di scarsa compliance terapeutica;
7. disponibilità per ASST dell'elenco "trasferiti" e match in ARL per ritiro ausili riutilizzabili;
8. report periodici ATS sulla % percentuale di riutilizzo ausili Elenco 1 D.M. 332/99;
9. abolizione dell'autorizzazione sanitaria preventiva da parte delle ASST (tranne fornitore fuori regione, ausilio particolare Elenco 2b, extra-LEA), no controlli ex ante, no blocco delle prescrizioni (DGR 8730/2008), a favore dei controlli a posteriori;
10. cessazione autorizzazione preventiva dei Modelli O3 cartacei prescritti da I.D.R. ex art. 26: apposizione dizione "DGR 8730/2008" nel riquadro dell'autorizzazione e spedizione dell'originale alla Ditta;
11. revisione ruolo dei medici dei presidi territoriali di protesica (ex Uffici protesici): collaborazione con i prescrittori (appropriatezza prescrittiva), partecipazione al sistema dei controlli, collaborazione al monitoraggio consumi e costi, partecipazione e stesura capitolati Gare, partecipazione a collaudi ...;
12. inoltro ad ATS delle contestazioni effettuate dai SUPI ai Fornitori di protesica per campionamento di vigilanza;
13. allineamento effettuazione RDO secondo le indicazioni normative del nuovo Codice Appalti e indicazione ai presidi territoriali di protesica (informazione/formazione agli operatori);
14. uniforme prescrizione, erogazione, rendicontazione delle "casistiche dispostivi all'attenzione del Coordinamento regionale" (carrozzina elettrica, guaine per minori ustionati, cardiomonitor, saturimetri in continuo e sensori, valvole fonatorie, unità di propulsione);
15. pubblicazione sul sito web di ATS Milano del "Cataloghi ausili prescrivibili MMG on line 2018" dei vari SUPI per visibilità e diffusione agli MMG;
16. verifica della tipologia di presidi inseriti/rendicontati con il Codice ARL 6019001 "DISPOSITIVI EXTRATARIFFARIO NON ALTRIMENTI CODIFICATI";
17. revisione procedure presenti e applicate dagli Uffici Protesi, in particolare:
 - 18. -aggiornamento delle anagrafiche (a seguito di decesso, cambio di residenza, ricovero in RSA, ecc.);
 - 19. -recupero e riutilizzo di dispositivi per fine utilizzo;
 - 20. -interruzione tempestiva dei contratti attivati con la formula del noleggio;
 - 21. -attuazione effettiva del collaudo, ove prevista e obbligatoria;
22. verifica fattibilità ordine cumulativo per i sensori FreeStyle (scontistica);
23. ricognizione delle gare in scadenza per SUPI e fattibilità dell'istituzione dei consorzi per le Gare da indire, con valenza per il territorio di ATS e possibilità di adesione successiva;
24. verifica modalità di gestione dei resi della Gara Arca ASSORBENZA (nota di credito/restituzione confezioni integre);
25. diffusione territoriale di buone prassi relativamente al non coinvolgimento degli assistiti in caso di documentazione mancante e riferimento diretto al medico prescrittore;
26. discussione collegiale di note regionali, circolari, indicazioni del Coordinamento regionale Protesica per uniforme applicazione.

10.3 Interventi e attività programmate 2019

Secondo quanto previsto dalla DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2019", ciascun territorio di ATS dovrà individuare l'ASST contabile, ad integrazione del percorso avviato, al fine di dare avvio all'attivazione di **unico SUPI per ATS**, entro maggio 2019. La UOC Governo assistenza protesica si propone come parte attiva per ogni adempimento organizzativo, di coordinamento e di monitoraggio del progetto, una volta definito l'aspetto decisionale e di assetto a livello delle Direzioni interessate.

Prescrittori e Centri di Prescrizione

Nel 2019 il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva proseguirà mediante la verifica dei requisiti dei prescrittori, trattazione delle richieste e aggiornamento dell'Elenco aziendale, secondo lo standard di accettabilità e modalità di misurazione definiti dalla procedura A148-Pd001 censita nel SGQ aziendale.

Sarà esteso il controllo dei requisiti organizzativi/strutturali autocertificati dei Centri di prescrizione con revisione e aggiornamento dell'Elenco pubblicato, con controllo della correttezza delle credenziali estese rilasciate in base all'attività svolta, alla Struttura Sanitaria e al Centro di afferenza, in coerenza con le indicazioni fornite da Regione sui requisiti specifici per i Centri di prescrizione.

In fase di aggiornamento proseguirà la richiesta di controllo dei requisiti generali della struttura di afferenza del medico, in particolare:

- ottemperanza agli obblighi formativi (piano di formazione-aggiornamento annuale con almeno un'iniziativa sull'assistenza protesica);
- esistenza di protocolli diagnostico-terapeutici e di follow-up per l'individuazione delle patologie oggetto di assistenza protesica e per la scelta/verifica delle protesi più adeguate, come previsti a livello regionale, con eventuali aggiustamenti relativi alla situazione locale;
- disponibilità per pazienti dell'elenco aggiornato dei fornitori, desumibile dall'applicativo regionale e, in ogni caso, a disposizione del prescrittore;
- esistenza di procedura di revisione annuale delle prescrizioni effettuate, con confronto tra gli specialisti per verificarne l'appropriatezza, e predisposizione di report sintetico da fornire all'ATS;
- esistenza delle convenzioni tra la struttura sanitaria e le aziende fornitrici di protesi per la presenza del tecnico presso le sedi della struttura sanitaria;
- esistenza delle convenzioni tra Ente di afferenza dei prescrittori (ASST o Struttura Sanitaria privata accreditata) e RSA/RSD.

Fornitori

Nel 2019 proseguirà l'attività di monitoraggio e controllo dell'appropriatezza erogativa, consistente in:

- accreditamento e controllo requisiti dei Fornitori Elenco 1 del Nomenclatore Tariffario (D.M. 332/99) e gestione del relativo elenco (aggiornamento/cancellazione);
- controllo periodico dell'anagrafica FORNITORI di AssistantRL.

In sede di accreditamento o di attività di verifica per il mantenimento dei requisiti di accreditamento dei Fornitori già in Elenco, si verificherà anche il seguente parametro:

- controllo coerenza della tipologia delle forniture rispetto ai requisiti di "accreditamento" dichiarati.

La DGR delle "Regole SSR 2019" ha confermato l'attività di verifica sulle Aziende Fornitrici ("alle ATS in particolare è richiesto il controllo delle sedi degli esercizi di cui al proprio Elenco aziendale Fornitori di Elenco 1, teso ad accertare il mantenimento/possesso dei requisiti autocertificati").

I sopralluoghi saranno eseguiti senza preavviso, previa trasmissione a tutti i Fornitori di protesi di Nota esplicativa circa le modalità di effettuazione, gli ambiti, la disponibilità di documentazione.

In linea con i principi di analisi del rischio e definizione delle priorità adottati da regione Lombardia in materia di vigilanza e controllo delle attività imprenditoriali e di servizio, la ATS utilizzerà, nella programmazione dei controlli, i seguenti criteri (fattori di rischio):

- volumi economici delle aziende fornitrici iscritte nell'elenco ATS (estrazione da Assist@nt-RL);
- individuazione dei fornitori che per qualità/tipologia e quantità delle prestazioni erogate comportano un maggior potenziale rischio di non appropriatezza/qualità;
- periodicità ed esiti dei precedenti controlli, privilegiando i fornitori per i quali i controlli siano più remoti e/o abbiano avuto esito negativo in passato;

- rilevazione di anomalie nell'esercizio dell'attività, evidenziate dalla verifica sui dati effettuata dalla ATS stessa;
- segnalazione di anomalie e criticità nello svolgimento dell'attività da parte di ASST, utenti, strutture sanitarie e medici prescrittori;
- controllo della coerenza della tipologia delle forniture rispetto ai requisiti di accreditamento dichiarati;
- variazioni societarie o di sede dell'attività;
- completezza dei dati registrati nelle pratiche erogate (data di consegna, marca, modello, codice repertorio, modello O3 firmato dall'utente per avvenuta consegna, patto terapeutico sottoscritto per presa visione dal fornitore (P.A.), scheda tecnica del dispositivo protesico con le prove di guadagno con le protesi in uso e i relativi report di regolazione (P.A.), "dichiarazione tecnica di funzionalità della protesi acustica" datata e sottoscritta dal fornitore [rinnovo]).

Controlli in collaborazione ATS-ASST

Nel 2019 proseguiranno gli incontri del **Tavolo di lavoro permanente ATS/ASST**, nell'ambito del progetto formativo proposto da ATS ai referenti SUPI "Condivisione di percorsi omogenei per l'effettuazione dei **controlli** relativi all'assistenza protesica maggiore e minore, alla luce delle evoluzioni normative determinate dalla Legge 23/2015, dal modello SUPI e dai nuovi LEA".

Obiettivo è consolidare il percorso di collaborazione tra ATS e ASST/SUPI al fine dell'analisi delle principali criticità e della condivisione di una metodologia efficiente ed efficace per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Per le attività di controllo in collaborazione con ASST/SUPI si prevede di utilizzare gli indicatori di fattori di rischio previsti dalla normativa ed emersi dall'analisi già svolta per il 2018 (vd. Cap. 10.2 Attività 2018), integrandoli con ulteriori aree di controllo particolarmente significative per il territorio di competenza, come di seguito:

- spesa media pro capite per assistenza protesica per ASST;
- spesa media pro capite per classi omogenee di dispositivi (ISO livello 2) per ASST;
- spesa media pro capite per Elenco/ASST;
- percentuale rinnovi anticipati sul totale dei rinnovi;
- quota a carico assistito per forniture in "riconducibilità";
- volume economico delle note di credito emesse dai fornitori a seguito di controlli di appropriatezza erogativa in sede di liquidazione delle fatture (selezione ausili) per ASST;
- volume economico delle note di credito emesse dai fornitori di Gara a seguito di controlli sullo stato dell'assistito (decesso, trasferimento, ricovero RSA/RSD);
- n. collaudi registrati in ARL con tracciabilità di data di contatto nel flusso 28 SAN.

Proseguirà l'analisi dei Controlli a posteriori del II° trimestre 2018, già ricalibrati sulla base degli esiti del I° semestre e la messa in campo delle azioni correttive. Gli esiti saranno utilizzati per orientare i controlli del 2019.

Inoltre si auspica di condividere, uniformare e iniziare a programmare/realizzare le seguenti attività:

1. modalità uniformi di effettuazione delle RDO (Codice degli Appalti);
2. internal Auditing ASST sui processi di Assistenza Protesica (territorio di riferimento singola ASST);
3. external Auditing ATS sui processi di Assistenza Protesica in capo alle ASST;
4. programmazione e verifica dell'articolazione territoriale e dei requisiti di qualità degli Uffici Protesica aperti al pubblico;
5. individuazione di personale esperto ASST/SUPI per sottogruppo di lavoro 2019 finalizzato alla stesura di un documento in merito ai "Controlli appropriatezza erogativa derivanti dall'attività di liquidazione delle fatture".

Sulla base dell'esperienza del 2018, l'implementazione dei controlli in ambito di protesica su un territorio vasto e ad elevata densità di soggetti prescrittori ed erogatori come la ATS Metropolitana, deve essere supportata dalla costituzione di equipe sufficientemente numerose e multidisciplinari, possibilmente con una formazione specifica in ambito di controlli (08.02.2019).

11. Controlli Area Sociale

11.1 Unità di offerta sociali

Il presente capitolo descrive l'attività svolta nell'ambito della vigilanza nelle unità d'offerta sociali site nel territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano nell'anno 2018, nonché la programmazione inerente i sopralluoghi ispettivi che si attueranno nell'arco del 2019, secondo quanto descritto nella DGR n. 1046 del 17/12/2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019".

A fronte delle specificità relative ai diversi ambiti territoriali confluiti in ATS, è stato necessario implementare un considerevole lavoro di raccordo con tutti gli Ambiti Territoriali nonché con le diverse componenti tecniche e politiche dei Comuni che ad oggi è da intendersi in progress.

A riguardo, stante la complessità sopra descritta, la Direzione Strategia ha ritenuto necessario con la Deliberazione n. 288 del 16 marzo 2018, attribuire alla UOC Vigilanza e Controllo Strutture Sociali a far data dal 1 giugno 2018, anche le competenze in materia di verifiche del possesso dei requisiti d'esercizio (Comunicazioni Preventive d'Esercizio/Determine Dirigenziali) risultando quindi un'unica UOC in ATS, referente di tutte le verifiche previste dalla normativa in vigore in materia di UdO sociali.

Per quanto attiene in particolare le verifiche inerenti le CPE/Determine Dirigenziali, è stato attivato nel corso del 2018, un tavolo interdipartimentale tra i due Dipartimenti PAAPSS e IPS volto ad implementare modalità congiunte ed omogenee di verifica ad oggi non ancora completamente allineate nelle diverse articolazioni delle UOC ISP territoriali. La disomogenea informativa in materia di requisiti d'esercizio rilevata tra gestori afferenti ad aree diverse nonché, la trattazione di UdO in esercizio nonostante l'assenza dei requisiti minimi in alcuni casi già dalla data di autorizzazione, ha reso necessario un considerevole impegno di tempo e risorse umane nonché in alcuni casi, anche il coinvolgimento della UOC Avvocatura ATS.

Tab.11.1: UDO SOCIALI IN ESERCIZIO 2018 IN ATS MILANO

ATS Città Metropolitana di Milano	Area Milano Città	Area Ovest	Area Est	TOTALE ATS
AREA ANZIANI				
Centro Diurno Anziani (CDA)	1	3	11	15
Alloggi protetti anziani (ALL.PR.AN)	9	7	5	21
AREA DISABILI				
Centro Socio Educativo (CSE)	16	25	26	67
Servizio formazione all'autonomia (SFA)	12	9	10	31
Comunità alloggio disabili (CAD)	17	3	5	25
AREA MATERNO INFANTILE/ADOLESCENTI				
Asili nido (AN)	345	216	178	739
Micronidi (MN)	41	31	32	104
Centri prima infanzia (CPI)	12	19	11	42
Nidi famiglia (NF)	15	48	48	111
Centro aggregazione giovanile (CAG)	26	5	18	49
AREA RESIDENZIALITÀ MINORI				
Comunità educative (C.ED)	87	41	22	150
Alloggi per l'autonomia (ALL.AUT)	116	23	28	167
Comunità familiari (C.FAM)	8	10	13	31
Totale Udo in Esercizio	705	440	407	1552

Dati aggiornati al 01/01/2018

*Riferito alla Udo CAD, riguarda il conteggio delle Udo riferite in AFAM sociale escluse le Udo accreditate a CSS (Comunità Socio Sanitaria).

11.2 Attività 2018

A premessa, è utile sottolineare che, dalla considerevole attività di coinvolgimento diretto degli Uffici di Piano in quanto titolari dell'aggiornamento del debito informativo di AFAM sociale, nel corso del 2018 si è appreso che ben n. 52 UdO risultavano ancora inserite nella banca dati nonostante avessero cessato l'attività da tempo. A riguardo pertanto, il numero totale delle UdO in esercizio su cui calcolare il 50% dei controlli come previsto dalla DGR n. 7600/17 risulta essere per il 2018 n. 1500 anziché n. 1552 (Tab. 11.1) come riferito nel Piano dei Controlli 2018 (Delib. ATS n. 391 del 18 aprile 2018) pertanto le UdO da controllare nel corso del 2018, non sono 789 come riferito nel documento di cui sopra bensì 750*.

Nella Tabella 11.2 si rendiconta l'attività di controllo effettuata nel 2018 ed inerente le verifiche del possesso e mantenimento dei requisiti d'esercizio in UdO sociali riferendo il numero totale dei controlli e la percentuale raggiunta nelle diverse aree prima infanzia, minori, disabili ed anziani come richiesto nella DGR n. 1046/18. Di particolare rilevanza la creazione di Commissioni Ispettive integrate tra UOC Vigilanza e Controllo Strutture Sociali e medici geriatri afferenti alla UOC Vigilanza e Controllo Strutture Socio Sanitarie per le verifiche del possesso dei requisiti d'esercizio in UdO C.A.S.A (Comunità Alloggio Sociale Anziani) in particolare per le verifiche relative all'appropriatezza degli inserimenti.

Tab. 11.2: RENDICONTAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO ANNO 2018 IN UDO SOCIALI

<i>Tipologia UdO</i>	Sopralluoghi mantenimento 2018	Verbali documentali mantenimento 2017*	Sopralluoghi a seguito di CPE	TOTALE
AREA ANZIANI				
Centro Diurno Anziani (CDA)	5	4	1	10
Alloggi Protetti Anziani (Al.Pr.An)	6	1	1	8
Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.)	0	0	4	4
AREA DISABILI				
Centro Socio educativo (CSE)	26	4	5	35
Servizio Formazione Autonomia (SFA)	8	5	5	18
Comunità Alloggio Disabili (CAD)	5	1	1	7
AREA MATERNO INFANTILE				
Asili Nido (AN)	137	90	76	303
Micronidi (MN)	23	11	17	51
Centri Prima Infanzia (CPI)	18	8	5	31
Nidi Famiglia (NF)	30	11	18	59
AREA RESIDENZIALITA' MINORI				
Comunità Educative Minori (COM.ED)	70	18	17	105
Alloggi per l'Autonomia (ALL.AUT)	42	12	24	78
Comunità Familiari (C.FAM)	10	0	8	18
AREA ADOLESCENZA E UDO A CARATTERE TEMPORANEO				
Centri Aggregazione Giovanile (CAG)	7	10	2	19
Centri Ricreativi Diurni (CRD)	0	0	23	23
TOTALE	387	175	207	769

% raggiunta in merito alle verifiche anno 2018 pari a 102%

*La colonna si riferisce alla conclusione di procedimenti avviati con sopralluoghi effettuati nel secondo semestre 2017 per i quali è stato necessario sospendere i procedimenti a fronte della mancanza di documentazione utile alle verifiche e per le quali i controlli, si sono conclusi nel 2018 con verbali documentali.

Il personale assegnato alla UOC Vigilanza e Controllo Strutture Sociali, ha visto un incremento di operatori dal giugno 2018, passando da 8 ispettori a 15 oltre al Direttore di UOC e n. 2 figure professionali part time in staff alla segreteria. L'arrivo di nuovo personale ha reso necessario l'affiancamento di personale senior sia nella gestione operativa dei sopralluoghi sia in merito alla loro trattazione in quanto per ovvi motivi il personale neo assunto non poteva essere autonomo nella gestione quotidiana delle attività. Si specifica altresì che il personale assegnato alla UOC è prevalentemente composto da educatori ed assistenti sociali ed una assistente sanitaria.

Nella Tabella 11.3 è riferita l'attività di controllo inerente i Progetti Educativi Individualizzati (PEI) visionati sia nelle UdO residenziali minori che nelle UdO diurne e residenziali area disabili. Il numero totale di 1020* PEI visionati comprende anche le verifiche relative ai PEI delle mamme nel caso di UdO residenziali minori mamme-bambino.

Tab 11.3 – RENDICONTAZIONE CONTROLLI PEI UDÒ RESIDENZIALI MINORI E UDÒ DISABILI

<i>Area Territoriale</i>	Numero PEI UdO residenziali minori	Numero PEI UdO disabili	Totale
Area Milano Città	323	38	361
Area OVEST	168	71	239
Area EST	240	180	420
Totale	731	289	1020*

**Il numero riguarda anche i PEI relativi alle mamme controllati in UdO residenziali mamma-bambini*

Nella Tabella 11.4 sono riferite per area territoriale e tipologia di area, il numero delle contestazioni emesse nel 2018 di cui n. 15 riguardano sopralluoghi in UdO vigilate nel 2017.

Tab 11.4 – RENDICONTAZIONE CONTESTAZIONI D'ILLECITO ANNO 2018

<i>Area Territoriale</i>	UdO Anziani	UdO Disabili	UdO materno infantile adolescenti	UdO residenziale minori	Totale
Area Milano Città	0	2	9	8	19
Area OVEST	1	2	15	6	24
Area EST	1	1	5	3	10
Totale	2	5	29	17	53

Nel 2018 è stato organizzato un percorso formativo volto alla condivisione di metodologie e buone prassi fra ispettori afferenti alla UOC Vigilanza e Controllo Strutture Sociali. Il percorso formativo aveva come obiettivi: il consolidare i risultati raggiunti nelle precedenti esperienze formative e condividere strumenti e modalità univoche, relative all'attività ispettiva nelle UdO sociali di ATS. Anche per il 2019 è stato predisposto un ulteriore corso di formazione sul campo volto all'implementazione delle performance degli operatori nonché consolidare prassi e metodologie descritte nella Procedura A186 e nello Schema Operativo.

11.3 Interventi e attività programmate 2019

Nella tabella 11.5 è descritta l'attività di controllo che la UOC Vigilanza e Controllo Strutture Sociali intende proporre in linea con quanto previsto dalla DGR n. 1046/18 a fronte del numero di UdO che risultano inserite alla data del 1.1.19 in AFAM Sociale.

Tab. 11. 5: UNITÀ D'OFFERTA SOCIALI IN ESERCIZIO AL 01.01.2019 AFAM SOCIALE E N. UDO DA VIGILARE NEL CORSO DEL 2019

<i>Tipologia UdO</i>	TOTALE UdO in esercizio ATS	Area Milano Città n. vigilanze	Area OVEST n. vigilanze	Area EST n. vigilanze	TOTALE UdO da vigilare
AREA ANZIANI					
Centro Diurno Anziani (CDA)	13	1	1	5	7
Alloggi Protetti Anziani (Al.Pr.An)	23	0	4	2	6
Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.)	5	0	0	0	0
AREA DISABILI					
Centro Socio educativo (CSE)	71	6	17	14	37
Servizio Formazione Autonomia (SFA)	34	2	7	5	14
Comunità Alloggio Disabili (CAD)	22*	4	2	3	9
AREA MATERNO INFANTILE					
Asili Nido (AN)	746	230	113	103	446
Micronidi (MN)	95	13	17	11	41
Centri Prima Infanzia (CPI)	38	2	5	6	20
Nidi Famiglia (NF)	108	4	23	26	53
AREA RESIDENZIALITA' MINORI					
Comunità Educative Minori (COM.ED)	141	38	20	11	69
Alloggi per l'Autonomia (ALL.AUT)	186	34	15	11	60
Comunità Familiari (C.FAM)	28	2	5	5	12
AREA ADOLESCENZA					
Centri Aggregazione Giovanile (CAG)	49	0	1	12	13
TOTALE UDO	1559	336	230	214	780

*Il numero riguarda solo le UdO Comunità Alloggio Disabili (CAD), al netto delle UdO accreditate come Comunità Socio Sanitarie (CSS).

III PARTE - CONTROLLI SUI LIVELLI DI GARANZIA A TUTELA DELL'UTENZA

12. Cure Primarie

12.1 Attività 2018

La rete territoriale delle cure primarie è composta da 2.115 Medici di Medicina Generale e 411 Pediatri di libera scelta.

	Città di Milano	Nord Milano	Rhodense	Ovest Milanese	Melegnano Martesana	Lodi
MMG	867	167	291	287	361	142
PLS	138	34	65	58	85	31

Nella seguente tabella sono riportati i risultati delle attività relative al piano dei controlli del Dipartimento Cure primarie per l'anno 2018.

Tab. 12.1 – RISULTATI PIANO DEI CONTROLLI DCP 2018

	Razionale	Obiettivi generali/Attività	Indicatori
Controllo e vigilanza sugli studi medici e delle attività di qualificazione dell'offerta	Gli ACN definiscono compiti e funzioni dei medici convenzionati e anche i requisiti minimi dei loro studi Gli Accordi Regionali individuano modalità organizzative e di erogazione delle attività (ampliamento orario di studio, presenza di personale di studio, presenza di strumentazione per la realizzazione delle prestazioni) che concorrono alla qualificazione dell'offerta.	Sopralluogo presso gli studi di MMG e PdF di nuova convenzione e su segnalazione, secondo check list definita Verifica della congruenza degli orari di apertura degli studi dei MMG e dei PdF singoli e associati con le previsioni normative (es. fondi aggiuntivi e fondi di qualificazione), attraverso l'analisi dei dati estratti dallo specifico applicativo ATS a compilazione diretta da parte del medico convenzionato Monitoraggio del possesso dei requisiti definiti nell'allegato L dell'ACN della MG (autocertificazione informativa su scheda informatizzata).	N° studi controllati/N. studi attivati + segnalazioni= 100% 39/39 (su segnalazioni) di cui alcuni con controllo ripetuto=100% N studi controllati/N studi nuova apertura (=10%) Nel 2018 sono stati attivati 70 nuovi studi, sono stati effettuati 8 sopralluoghi (=11%) Richiesto Allegato L informatizzato: ricevuti 60% Inoltre Controllo incrociato tra scheda medico-Nar per apertura sabato rilevate 48 non conformità per le quali è stato chiesto adeguamento.
Controllo delle prestazioni	L'attività di controllo deve provvedere ad analizzare i flussi di rendicontazione ai fini di verificare la corrispondenza tra le prestazioni autorizzate e quelle erogate	Analisi dati delle prestazioni di MMG (ADI/ADP/PIPP) e PdF (BS/APA/PIPP) estratti dagli specifici applicativi aziendali, con cadenza periodica e produzione di idonea reportistica con individuazione delle posizioni che presentino criticità secondo la specifica procedura.	N° analisi/anno = 4 (raggiunto 100%) Sono state individuate 71 prestazioni PIPP inappropriate e 80 accessi ADP inappropriate - si è provveduto al recupero dei crediti Attuata customer a un campione di cittadini fruitori di ADP =73 interviste telefoniche Verifica annuale prescrittività ≥ 80% (raggiunto 100%).
Verifica prescrittività SISS	L'ACN vigente (art. 59 bis e ter MG e art. 58 bis e ter PdF) prevede l'obbligo di prescrizione attraverso strumenti elettronici	Verifica tramite cruscotto SISS della prescrittività dei MMG e PdF riferita all'anno precedente, in conformità alle indicazioni regionali e successivi adempimenti	
Monitoraggio dematerializzazione ricette	Il DPCM 14.11.2015 prevede precisi adempimenti in materia di prescrizioni farmaceutiche e specialistiche in formato digitale	Monitoraggio della prescrizione Dematerializzata in conformità alle indicazioni regionali e successivi adempimenti	Verifica annuale prescrittività = obt regionale Dalla verifica del flusso SISS, sono stati individuati 32 medici con prescrittività dematerializzata = 0 , inviate lettere per allineamento.

Verifica appropriatezza prescrittiva	Il controllo è volto alla rilevazione di irregolarità prescrittive farmaceutiche/comportamenti non conformi dei medici di medicina generale (MMG) e pediatri di famiglia (PdF).	Valutazione dei dati, estratti dal Report Medico, inerenti i comportamenti prescrittivi dei MMG/PdF, secondo i criteri stabiliti dalle normative in vigore relativi a scostamenti significativi rispetto allo standard e/o per inosservanza delle indicazioni e delle limitazioni stabilite da AIFA.	2 valutazioni nell'anno, con segnalazione ai MMG con spesa farmaceutica pro capite pesata superiore al 25% della media di ATS. Controllo di tutte le ricette con nota Aifa errata segnalate dal servizio farmaceutico e correzione del 25% delle stesse dal MMG.
---	---	--	---

12.2 Interventi e attività programmate 2019

Il Dipartimento delle cure primarie si occupa del governo del settore delle cure primarie e nello specifico dell'assistenza primaria e del convenzionamento dei medici di medicina generale (medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale) e dei pediatri di libera scelta.

Il Dipartimento si occupa inoltre del diritto all'assistenza sanitaria al cittadino e delle esenzioni, nonché alla gestione territoriale di tutte le attività amministrative strettamente connesse, come la scelta e revoca, che vengono tuttavia eseguite da personale passato alle ASST.

Ma per governare un sistema complesso, il punto di vista amministrativo e dei controlli è solo uno degli aspetti da presidiare: rilevante diviene l'azione di promozione e sostegno delle attività rese dai medici e pediatri di famiglia, con lo scopo che rendano agli assistiti un servizio nel campo della cura, ma anche della prevenzione.

Gli obiettivi prioritari dell'attività di controllo sono comunque quelli di monitorare prestazioni e costi, di verificare l'appropriata erogazione delle prestazioni dei Medici convenzionati e di contribuire alla crescita della qualità dei servizi offerti, a tutela dei soggetti beneficiari delle prestazioni erogate.

A partire dal 2016 sono stati implementati specifici software che contengono dati relativi alle prestazioni rendicontate dai MMG e PdF, nonché di una scheda medico individuale che supporta gli stessi nelle verifiche dei propri comportamenti prescrittivi. Nel 2018 è stato informatizzato anche i modelli di autocertificazione (modello L e modello I, rispettivamente per MMG e PDLS) previsti dagli accordi Collettivi Nazionali, per una migliore e più agile attività di controllo.

Nello specifico sono indicate nella tabella seguente le aree che si intendono monitorare con i relativi piani d'azione e indicatori.

Tab. 12.2 – PIANO DEI CONTROLLI DCP

	Razionale	Obiettivi generali/Attività	Indicatori
Controllo e vigilanza sugli studi medici e delle attività di qualificazione dell'offerta	Definizione compiti e funzioni e dei requisiti minimi degli studi dei medici convenzionati secondo ACN	Sopralluogo presso gli studi di MMG e PdF di nuova convenzione e su segnalazione, secondo check list definita	N° studi controllati/N. segnalazioni per inosservanza requisiti ACN= 100% N° studi controllati/N° nuovi studi attivati > 10%
	Individuazione secondo AIR delle modalità organizzative e di erogazione delle attività (ampliamento orario di studio, presenza di personale di studio, presenza di strumentazione per la realizzazione delle prestazioni) che concorrono alla qualificazione dell'offerta	Verifica della congruenza degli orari di apertura degli studi dei MMG e dei PdF singoli e associati con le previsioni normative (es. fondi aggiuntivi e fondi di qualificazione), attraverso l'analisi dei dati estratti dallo specifico applicativo ATS a compilazione diretta da parte del medico convenzionato Monitoraggio del possesso dei requisiti definiti nell'allegato L dell'ACN della MG (autocertificazione informativa su scheda informatizzata).	N. verifiche/dichiarazioni =100% N° verifiche/dichiarazioni = 25%

Controllo delle prestazioni	L'attività di controllo deve provvedere ad analizzare i flussi di rendicontazione ai fini di verificare la corrispondenza tra le prestazioni autorizzate e quelle erogate.	Analisi dati delle prestazioni di MMG (ADI/ADP/PPIP) e Pdf (BS/APA/PPIP) estratti dagli specifici applicativi aziendali, con cadenza periodica e produzione di idonea reportistica con individuazione delle posizioni che presentino criticità secondo la specifica procedura.	N° analisi/anno = 4
Verifica prescrittività SISS	L'ACN vigente (art. 59 bis e ter MG e art. 58 bis e ter Pdf) prevede l'obbligo di prescrizione attraverso strumenti elettronici	Verifica tramite cruscotto SISS della prescrittività dei MMG e Pdf riferita all'anno precedente, in conformità alle indicazioni regionali e successivi adempimenti	Verifica annuale prescrittività ≥ 80%
Monitoraggio dematerializzazione ricette	Il DPCM 14.11.2015 prevede precisi adempimenti in materia di prescrizioni farmaceutiche e specialistiche in formato digitale	Monitoraggio della prescrizione Dematerializzata in conformità alle indicazioni regionali e successivi adempimenti	Verifica annuale prescrittività = obt regionale
Verifica appropriatezza prescrittiva	Il controllo è volto alla rilevazione di irregolarità prescrittive farmaceutiche/comportamenti non conformi dei medici di medicina generale (MMG) e pediatri di famiglia (Pdf).	Valutazione dei dati, estratti dal Report Medico, inerenti i comportamenti prescrittivi dei MMG/Pdf, secondo i criteri stabiliti dalle normative in vigore relativi a scostamenti significativi rispetto allo standard e/o per inosservanza delle indicazioni e delle limitazioni stabilite da AIFA. Approfondimento secondo lo specifico Documento Organizzativo dei comportamenti prescrittivi dei MMG che presentano un valore di spesa per assistibile pesato superiore al 20% rispetto al valore ATS e che abbiano un numero di assistiti > 300	n° verifiche effettuate/n° MMG con spesa maggiore del 25% della media di ATS = 100% Controllo di tutte le ricette con nota Aifa errata segnalate dal servizio farmaceutico

13. Percorso di Presa in Carico dei pazienti Cronici

13.1 Azioni 2018

Il 2018 è stato l'anno di avvio dell'operatività del percorso di Presa in Carico (PIC) dei pazienti cronici e fragili, delineato nel 2017 da Regione Lombardia con le DD.G.R. 6164/2017, 6551/2017, 7033/2017 e 7655/2017.

Mentre nel 2017 le attività di ATS Città Metropolitana di Milano si sono concentrate prevalentemente sugli aspetti amministrativi di valutazione degli enti idonei a svolgere i diversi ruoli previsti nel percorso (gestore, Erogatore, clinical manager), il 2018 è stato caratterizzato dal coinvolgimento effettivo dei cittadini.

I primi mesi sono stati dedicati alla sensibilizzazione della popolazione coinvolta: l'attività più rilevante sotto questo aspetto è stata la spedizione delle lettere informative alla cittadinanza con le quali si è informato del nuovo percorso e si sono fornite le indicazioni per l'adesione.

La popolazione destinataria delle lettere è stata determinata da Regione Lombardia grazie ad un algoritmo che - sulla base dei consumi storici per i diversi ambiti ambulatoriale, ospedaliero e farmaceutico (visite, esami, farmaci, ricoveri, possesso di esenzioni per patologie croniche o rare) - ha stratificato gli assistiti lombardi individuando i cittadini in situazione di cronicità.

ATS, come da indicazioni regionali, ha verificato gli elenchi elaborati da LISPA dei cittadini da invitare, effettuando controlli relativamente allo stato di assistito e alla presenza di situazioni non compatibili con la definizione di cronico definita nei provvedimenti sopra citati o con indicazioni più puntuali della Direzione Generale Welfare.

Dato che l'invio delle lettere è stato scaglionato da Regione Lombardia in diversi momenti, l'attività di controllo di ATS è stata effettuata per ogni singolo slot di spedizione: le prime lettere sono partite a gennaio, le ultime lettere sono state postalizzate nel mese di giugno.

A partire dal mese di febbraio sono stati realizzati i primi arruolamenti da parte degli enti gestori, ed è iniziata l'attività di redazione dei PAI da parte dei clinical manager.

Nello svolgimento della funzione di governo della Presa in Carico sul proprio territorio di competenza, ATS ha dedicato costante attenzione al monitoraggio dell'andamento del processo; nella fase di avvio del nuovo modello è stato infatti fondamentale vigilare sull'esistenza delle condizioni che potessero garantire l'effettiva operatività da parte dei gestori. A questo scopo sono stati fatti incontri periodici con le diverse tipologie di enti gestori:

- Collegi dei Direttori Generali delle ASST e degli IRCCS di diritto pubblico, riuniti con incontri mensili durante i quali il tema PIC è stato stabilmente oggetto di discussione;
- cooperative di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, con cui il confronto e il contatto è stato costante;
- strutture sanitarie (incontrate a febbraio 2018, in avvio del percorso PIC);
- strutture sociosanitarie (incontrate a marzo 2018, in avvio del percorso PIC).

Per facilitare l'interlocuzione fra cooperative gestori ed erogatori di Diritto Pubblico e per valutare congiuntamente l'andamento della PIC, si sono tenuti due ulteriori momenti di incontro, uno nel primo e uno nel secondo semestre.

Al fine di verificare l'implementazione delle infrastrutture informatiche e logistiche di ciascuna cooperativa idonea a svolgere il ruolo di gestore, la Direzione Generale e la Direzione Sociosanitaria hanno effettuato visite presso le sedi operative di tutte le cooperative idonee nei mesi di aprile e maggio.

Nel corso dell'anno 9 enti gestori dichiarati idonei da ATS l'anno precedente - rispettivamente 7 strutture e 2 cooperative di MMG e PLS - hanno rinunciato a svolgere tale ruolo. Tale decisione è maturata a fronte della progressiva consapevolezza da parte degli enti di non essere in grado di adempiere agli obblighi propri di un gestore PIC o di non ritenere tale ruolo adatto al momento attuale dell'ente (le strutture che hanno rinunciato hanno deciso comunque di continuare a svolgere, qualora già idonei, il ruolo di erogatore di prestazioni in ambito PIC per le cooperative di medici gestori).

Con la D.G.R. 412/2018 Regione Lombardia ha definito il format di contratto con gli enti gestori della PIC, demandando alle ATS il compito di procedere nella sottoscrizione e di verificare il pagamento della relativa imposta di bollo. L'attività di ricezione dei contratti sottoscritti dai diversi gestori e il controllo dell'avvenuto pagamento dell'imposta di bollo non è terminata nel 2018 a causa del tardivo riscontro di alcuni gestori.

Con Deliberazione Aziendale n. 1000 del 27/09/2018 ATS ha costituito la Commissione di Valutazione per la verifica delle procedure implementate, la gestione di eventuali contenziosi o di motivate sostituzioni del gestore, richieste di aggravamento delle patologie, in attuazione di quanto disposto dai provvedimenti regionali sulla Presa in Carico.

Durante l'intero anno ATS ha continuato a svolgere la funzione di controllo amministrativo e formale relativamente alle domande di adesione al percorso di MMG e PLS.

ATS ha svolto costante attività di supporto ai cittadini che hanno richiesto informazioni e ha effettuato – in accordo con le indicazioni regionali e in collaborazione con LISPA e il Call Center Regionale – le verifiche sulla presenza di assistiti nella popolazione individuata come cronica dalla stratificazione di Regione Lombardia.

13.2 Interventi e azioni previste 2019

A fronte delle criticità emerse nel rapporto fra cooperative gestori ed erogatori, ATS vigilerà nel corso del 2019 affinché i diversi attori del processo operino in maniera tale da migliorare l'andamento complessivo del nuovo modello di Presa in Carico. Infatti obiettivo prioritario per l'annualità 2019 è la piena messa a regime del percorso PIC, nella consapevolezza che il raggiungimento di tale risultato potrà consentire ai cittadini una risposta ai propri bisogni nell'ambito delle situazioni di cronicità.

Tale obiettivo - con attività di monitoraggio e controllo da una parte, e attività di governance del processo dall'altra - sarà declinato nelle seguenti linee di azione:

- rendere effettivi i benefici attesi dai cittadini che hanno aderito alla PIC: godere di una migliore gestione del proprio percorso di assistenza;
- facilitare gestori ed erogatori del processo PIC nello svolgimento delle proprie funzioni:
 - o per i gestori garantire sostanzialmente il percorso assistenziale nei tempi e nei modi previsti nei PAI;
 - o per gli erogatori essere nelle condizioni di offrire le prestazioni in maniera coordinata con l'attività ordinaria (extra PIC) e nel rispetto delle indicazioni contenute nei PAI;
- favorire, mediante il monitoraggio e il miglioramento continuo del processo, l'insorgere di una condizione favorevole all'adesione e alla proattività nella PIC dei diversi soggetti delle Cure Primarie, come da indicazioni regionali (DGR 754/2018);
- governare il processo PIC in modo che la sperimentazione non crei squilibri nei processi di negoziazione ed erogazione delle prestazioni, e non generi ricadute negative sui tempi di attesa e/o disuguaglianze nei cittadini non cronici e nei cittadini non aderenti alla PIC.

Dato che oltre l'80% dei cittadini che hanno aderito al percorso PIC sono stati presi in carico da cooperative di MMG/PLS, nel corso del 2019 l'attività di controllo di ATS si concentrerà particolarmente su tali enti; verranno svolti anche sopralluoghi presso le cooperative gestori per verificare il rispetto dei requisiti previsti nei provvedimenti regionali.

ATS si farà carico di richiedere alle cooperative di individuare gli erogatori della propria filiera erogativa che sono prioritari per garantire la realizzazione dei PAI dei cittadini presi in carico, specificando tipologie e volumi di prestazioni; in seguito ATS promuoverà un confronto di merito fra le cooperative e tali erogatori.

In esito a tale azione gli erogatori segnalati dovranno formalizzare l'accordo con le cooperative relativamente a volumi di prestazioni e modalità di interazione (in particolare attività di prenotazione e gestione di agende dedicate).

Tale accordo costituirà parte integrante del contratto per la specialistica ambulatoriale che gli erogatori sottoscriveranno con ATS per l'anno 2019; ATS inserirà nei contratti di specialistica ambulatoriale anche specifici obiettivi legati alla PIC.

Come indicato nei provvedimenti regionali, nel corso del 2019 saranno resi disponibili da LISPA gli strumenti informatici che consentiranno alle ATS di fruire in maniera sistematica e strutturata delle informazioni sui contenuti dei PAI e sullo stato delle prescrizioni ivi contenute. Con la disponibilità di tali informazioni sarà possibile avviare le attività di controllo sui contenuti dei PAI e sull'adeguata gestione degli stessi da parte dei gestori.

È importante segnalare che al momento dell'approvazione del presente Piano dei Controlli la validazione dei PAI redatti dai clinical manager avviene grazie ad un algoritmo realizzato da Regione Lombardia e LISPA, i cui esiti sono messi a disposizione delle ATS. Nel caso insorgano contestazioni da parte dei gestori circa la mancata validazione dei PAI attraverso l'algoritmo regionale, sarà la Commissione valutativa di ATS ad esaminare le controdeduzioni dei gestori e a procedere alla validazione o meno dei PAI contestati.

Nelle more della definizione di indicatori di risultato, di processo e di appropriatezza da parte di Regione Lombardia, ATS procederà a chiedere ai gestori idonei una relazione sull'attività e sull'organizzazione adottata, in particolare relativamente a:

- organizzazione del centro servizi;
- resoconto attività di formazione rivolta ai medici e al personale di supporto;
- presenza e accessibilità agli operatori di protocolli formalizzati per la gestione delle attività PIC;
- elenco erogatori della filiera con cui sono stati sottoscritti accordi per la definizione specifica dei volumi di prestazione e delle modalità operativa di collaborazione;
- monitoraggio di adesione al PAI;
- utilizzo di alert/blocchi di avanzamento per garantire la compilazione delle sezioni "stili di vita e fattori di rischio", "attività di specialistica ambulatoriale e di laboratorio analisi", "terapie farmacologiche" nei PAI;
- modalità di implementazione della figura del Case manager;
- predisposizione di sistemi di misurazione della soddisfazione dell'utente;
- rispetto della normativa vigente sul trattamento dei dati personali.

Nel 2019 si concluderanno le attività di controllo relative alla corretta sottoscrizione dei contratti per gli enti gestori e all'accertamento dell'avvenuto pagamento dell'imposta di bollo.

ATS continuerà nelle attività di controllo finalizzate all'inserimento nel percorso PIC di nuovi MMG o PLS sia all'interno di una cooperativa sia come Medici in Forma Singola.

Tabella 1.1 – Gestori del territorio di ATS Città Metropolitana di Milano idonei al 31/12/2018

	Totale	ASST/IRCCS di Diritto Pubblico	Cooperative di MMG/PLS	Erogatori Privati Accreditati (sanitari e/o sociosanitari)
Gestori idonei	68	12	7	49

Tabella 1.2 – Medici aderenti al 31/12/2018

	Totale	MMG	PLS
Aderenti	615	536	79

14. Tempi di Attesa Accessibilità in Ambito Sanitario

Le liste di attesa rappresentano le potenzialità erogatrici di una struttura e forniscono la misura dell'accessibilità da parte dei cittadini alle prestazioni.

La rilevazione del tempo di attesa ha lo scopo di raccogliere informazioni utili per valutare la programmazione passata e a pianificare l'attività futura.

Un accesso appropriato ai servizi sanitari, si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Il tempo di attesa è generalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione e il tempo in cui il paziente riceve la prestazione (data di erogazione). Per una corretta lettura del problema vanno considerati anche altri aspetti, come ad esempio:

- Il tempo di presentazione da parte del cittadino della ricetta per prenotare la prestazione (tempo di contatto)

- La rinuncia alla prenotazione della prima data prospettata dall'erogatore a favore di una data diversa da quella inizialmente proposta (libera scelta del cittadino). L'analisi della data prospettata non serve specificatamente alla misurazione del tempo di attesa, ma aiuta a valutare l'impatto della scelta del cittadino sui tempi di attesa. Una elevata presenza di date prospettate nei flussi potrebbe peraltro essere sintomo di servizi qualitativamente non adeguati o poco funzionali.

La normativa regionale e la D.G.R. IX/1775, con la quale Regione Lombardia recepisce nel 2011 il documento d'intesa del 28 ottobre 2010 sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012, tuttora vigente, forniscono le indicazioni utili ad affrontare il problema ricercando soluzioni che, negli anni, si sono dimostrate essere certamente complesse.

Strumenti di rilievo per il governo dei tempi di attesa



14.1 Attività 2018

Il quadro generale sui tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri che interessa questa ATS è caratterizzato da un'offerta costituita da numerosi centri di eccellenza verso i quali la domanda si orienta nonostante a volte le lunghe attese e da un'alta percentuale di assistiti extra ASL e fuori Regione che scelgono detti centri contribuendo così all'incremento delle liste di attesa.

• Monitoraggio ex-ante

Nel corso del 2018 sono stati effettuati 12 monitoraggi regionali dei tempi di attesa che hanno coinvolto tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati e 2 monitoraggi nazionali settimanali dell'attività Istituzionale e Libero Professionale Intramoenia, Allargata ed in regime di Solvenza di cui al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012. I dati sono stati analizzati e le elaborazioni inviate agli Erogatori interessati per informare le Direzioni sull'andamento dei tempi di attesa.

• Monitoraggio ex post

Le informazioni contenute nel debito informativo 28/san sono state analizzate per verificare l'andamento dei tempi di attesa e la congruenza delle tempistiche di accesso tra i due flussi. Questo ha permesso di evidenziare che la percentuale garantita è esattamente sovrapponibile.

L'analisi generale ex ante ed ex post, seppure evidenzia che il 94% circa delle visite specialistiche e delle prestazioni ambulatoriali monitorate è stato prenotato nel rispetto dei tempi di attesa previsti dalla normativa, mostra criticità per specifiche prestazioni e per Struttura. L'analisi di dettaglio rileva inoltre come, in alcune realtà, sia più difficile garantire il pieno rispetto dell'indicatore in particolare si osserva che il principale problema è rappresentato dalla presenza di centri di eccellenza, di forte attrazione dove si registra inoltre una significativa presenza di pazienti provenienti dalle altre ATS lombarde e da fuori regione e la domanda di accesso è difficilmente dirottabile verso altri Erogatori, anche se così si potrebbero ottenere tempistiche inferiori.

Il totale delle prestazioni monitorate dalla Regione per i tempi di attesa, da flusso 28/san (validato Regionale) nel 2018 è di n. 3.271.027 prestazioni erogate dalle Strutture dell'ATS, sovrapponibile al 2017.

Nel privato, le percentuali di accesso, entro i tempi di attesa stabiliti, identificate nel flusso ambulatoriale 28/san come ordinarie e per priorità clinica, si è mantenuto nel corso dell'anno entro le soglie da garantire ma il totale delle prestazioni erogate è diminuito rispetto all'anno precedente di oltre 2 punti percentuali. Il calo si è registrato in particolare nell'ultima parte dell'anno.

Nel pubblico, dove si registrano complessivamente un numero maggiore di prestazioni in specie nel secondo semestre, la percentuale di accesso scende invece anche fino a quasi 2 punti percentuali.

Anno	Trimestre	Privati			Pubblici			Totale		
		entro soglia	totali	% entro soglia	entro soglia	totali	% entro soglia	entro soglia	totali	% entro soglia
2017	1	445.870	462.304	96,4	421.658	451.399	93,4	867.528	913.703	94,9
	2	425.831	444.402	95,8	392.426	426.174	92,1	818.257	870.576	94,0
	3	300.947	313.997	95,8	310.379	337.473	92,0	611.326	651.470	93,8
	4	387.233	410.268	94,4	388.935	427.280	91,0	776.168	837.548	92,7
	totale	1.559.881	1.630.971	95,6	1.513.398	1.642.326	92,1	3.073.279	3.273.297	93,9
2018	1	432.944	450.492	96,1	421.831	457.408	92,2	854.775	907.900	94,1
	2	423.594	442.211	95,8	404.034	441.478	91,5	827.628	883.689	93,7
	3	289.176	304.680	94,9	315.304	343.769	91,7	604.480	648.449	93,2
	4	368.581	396.416	93,0	393.109	434.573	90,5	761.690	830.989	91,7
	totale	1.514.295	1.593.799	95,0	1.534.278	1.677.228	91,5	3.048.573	3.271.027	93,2

- **Azioni di miglioramento**

Per rispondere alla necessità di disporre sul sistema di prenotazione delle agende di tutte le Strutture sanitarie regionali, ed assicurare così la visibilità agli operatori e agli utenti dell'intera offerta disponibile, il sistema regionale rende disponibili al cittadino le funzionalità del programma **MOSA** (Monitoraggio Offerta Sanitaria Ambulatoriale) le cui informazioni vengono trasmesse attraverso un flusso direttamente dalle Strutture verso il sistema informativo integrato. Attraverso il Call Center Regionale ed i siti web regionali ed aziendali, l'applicazione fornisce ai cittadini le informazioni riguardanti l'intera offerta ambulatoriale e consente una prenotazione differita per le prestazioni erogate da soggetti privati che non sono prenotabili al CCR. L'attività è periodicamente monitorata.

14.2 Interventi e attività programmate 2019

- **NUOVO PERCORSO DI NEGOZIAZIONE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE - GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA.** La D.G.R. XI/1046 del 17/12/2018 delle regole di sistema per il 2019, in continuità con gli indirizzi regionali introdotti dalla DGR 7766/2018, per l'ulteriore contenimento dei tempi di attesa, al punto 3.2 introduce un nuovo modello sperimentale di negoziazione per alcuni ambiti critici per i tempi di attesa della specialista ambulatoriale, che vede coinvolte l'ATS Città Metropolitana di Milano e l'ATS di Brescia. Prevede la predisposizione, in via prioritaria e in raccordo con la DG Welfare, di un piano operativo per l'implementazione della progettualità entro il 31 gennaio 2019. Per questo motivo, la Direzione Generale Welfare ha accordato, su esplicita richiesta delle ATS interessate, una proroga per la predisposizione e la formalizzazione dei **Piani attuativi di governo** (PGTA) rispetto alla consueta scadenza del 30/01/2019 che potranno così essere trasmessi alla DG Welfare entro e non oltre il 31/03/2019.

Il lavoro di questi mesi ha portato così ad individuare le prestazioni che saranno oggetto della sperimentazione nella ATS di Milano:

ECOCOLOR DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI

ECOCOLOR DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo

ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO

ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA

ELETTROCARDIOGRAMMA

MAMMOGRAFIA BILATERALE

PRIMA VISITA DERMATOLOGICA

PRIMA VISITA OCULISTICA

PRIMA VISITA ORL

PRIMA VISITA ORTOPEDICA

PRIMA VISITA CARDIOLOGICA

VISITA GASTROENTEROLOGICA (aggiunta)

VISITA ENDOCRINOLOGICA (aggiunta)

VISITA NEUROLOGICA (aggiunta)

Il progetto ha l'obiettivo di raggiungere per il 90% dei primi accessi il rispetto del tempo di attesa indicato dal prescrittore con la classe di priorità.

Per alcune tipologie di prestazioni, verrà chiesto di prevedere la garanzia di alcuni pacchetti di prestazioni; per esempio in ambito cardiologico (ECG-visita / Ecocolordoppler-visita).

Per tutti gli Erogatori che effettuano le prestazioni oggetto della sperimentazione, si dovrà procedere ad una contrattazione separata mirata a garantire l'erogazione di una quota pari a quella già erogata nell'anno precedente.

L'ATS determina il fabbisogno delle prestazioni oggetto della nuova negoziazione, per singola Struttura, per le prestazioni totali (storico) e quelle da anticipare (aggiuntive).

Il raggiungimento dell'obiettivo di erogazione delle prestazioni aggiuntive verrà misurato attraverso specifici indicatori quali, ad esempio: il miglioramento della percentuale "entro soglia" delle prestazioni oggetto della sperimentazione anche in caso di non completo raggiungimento della quota aggiuntiva contrattualizzata; il mantenimento/incremento delle percentuali 'entro soglia' delle altre prestazioni non oggetto di sperimentazione e non ad accesso diretto, etc.

La quota aggiuntiva negoziata potrà essere rimodulata, ed eventualmente riassegnata ad altro Ente, in base all'andamento produttivo monitorato rispetto a quello contrattualizzato.

Tutte le strutture dovranno inoltre garantire la disponibilità ad inserire le agende delle prestazioni, sia storiche che aggiuntive, all'interno del sistema di prenotazione unico regionale GP++.

Il mancato raggiungimento della soglia 106 %, non permetterà l'accesso alle risorse aggiuntive

- Valutazione ed approvazione dei Piani semestrali Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa (PGTAz) delle ASST e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, che dovranno essere congruenti con il Piano Attuativo della ATS, da presentare, in virtù della proroga definita per le ATS, al 30/04/2019 per i primi 7 mesi del 2019 e al 31/08/2019.
- Monitoraggio mensile ex ante su portale RL_MTA, secondo il calendario definito dalla DG Welfare, da parte di tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati a contratto per le prestazioni indice per la data indicata.
- Elaborazione e analisi periodica dei dati derivanti dai flussi informativi (RL_MTA, flusso 28/san e SDO).
- Monitoraggio e verifica della corretta registrazione, da parte degli erogatori, nel portale RL_TMA SMAF della **sospensione dell'erogazione**. La rilevazione del 2019 avrà cadenza semestrale: secondo calendario della DG Welfare.
- Saranno messe a punto, presso le singole Strutture, attività di verifica:
 - a. del rispetto delle indicazioni sul governo dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni,
 - b. della comunicazione al cittadino,
 - c. delle azioni del Responsabile Unico dei Tempi di Attesa,
 - d. della piena fruibilità delle Agende per contrastare il fenomeno delle Agende chiuse.
 - e. Del rispetto dei tempi di attesa nei casi in cui il rapporto tra prestazioni SSN/Libera Professione risulti sbilanciato verso il regime di solvenza.
- L'ATS persegue anche per il 2019, tra i suoi obiettivi, il potenziamento e il mantenimento della comunicazione e promozione dell'informazione con strumenti quali il sito web aziendale per garantire ai cittadini una informazione puntuale sul sistema complessivo dell'offerta e sulla sua accessibilità.
- Monitoraggio attività MOSA. Verranno effettuate verifiche sulla qualità dei dati pubblicati, in particolare a seguito di segnalazioni, sulle criticità del servizio.
- Di particolare rilievo sarà l'azione presso le competenti Direzioni delle Strutture oggetto di segnalazioni da parte dei cittadini di mancato rispetto dei tempi di attesa e/o di chiusura delle agende di prenotazione.

15. Controlli sulla Qualità dei Servizi percepita dall'utente

15.1 Attività 2018

Customer Satisfaction

Per l'anno 2018 è stato implementato un nuovo modello di rilevazione della Customer Satisfaction, come previsto dalla DGR X/7600/17 al fine anche di facilitare l'omogenizzazione dei comportamenti di rilevazione, nel rispetto della normativa vigente e nella nuova evoluzione del Sistema Socio Sanitario Regionale.

A partire dal mese di giugno 2018, i flussi di dati derivanti dalla rilevazione della Customer Satisfaction tramite questionario, sono stati trasmessi dalle stesse Strutture, accedendo al Sistema di Accoglienza Modulare SMAF collegandosi all'indirizzo web <https://dit.servizirl.it/>

Il flusso Customer Satisfaction è la raccolta di questionari che permettano di analizzare e valorizzare i dati delle rilevazioni del grado di soddisfazione dell'utenza, al fine monitorare la qualità percepita degli utenti del Servizio Sanitario Regionale.

Tali questionari, che vengono raccolti ogni trimestre, sono strutturati in file .xls, e sono relativi a:

- Area di ricovero
- Area di prestazioni di specialistica ambulatoriale
- Area delle cure palliative che conterrà i file relativi alle CP, PTS/BPCO

L'ATS, come da nota regionale G1.2018.0016248 del 18/05/2018, ha provveduto, a partire dai primi giorni di giugno, alla profilazione/autorizzazione degli operatori indicati dagli erogatori di competenza territoriale.

L'ATS per il debito informativo sulla Customer Satisfaction, dal 2018 ha quindi assunto un nuovo e diverso ruolo:

- Profilazione nuovi utenti delle Strutture;
- accompagnamento come funzione di "tutor" delle strutture all'interno della piattaforma SMAF;
- funzione ponte tra Regione, Lipa e Strutture;
- raccolta e aggregazione file segnalazioni e Check-list autovalutazione delle Strutture;

Gestione Segnalazioni Utenti

Nel 2018:

- è stato assolto il debito informativo per l'anno 2018, secondo le indicazioni e DGR 8504/2002 e ss.mm.ii.;
- sono stati prodotti report trimestrali ad uso interno per l'analisi delle motivazioni dei reclami distinti per macroattività;
- è proseguita l'attività del gruppo di lavoro composto dai Responsabili degli URP di ATS/ASST/IRCCS Policlinico, tavolo attivo dal 2016, per migliorare l'orientamento del cittadino nella rete dei servizi e monitorare eventuali criticità.

15.2 Interventi e attività programmate 2019

Per l'anno 2019 è previsto:

- Avvio di un gruppo di lavoro coordinato a livello regionale, ad oggi non ancora convocato;
- Continuità network fra ATS – ASST – IRCCS del territorio di competenza ATS Milano per monitoraggio delle nuove modalità di caricamento su SMAF e coinvolgimento per ridefinire nuovo contenuto del questionario Customer (una volta avviato il tavolo regionale);
- Sperimentazione di modalità di risposta più veloce e diretta agli utenti, privilegiando la comunicazione telefonica e mail, in previsione della realizzazione di un CRM (Center Relationship Management) di ATS Città Metropolitana di Milano;
- Tavolo di lavoro con i Direttori di Dipartimento per sburocratizzare le modalità di gestione delle segnalazioni in uso, al fine di meglio rispondere alle esigenze della cittadinanza.

16. Internal Auditing

16.1 La funzione di Internal Auditing

La L.R. 17/2014 “Disciplina del sistema dei controlli interni ai sensi dell’art. 58 dello Statuto dell’Autonomia” costituisce il fondamento dell’attività di Internal Auditing per gli enti della Regione Lombardia. Con deliberazione X/2989/2014, la funzione e la regolamentazione all’interno delle aziende sanitarie e ospedaliere lombarde risulta inserita nelle cd regole di sistema (punto 2.3.6.4.) (5).

La funzione di Internal Auditing, all’interno del sistema dei controlli, può essere rappresentata secondo il seguente modello descrittivo:

Piramide dei Controlli (1/2)

Il **Sistema dei Controlli Interni** nel suo complesso, sia con riferimento al suo disegno che al relativo funzionamento, è articolato in tre livelli.



Con deliberazione nr. 1540 del 29/12/2016 risulta disposta la “Approvazione della nuova proposta di piano di organizzazione strategico dell’ATS della Città Metropolitana di Milano”(6). Al capitolo 5 “Definizione dei controlli interni”, punto 5.3, viene definita la funzione di Internal Auditing nel Piano Organizzativo Strategico (POAS) dell’ATS della Città Metropolitana di Milano. In particolare, si rileva che:

- <<L’Internal Auditing è funzione indipendente preposta alla verifica dell’adeguatezza dei sistemi di controllo aziendale.
- Lo scopo è quello di supportare l’organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso un approccio sistematico volto ad indentificare, monitorare e migliorare il sistema di gestione dei rischi, di controllo e di governance, svolgendo un’attività finalizzata al miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza.>>.

⁵ Punto 2.3.6.4.: “Il percorso di costituzione della Rete di Internal Audit (IA), connotato dalla necessaria gradualità e diversificazione, dal 2015 vede l’ingresso di tutti gli Enti Sanitari. (...)”.

⁶ Con la deliberazione 426/20176, l’ATS di Milano ha preso atto dell’approvazione regionale del POAS.

Il ciclo di Audit può essere così riepilogato:



Nell'attuazione delle attività di Internal Auditing vengono garantiti i principi di cui al Codice Etico (7) – allegato al Regolamento dell'ATS di Milano (deliberazione n. 1374 del 24/10/2017).

16.2 Attività 2018

Per l'anno 2018, l'attività di Internal Auditing ha riguardato le seguenti Aree:

A) Gestione delle autocertificazioni nei percorsi autorizzativi/concessori delle strutture dei Dipartimenti dell'ATS di Milano:

Il tema è stato affrontato con riferimento all'evoluzione della disciplina delle autocertificazioni – quale strumento a disposizione dei cittadini e delle imprese – a partire dal DPR 445/2000 e considerando l'incidenza dei provvedimenti di disciplina e introduzione delle SCIA e degli strumenti informatici di inoltro delle comunicazioni (PEC, firma digitale, portali, etc.) nonché in rapporto al controllo delle dichiarazioni ricevute.

B) Trattamento dei dati, con particolare riferimento alle Informative e alle Designazioni dei Responsabili/Incaricati/Amministratori di Sistema, in relazione all'efficacia – a decorrere dal 25.5.2018 – del Regolamento UE 2016/679, per le strutture dei Dipartimenti dell'ATS di Milano.

C) Attività Libero Professionale Intramoenia:

In materia, sono stati considerati il D.lgs 165/2001 (TU Pubblico Impiego) e la normativa di settore (L. 120/2017) nonché i CC.CC.NN.LL. e le linee di indirizzo e coordinamento (DPCM 27.3.2000). Va evidenziata la peculiarità che caratterizza il tema, con riferimento alle funzioni trasitate alle ASST e a quelle proprie dell'ATS di Milano.

⁷ Il testo del Codice Etico dell'Institute of Internal Auditors è stato estratto da Associazione Italiana Internal Auditors (<http://www.aitaaweb.it/codice-etico>). Al Codice Etico deve intendersi allegato, inoltre, il documento "Standard internazionali per la pratica professionale dell'Internal Auditing (STANDARD)" (aggiornamento ottobre 2016) e il "Glossario": tali documenti sono consultabili, in versione in continuo aggiornamento, presso il medesimo sito.

D) Attività Extraistituzionale:

La disciplina di settore risulta fondata sull'art. 53 del D.lgs 165/2001 (TU Pubblico Impiego) e con riferimento al documento del Tavolo Tecnico - previsto dalla Conferenza Unificata del 24.7.2013 - relativo all'individuazione dei criteri generali da applicarsi alla materia.

E) Prosecuzione dell'Audit avviato nel 2017 inerente il Piano dei controlli e modalità di costituzione del team di vigilanza/controllo/ispezione, per i Dipartimenti di Prevenzione Medica, Prevenzione Veterinaria e PAC. (8).

L'attività svolta ha consentito approfondimenti tematici, rilevazioni inerenti le funzioni svolte e la predisposizione di iniziative (piano di azione) per il miglioramento dell'efficienza/efficacia nell'attuazione dei compiti d'istituto affidati alle Strutture auditate.

Nel 2019 si svolgerà l'attività di monitoraggio per le aree auditate nel 2018.

16.3 Interventi e attività programmate 2019

Il Piano 2019 (deliberazione 129/2019)

Per il 2019, secondo i criteri richiamati in premessa e nell'ambito delle funzioni attribuite dalla L.R. 23/2015 all'ATS di Milano, le aree su cui verranno svolte le attività di Internal Auditing sono le seguenti:

A) Piano degli Investimenti, con particolare riferimento alle attività 2018 e nelle more dell'applicazione della procedura A088-Pd001:

Il tema risulta d'interesse in considerazione del Percorso Attuativo per la Certificabilità del bilancio (PAC – Dlgs 118/2011)⁹ - che coinvolge gli enti sanitari lombardi - , in relazione agli adempimenti connessi con la pianificazione degli acquisti e dei lavori di cui al Codice degli Appalti (Dlgs 50/2016)¹⁰ e per l'attuazione delle Regole di Sistema per il 2019 (DGR XI/1046/2018 - § 2.4.3.4.).

B) Gestione del percorso di valutazione/liquidazione degli emolumenti degli MMG e PLS con riferimento alle prestazioni/voci variabili:

Il tema risulta rilevante sia in considerazione della normativa applicabile (ACN, etc.) che con riferimento alla valutazione tecnica delle prestazioni/voci variabili e al numero dei cedolini da elaborare. Il percorso di Internal Auditing si svilupperà mediante l'interlocuzione con il Dipartimento Cure Primarie e le UOC competenti in materia.

C) Iter di migrazione delle cartelle di rete nel Cloud e sicurezza dei dati: stato di avanzamento.

Il tema risulta rilevante in quanto correlato sia con risvolti tecnico-organizzativi in termini di efficienza/economicità di gestione per ATS sia con riferimento alla sicurezza dei dati (Convenzione R.L./Lispa/Polizia Postale, REG UE 2016/679, Regole di Sistema - DGR XI/1046/2018 §16.6). Il percorso di Internal Auditing si svilupperà mediante l'interlocuzione con la UOC Sistemi Informativi Aziendali e le UOC interessate al percorso.

D) Ricognizione fisica beni mobili di proprietà ATS.

Circa la rilevanza della materia si richiama la nota – rivolta ai Dirigenti ATS -, in data 14.5.2018, in relazione all'avvio del percorso di ricognizione nonché la finalità di corretta gestione dei beni patrimoniali mobili sia con riferimento all'uso degli stessi, sia con riferimento agli strumenti di programmazione finalizzati alla manutenzione/sicurezza. Il percorso di Internal Auditing si svilupperà mediante l'interlocuzione con la UOC Gestione Contratti e Monitoraggio della Spesa e le UOC interessate al percorso.

⁸ In tal senso, il Piano Nazionale per la prevenzione della corruzione (deliberazione ANAC nr. 831 del 3.8.2016), tra l'altro – con riferimento alle autorizzazioni/accreditamento sanitario – ai punti 1.2. e 2.2. -.

⁹ Decreto legislativo del 23 giugno 2011 n. 118 - Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5 maggio 2009, n. 42.

¹⁰ Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 - Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture.

17. La Vigilanza e il Controllo sulle Associazioni e Fondazioni

17.1 Premessa

Le fonti giuridiche delle funzioni di controllo e vigilanza

L'ATS Milano svolge le funzioni di vigilanza e controllo come attribuite dalla normativa vigente ex L.R. n.23/2015, subentrando, senza soluzione di continuità, alle attività e funzioni di vigilanza e controllo svolte dalle Asl incorporate ex L.R. n. 41/2015, art. 3, che modifica la L.R. n.23/2015 art.2.

In particolare, la legge regionale n. 1 del 5/1/2000 attribuisce alle ASL le funzioni di vigilanza, come individuate all'art. 4 – comma 33 – e, in particolare:

- “Le ASL esercitano le funzioni amministrative di vigilanza e controllo previste dagli articoli 23 e 25 del codice civile sulle persone giuridiche di diritto privato di cui al Libro PRIMO, Titolo II, del codice civile che operano in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale. Sono conferite alle province le funzioni amministrative di vigilanza e controllo previste dagli articoli 23 e 25 del codice civile sulle persone giuridiche di diritto privato di cui al Libro Primo, Titolo II, del codice civile che operano in tutti gli altri ambiti. Per le persone giuridiche il cui ambito di operatività è sovraprovinciale, le funzioni amministrative di vigilanza e controllo sono esercitate dall'ASL o dalla provincia in cui l'ente ha la sede legale. [...]”.
- “Sono altresì adottati con D.G.R. i provvedimenti attribuiti all'autorità di Governo dall'articolo 25, ad esclusione delle funzioni di vigilanza di cui alla *L.R. n. 31/1997*, e dagli articoli 26, 27 e 28 del codice civile riguardo agli enti morali muniti di personalità giuridica riconosciuta che esauriscono le proprie finalità nell'ambito territoriale della Regione”.

Come previsto dall'art. 25 del codice civile, le funzioni attribuite attengono alla verifica del rapporto tra gli atti costitutivi (statuto), le finalità specifiche e il patrimonio nonché la normativa imperativa e gli atti posti in essere dalla persona giuridica. In particolare:

art. 25. “Controllo sull'amministrazione delle fondazioni”.

- “L'autorità governativa ⁽¹⁾ esercita il controllo e la vigilanza sull'amministrazione delle fondazioni *[c.c. 16]*; provvede alla nomina e alla sostituzione degli amministratori o dei rappresentanti, quando le disposizioni contenute nell'atto di fondazione non possono attuarsi; annulla, sentiti gli amministratori, con provvedimento definitivo, le deliberazioni contrarie a norme imperative, all'atto di fondazione, all'ordine pubblico o al buon costume *[preleggi 31]*; può sciogliere l'amministrazione e nominare un commissario straordinario, qualora gli amministratori non agiscano in conformità dello statuto o dello scopo della fondazione o della legge.
- L'annullamento della deliberazione non pregiudica i diritti acquistati dai terzi di buona fede in base ad atti compiuti in esecuzione della deliberazione medesima *[c.c. 23, 1445, 2377, 2391]*.
- Le azioni contro gli amministratori per fatti riguardanti la loro responsabilità devono essere autorizzate dall'autorità governativa e sono esercitate dal commissario straordinario, dai liquidatori o dai nuovi amministratori *[c.c. 18, 22]*”.

Inoltre, l'art. 23 del codice civile “Annullamento e sospensione delle deliberazioni” dispone che:

- “Le deliberazioni dell'assemblea contrarie alla legge, all'atto costitutivo o allo statuto *[c.c. 16]* possono essere annullate, su istanza degli organi dell'ente, di qualunque associato o del pubblico ministero *[c.c. 25, 1109, 1137, 2377; c.p.c. 69]*.
- L'annullamento della deliberazione non pregiudica i diritti acquistati dai terzi di buona fede in base ad atti compiuti in esecuzione della deliberazione medesima *[c.c. 1445, 2391]*.
- Il presidente del tribunale o il giudice istruttore, sentiti gli amministratori dell'associazione, può sospendere, su istanza di colui che ha proposto l'impugnazione, l'esecuzione della deliberazione impugnata, quando sussistono gravi motivi. Il decreto di sospensione deve essere motivato ed è notificato agli amministratori *[c.c. 2378; disp. att. c.c. 10]*.
- L'esecuzione delle deliberazioni contrarie all'ordine pubblico o al buon costume può essere sospesa anche dall'autorità governativa *[disp. att. c.c. 9]*”.

Le direttive regionali

Si richiama la citata Legge regionale n. 1 del 5/1/2000 nonché il Regolamento regionale n. 2 del 2/4/2001, con il quale è stata individuata la disciplina relativa all'Istituzione del Registro delle persone giuridiche private. Si richiamano, inoltre, le indicazioni operative di seguito riportate:

- circolare regionale del 14/11/2011: *"indicazioni in ordine all'applicazione del regolamento regionale di istituzione del registro delle persone giuridiche private e all'attività di vigilanza e controllo ex articoli 23 e 25 del codice civile"*;
- nota regionale – 20/6/2006 – prot. h1.2006.997321: *"Funzioni amministrative di vigilanza e controllo ex artt. 23 e 25 del c.c. sulle persone giuridiche di diritto privato – art. 4, comma 33, L.R. 1/2000 e successive modificazioni – Prime indicazioni operative"*;
- D.G.R. n. X/1185 del 20/12/2013: *"Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014"*, All. 4 – *Esercizio della vigilanza e del controllo ex artt. 23 e 25 c.c. sulle persone giuridiche private iscritte nel relativo Registro Regionale.*";
- D.G.R. N. X/5954 DEL 5.12.16 che, al punto 2 del deliberato, rinvia e conferma quanto stabilito nei precedenti provvedimenti regionali con medesimo oggetto e, quindi, anche per quanto riguarda le funzioni in argomento:

17.2 Linee di indirizzo per la vigilanza e i controlli 2019

Le persone giuridiche private iscritte nel Registro Regionale

La Direzione Centrale "Affari Istituzionali e Legislativo" – "Struttura Rapporti Istituzionali" – della Regione Lombardia ha trasmesso l'elenco delle persone giuridiche, che svolgono attività in ambito sanitario e socio-sanitario, aggiornato a tutto marzo 2019, di competenza di Ats Milano.

Si tratta di circa n. 370 enti attivi di competenza, a cui verranno sottratti gli enti già assoggettati a vigilanza e controllo negli anni precedenti.

Ambito di vigilanza e controllo: il controllo ordinario

L'attività di vigilanza e controllo assumerà le seguenti forme:

- controllo ordinario;
- controllo straordinario;
- vigilanza generale.

Il controllo ordinario farà riferimento:

- agli atti di nomina e sostituzione degli amministratori, nonché al corretto insediamento e funzionamento dell'organo di amministrazione;
- alla documentazione contabile e di bilancio, in conformità alla legge ed allo statuto;
- alle variazioni dello Statuto e/o dei Regolamenti rilevanti per il perseguimento delle finalità statutarie;
- atti negoziali di straordinaria amministrazione dei beni immobili (alienazioni/acquisti di beni, ipoteche, donazioni, eredità e lasciti) o titoli e mutui.

Inoltre, nell'ambito del controllo ordinario, verranno richieste:

- relazione sull'attività svolta nell'anno precedente, a cura degli amministratori, che evidenzino le principali azioni intraprese per l'attuazione delle finalità statutarie e/o le situazioni di criticità con relative azioni di miglioramento/risoluzione;
- autocertificazione del bilancio consuntivo dell'anno precedente, corredata da parere del Revisore dei Conti (ove previsto dallo Statuto).

Nel 2019, proseguirà l'attività già iniziata e ancora in corso su nr. 13 enti.

Ambito di controllo straordinario

Il controllo potrà essere espletato anche a seguito di esposti - formulati da cittadini o utenti – o su richiesta di autorità pubblica.

Le denunce anonime verranno considerate solo nel caso in cui riguardino fatti specifici e gli elementi individuati nelle stesse risultino verosimili.

In caso di esposto/denuncia/riciesta, il controllo si svolgerà con riferimento a quanto richiesto o emerso dalle segnalazioni citate, con facoltà di ATS Milano di approfondire gli ulteriori elementi che emergessero nel corso dell'attività di controllo.

Le segnalazioni possono pervenire anche da parte degli organi di ATS Milano preposti al controllo delle prestazioni erogate dalle strutture e/o alla verifica dei requisiti di autorizzazione e accreditamento.

Nel 2019, proseguirà l'attività già iniziata e ancora in corso su nr. 3 enti, oltre a eventuali nuovi controlli da attivare.

Ambito di vigilanza generale

L'attività di vigilanza generale riguarderà tutti gli iscritti al Registro regionale, come segue:

- aggiornamento degli elenchi delle persone giuridiche iscritte nel Registro regionale;
- verifica d'ufficio della regolarità ed aggiornamento dell'iscrizione presso la Camera di Commercio, per gli iscritti nel Registro regionale.

Nel 2019, proseguirà l'attività già iniziata e ancora in corso su nr. 15 enti.

Commissione di Controllo e Regole procedurali

L'attività di vigilanza e di controllo verrà esercitata da Commissione appositamente istituita.

Il controllo verrà espletato mediante comunicazione di avvio del procedimento rivolta agli amministratori della persona giuridica.

Verranno garantiti i diritti e le facoltà di cui alla L. 241/1990 - in ordine alla partecipazione al procedimento, alla presentazione di memorie e documenti, al diritto di accesso – e garantita la riservatezza dei dati secondo quanto disposto dal Regolamento Ue 2016/679 e dal D.lg. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018.

Non si procederà alla comunicazione di avvio del procedimento nel caso di controllo effettuato su esposto da parte dell'autorità pubblica, ove sussistesse il segreto istruttorio o d'indagine.

L'attività di vigilanza generale, limitata alla richiesta di documentazione in possesso della Camera di Commercio o della Regione Lombardia, non richiedono la comunicazione di avvio del procedimento.

Il Portale

Nel corso del 2018, ATS ha realizzato un "Portale delle Fondazioni e Associazioni" per le attività di controllo e di vigilanza.

La finalità del Portale è di raccogliere tutti i dati relativi alle PGP, che verranno inseriti direttamente dalle stesse, dagli atti fondamentali ai bilanci, dagli organi sociali all'attività e ai progetti.

Attualmente consente solo di raccogliere i dati, e non di elaborarli ai fini del controllo e/o di interfacciarsi direttamente con le PGP per integrazioni e/o chiarimenti.

In via sperimentale nel 2019 il Portale sarà attivato e la Commissione predisporrà un regolamento per garantire oggettività e trasparenza alle nuove modalità di effettuazione dell'attività di controllo e di vigilanza offerte dallo stesso.

Validazione delle classi di Robson attraverso l'analisi dei ricoveri ospedalieri per taglio cesareo

Le DGR nn. X/4702/2015, X/5954/2016 e X/7600/2017 della Regione Lombardia definiscono riduzioni tariffarie per i parti tramite Taglio Cesareo (TC) per le classi 1, 3, 2A e 4A di *Robson* (donna nullipara/donna pluripara con gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale a termine, travaglio spontaneo o indotto) in caso di superamento della soglia regionale del 75° percentile. Riconoscono invece incrementi tariffari per le medesime classi di parti tramite TC per i Punti Nascita che si collocano al di sotto del 25° percentile.

La classificazione di *Robson* ha la finalità di descrivere la presenza e la dimensione della variabilità nel ricorso al TC e di confrontare aree geografiche e Punti Nascita diversi o in periodi di tempo diversi. Divide le pazienti sottoposte a TC in 10 classi mutuamente esclusive definite in base a parità, numero di feti, presentazione fetale, età gestazionale, modalità del travaglio.

Lo studio prevede la validazione del *Robson* attraverso il riscontro in cartella clinica delle informazioni atte a individuare la classe di appartenenza, confrontandola con il dato calcolato dalla Regione Lombardia tramite flusso CeDAP.

La tabella che segue mostra il numero di ricoveri per parto e per Taglio Cesareo nei Punti Nascita della ATS della Città Metropolitana di Milano:

Punto Nascita	Parti	Cesarei	%
IRCCS Pubblico 3	5.392	2.262	42,0
Casa di Cura 7	857	351	41,0
ASST 2a	537	201	37,4
ASST 9a	1.016	335	33,0
IRCCS Privato 10	2.174	692	31,8
ASST 5a	598	183	30,6
ASST 8b	1.202	366	30,4
ASST 3c	1.003	287	28,6
ASST 3b	2.031	569	28,0
Casa di Cura 15	1.261	339	26,9
ASST 2b	1.293	339	26,2
ASST 7a	860	221	25,7
ASST 5b	742	179	24,1
ASST 3a	3.070	739	24,1
ASST 7b	1.424	315	22,1
ASST 4	2.164	456	21,1
ASST 9b	1.554	319	20,5
ASST 8a	729	146	20,0
ASST 6	872	169	19,4
totale ATS	28.779	8.468	29,4

L'analisi effettuata nel 2018 ha riguardato il 50% della produzione di TC sul territorio della ATS della Città Metropolitana di Milano dell'anno 2017, con estrazione casuale dal database SDO dei DRG 371 "Parto cesareo senza complicanze" e 370 "Parto cesareo con complicanze", per un totale di 3.668 cartelle cliniche (con unica eccezione per l'Osp. 18 con il 25% di pratiche da analizzare).

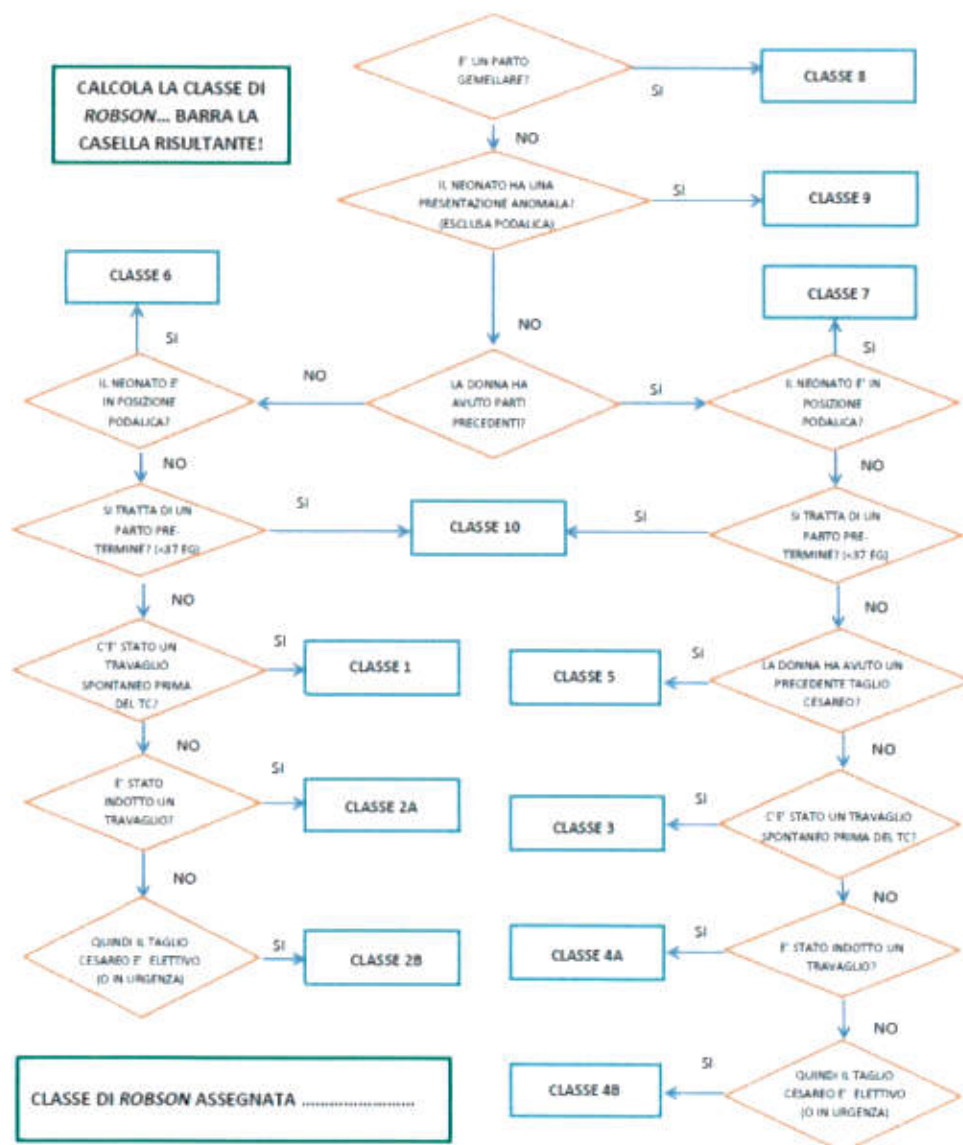
A seguito della definizione degli strumenti di raccolta dei dati e della metodologia di analisi, sono state acquisite, per tramite della UOC di Epidemiologia, informazioni sulle classi di *Robson* relative a tutti i parti avvenuti nel territorio della ATS della Città Metropolitana di Milano nell'anno 2017.

Poiché il flusso CeDAP conteneva numerosi campi mancanti tra quelli utili all'individuazione della relativa classe di Robson, si è utilizzata la correzione operata dalla UOC di Epidemiologia su parte dei record della coorte in riferimento al campo *Precedenti Concepimenti*. È stato così possibile recuperare i dati del 68.6% delle pratiche che registravano questa carenza.

Per la rilevazione delle informazioni all'interno delle cartelle cliniche è stato creato un apposito diagramma di flusso tramite il quale gli operatori del NOC hanno validato/aggiunto/modificato la classe Robson assegnata al TC oggetto di controllo.

Per ciascuna cartella clinica è stata indicata la classe di Robson estratta incrociando i relativi campi del CeDAP.

Nei casi in cui le classi non coincidevano, è stata compilata una tabella per l'individuazione puntuale di ogni singola categoria CeDAP al fine di rintracciare in tale flusso l'errore determinante l'assegnazione alla classe errata.



La classe di Robson è presente e coincide? ☐ sì ☐ no, compilare i campi sottostanti				
Categoria CeDAP	Per ogni categoria barrare la casella corrispondente			Campo mancante
Parti precedenti	☐ no	☐ sì		☐
Genere del parto	☐ singolo	☐ plurimo		☐
Presentazione del neonato	☐ cefalico	☐ podalico	☐ altro	☐
Età gestazionale	☐ pretermine (<37W)	☐ a termine (≥37W)		☐
Modalità del travaglio	☐ spontaneo	☐ indotto	☐ TC in elezione/urgenza	☐
Pregresso TC	☐ no	☐ sì		☐

In fase di avvio dei controlli di congruenza mirata, sono stati quindi predisposti i singoli campioni relativi ai ricoveri per TC con estrazione casuale ed è stata associata a tali pratiche la relativa classe di *Robson*, ove presente.

Gli operatori del NOC, in fase di controllo, hanno individuato eventuali campi errati alla luce del contenuto della cartella clinica e calcolato la classe di *Robson* corretta.

A chiusura dei controlli di congruenza mirata, sono state raccolte le informazioni ricavate dai diagrammi di flusso per tutte le Strutture campionate.

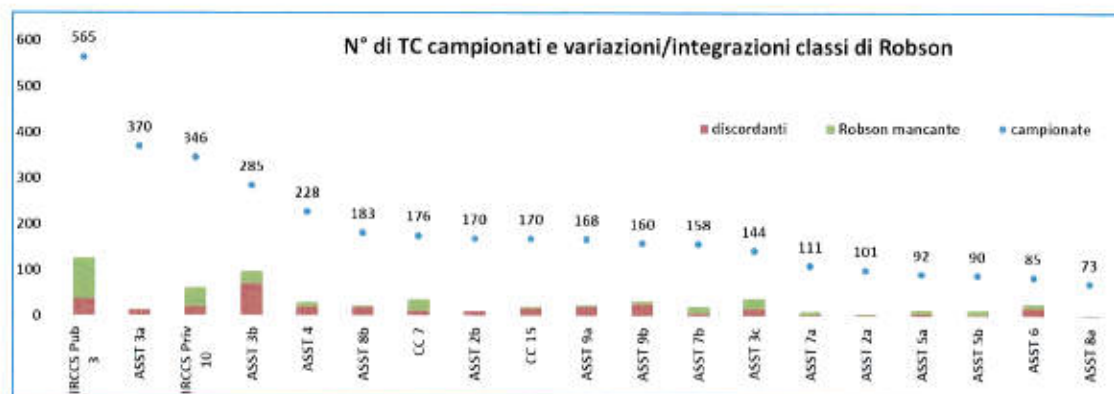
La percentuale di pratiche con *Robson* mancante (calcolata sul totale delle pratiche) è 8,3%.

Gli operatori del NOC in fase di controllo hanno compilato i campi CeDAP vuoti e calcolato la relativa classe di *Robson*.

La percentuale di *Robson* discordanti (calcolata sul totale delle pratiche ad oggi analizzate) è 9,2%.

Nella tabella e nel grafico a seguire sono riportate le Strutture del territorio con Punto Nascita, le relative pratiche campionate, i *Robson* mancanti e discordanti.

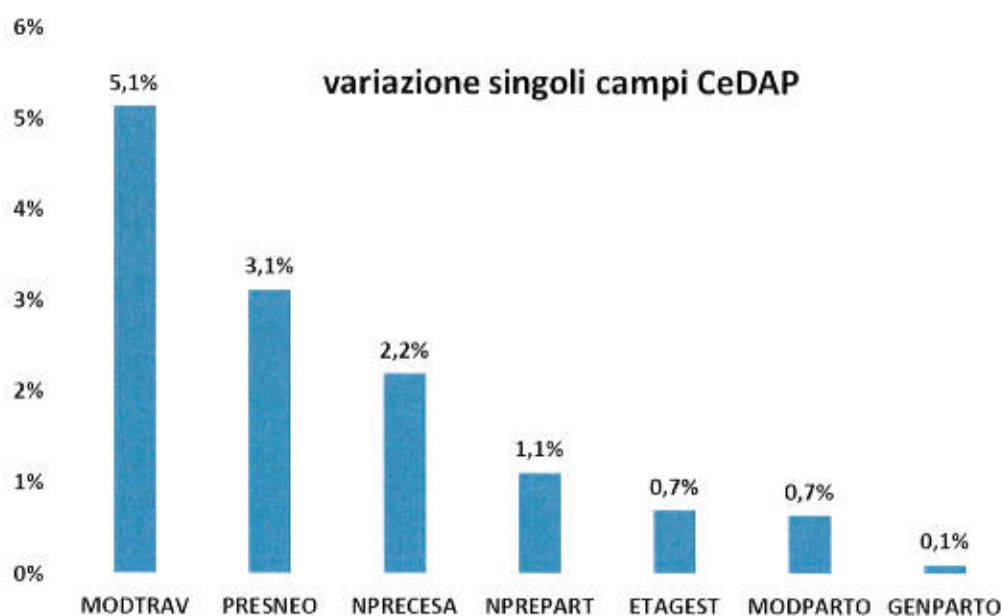
Punto Nascita	Campionate	Discordanti	% Discordanti	<i>Robson</i> mancante	% Mancanti
IRCCS Pubblico 3	565	38	6,7	90	15,9
ASST 3a	370	15	4,1	1	0,3
IRCCS Privato 10	346	21	6,1	42	12,1
ASST 3b	285	71	24,9	28	9,8
ASST 4	228	21	9,2	11	4,8
ASST 8b	183	20	10,9	5	2,7
Casa di Cura 7	176	11	6,3	27	15,3
ASST 2b	170	12	7,1	0	0,0
Casa di Cura 15	170	17	10,0	6	3,5
ASST 9a	168	21	12,5	5	3,0
ASST 9b	160	27	16,9	7	4,4
ASST 7b	158	7	4,4	16	10,1
ASST 3c	144	17	11,8	25	17,4
ASST 7a	111	5	4,5	8	7,2
ASST 2a	101	4	4,0	3	3,0
ASST 5a	92	7	7,6	9	9,8
ASST 5b	90	4	4,4	11	12,2
ASST 6	85	18	21,2	10	11,8
ASST 8a	73	3	4,1	1	1,4
totale ATS	3.675	339	9,2	305	8,3



Sono stati analizzati dettagliatamente i campi mancanti e le discordanze tra i 6 item del CeDAP esaminati (oltre alla modalità del parto, non considerata nello studio), come da tabelle e grafico seguente (in 67 casi più di un campo discordante e in 71 casi mancata corrispondenza CeDAP-SDO):

CeDAP	CeDAP	Campi mancanti	% sul totale
Modalità del travaglio (spontaneo, indotto, no travaglio)	MODTRAV	0	
Presentazione del neonato (vertice, podice, altro)	PRESNEO	0	
N° TC precedenti	NPRECESA	140	3,8
N° parti precedenti	NPREPART	154	4,2
Età gestazionale (a termine, pretermine)	ETAGEST	0	
Modalità del parto (spontaneo, TC)	MODPARTO	0	
Genere del parto (singolo, plurimo)	GENPARTO	0	
	TOTALE	305	8,3
TOTALE		3.675	

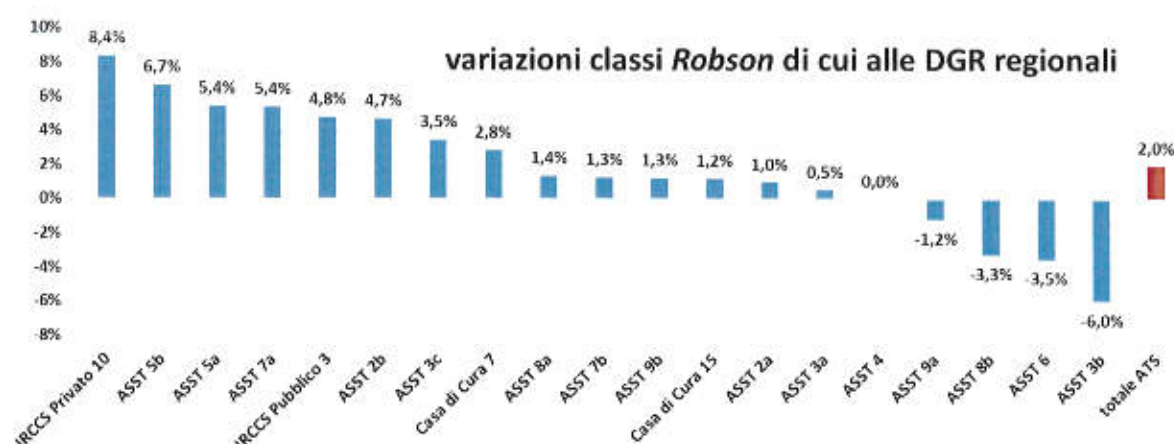
CeDAP	CeDAP	Discordanze	% sul totale
Modalità del travaglio (spontaneo, indotto, no travaglio)	MODTRAV	189	5,1
Presentazione del neonato (vertice, podice, altro)	PRESNEO	115	3,1
N° TC precedenti	NPRECESA	81	2,2
N° parti precedenti	NPREPART	41	1,1
Età gestazionale (a termine, pretermine)	ETAGEST	26	0,7
Modalità del parto (spontaneo, TC)	MODPARTO	24	0,7
Genere del parto (singolo, plurimo)	GENPARTO	4	0,1
	TOTALE	480	13,1
TOTALE		3.675	



Sono state inoltre analizzate dettagliatamente le discordanze al fine di individuare le percentuali di variazione delle classi di Robson 1, 3, 2A e 4A rispetto all'originale, onde verificare la congruenza di decurtazione/incremento economico ad esse legato (come da DGR regionali).

Di seguito i risultati:

Pratiche campionate	Punto Nascita	Classi								Classi		DELTA +/-	DELTA %
		Classe 1 PRE	Classe 1 POST	Classe 3 PRE	Classe 3 POST	Classe 2A PRE	Classe 2A POST	Classe 4A PRE	Classe 4A POST	Robson di cui alle DGR regionali PRE	Robson di cui alle DGR regionali POST		
346	IRCCS Privato 10	37	51	5	7	40	48	2	7	84	113	29	8,4
90	ASST 5b	11	13	1	4	12	13	0	0	24	30	6	6,7
92	ASST 5a	5	4	0	0	13	19	0	0	18	23	5	5,4
111	ASST 7a	6	7	0	1	18	21	1	2	25	31	6	5,4
565	IRCCS Pubblico 3	30	34	6	6	72	86	3	12	111	138	27	4,8
170	ASST 2b	18	18	5	5	20	25	1	4	44	52	8	4,7
144	ASST 3c	10	7	2	3	11	16	1	3	24	29	5	3,5
176	Casa di Cura 7	22	17	0	0	15	25	1	1	38	43	5	2,8
73	ASST 8a	8	7	2	2	10	12	1	1	21	22	1	1,4
158	ASST 7a	13	13	0	1	18	18	0	1	31	33	2	1,3
160	ASST 9a	14	10	1	1	20	25	3	4	38	40	2	1,3
170	Casa di Cura 15	5	4	2	2	25	28	1	1	33	35	2	1,2
101	ASST 2a	12	13	3	1	13	15	0	0	28	29	1	1,0
370	ASST 3a	28	29	7	6	44	46	1	1	80	82	2	0,5
228	ASST 4	14	12	4	3	28	30	1	2	47	47	0	0,0
168	ASST 9a	16	13	8	4	14	17	1	3	39	37	-2	-1,2
183	ASST 8a	19	15	3	3	29	29	3	1	54	48	-6	-3,3
85	ASST 6	15	15	5	3	6	9	6	2	32	29	-3	-3,5
285	ASST 3b	63	34	19	6	26	44	3	10	111	94	-17	-6,0
3675	totale ATS	346	316	73	58	434	526	29	55	882	955	73	2,0



Nei Punti Nascita analizzati, alla luce delle *classi di Robson* modificate e aggiunte ex-novo, in 73 casi vi è stata una variazione (per modifiche apportate a uno o più campi CeDAP o per aggiunta ex-novo) relativa alle classi 1, 3, 2A e 4A citate nelle DGR regionali.

Tale dato potrebbe falsare i percentili in cui si inseriscono i Punti Nascita e di conseguenza determinarne decurtazioni/incrementi economici errati.

Al fine di verificare ciò si è proceduto a confrontare i risultati ottenuti con quanto pubblicato sul Portale della Regione Lombardia (Valutazione Governo Clinico – area Materno-Infantile – Indicatori di Processo) per il periodo di riferimento (anno 2017) facendo una stima dei *Robson* modificati in sede di controllo sul totale della produzione di ogni Punto Nascita.

CLASSI 1 E 3			CLASSI 2A E 4A		
25° PERCENTILE	MEDIANA	75° PERCENTILE	25° PERCENTILE	MEDIANA	75° PERCENTILE
3.93%	5.53%	7.21%	13.95%	17.36%	21.83%

Percentili da Portale regionale nel periodo di riferimento

Di seguito i risultati presentati differenziati per colore in relazione all'area percentile in cui si collocano i Punti Nascita secondo le *classi di Robson* calcolate dal CeDAP e attraverso l'analisi delle cartelle cliniche (rosso: decurtazione economica - verde: incremento tariffario):

Punto Nascita	Parti CLASSI 1 e 3 portale	Parti CLASSI 2A e 4A portale	Cesarei classi 1 e 3 NOC	Cesarei CLASSI 1 e 3 portale	% Cesarei su parti CLASSI 1 e 3 portale	% Cesarei su parti CLASSI 1 e 3 NOC RADDOPPIATI	Cesarei classi 2A e 4A NOC	Cesarei 2A e 4A portale	% Cesarei su parti 2A e 4A portale	% Cesarei su parti CLASSI 2A e 4A NOC RADDOPPIATI
ASST 2a	295	98	14	34	11,53	9,49	15	38	38,78	30,61
ASST 2b	778	192	23	43	5,53	5,91	29	40	20,83	30,21
ASST 3a	1.607	718	35	72	4,48	4,36	47	93	12,95	13,09
ASST 3b	1.238	341	40	142	11,47	6,46	54	52	15,25	31,67
ASST 3c	482	183	10	27	5,60	4,15	19	34	18,58	20,77
ASST 4	1.284	376	15	41	3,19	2,34	32	56	14,89	17,02
ASST 5a	320	126	4	13	4,06	2,50	19	31	26,60	30,16
ASST 5b	426	163	17	27	6,34	7,98	13	28	17,18	15,95
ASST 6	498	206	18	32	6,43	7,23	11	31	15,05	10,68
ASST 7a	463	211	8	17	3,67	3,46	23	37	17,54	21,80
ASST 7b	869	241	14	33	3,80	3,22	19	32	13,28	15,77
ASST 8a	444	151	9	16	3,60	4,05	13	23	15,23	17,22
ASST 8b	599	298	18	41	6,84	6,01	30	63	21,14	20,13
ASST 9a	567	165	17	43	7,58	6,00	20	29	17,58	24,24
ASST 9b	671	340	11	21	3,13	3,28	29	45	13,24	17,06
Casa di Cura 15	636	351	6	25	3,93	1,89	29	55	15,67	16,52
Casa di Cura 7	404	215	17	52	12,87	8,42	26	47	21,86	24,19
IRCCS Privato 10	1.154	495	58	112	9,71	10,05	55	106	21,41	22,22
IRCCS Pubblico 3	1.899	1.561	40	238	12,53	4,21	98	340	21,78	12,56
totale ATS	14.634	6.431	334	1.029	7,03	4,56	483	1.180	18,35	15,02

A conclusione delle analisi emerge quanto segue:

- vi è un numero elevato di classi di *Robson* mancanti (anche utilizzando dati corretti), data l'assenza di uno o più campi CeDAP,
- per circa un decimo dei ricoveri campionati, risulta essere stata assegnata una classe di *Robson* errata,
- il campo CeDAP in cui si sono riscontrate le maggiori discordanze è MOD_TRAV (modalità del travaglio),
- le variazioni calcolate hanno determinato scostamenti stimati dai percentili utilizzati per il calcolo degli incrementi/decurtazioni tariffarie, in 12 Punti Nascita su 19 nel periodo analizzato.

DGR n. IX/621 del 13.10.2010			Deliberazione ATS n. 610 del 23.05.2016
N.	Item	Requisito	Piano Integrato dei Controlli ATS 2017 (Delib. ATS n. 721/2017) Piano Integrato dei Controlli ATS 2018 (Delib. ATS n. 391/2018)
1	Numero progressivo della cartella clinica	100%	
2	Generalità del paziente sul frontespizio con:	100%	
	- nome		
	- cognome		
	- data di nascita		
	- luogo di nascita		
	- residenza (Comune o Stato estero)		
3	Struttura di ricovero	100%	
4 - Ricovero Ordinario	Data di ingresso	100%	
	Data di uscita		
5 – DH	Data di ingresso	100%	DELIBERAZIONE ATS N. 610 DEL 23.05.2016 (Allegato 9): Nei DH gli accessi sono valutati singolarmente: per ogni accesso devono essere soddisfatti tutti gli elementi richiesti.
	Ora di ingresso		
	Data di uscita		
	Ora di uscita		
	Camera/posto letto		
6	Scheda Dimissione Ospedaliera con firma del medico responsabile	100%	DELIBERAZIONE ATS N. 610 DEL 23.05.2016 (Allegato 9): <u>La firma o la sigla del medico che effettua la dimissione devono essere sempre presenti sulla SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) e devono essere accompagnate dal timbro affinché sia chiara l'identità dell'autore.</u> La firma e la sigla devono essere depositate in apposito registro presso la Direzione Sanitaria Ospedaliera, consultabile su eventuale richiesta. È ammessa la <u>firma digitale certificata, apposta secondo la normativa vigente.</u> PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2017 Secondo quanto stabilito dalla normativa vigente la SDO è una componente obbligatoria della cartella clinica e la sua assenza o l'errata compilazione determinano la non rimborsabilità totale del ricovero. Nel ricordare che la normativa nazionale (DM n. 380 del 27.10.2000, Disciplinare tecnico) e quella regionale (DGR n. IX/621 del 13.10.2010) danno precise indicazioni sulla compilazione della SDO e sulla codifica delle informazioni da riportare all'interno di essa, si desidera precisare quanto segue. Il DM n. 380 del 27.10.2000 (Art. 2, punti 3 e 4) specifica, che: "3. La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso; la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma ovvero da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato". 4. Il direttore sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate". Si ricorda infine che la compilazione della SDO deve avvenire nel più breve tempo possibile dopo la dimissione della persona assistita ("Manuale della Cartella Clinica - 2ª Edizione 2007") e nel caso in cui si verifichi da parte dell'Erogatore una inesatta o incongrua rappresentazione della codifica della SDO o la SDO stessa contenga errori materiali (ad es. anagrafici), tali errori (nei casi consentiti e, per

			pratiche oggetto di controllo da parte della ATS, solo su autorizzazione della stessa ATS) potranno essere corretti (nei tempi previsti dalla normativa vigente) generando una seconda SDO; <u>ambedue le SDO dovranno in questo caso essere presenti all'interno della cartella clinica</u> . A questo proposito, ossia nel caso della presenza di più SDO all'interno della cartella clinica, poiché la SDO che dà origine al rimborso economico per le prestazioni erogate dalla Struttura è solo quella cui corrisponde il <u>flusso rendicontato</u> in Regione, se tale SDO fosse <u>priva della firma del medico responsabile delle dimissioni</u> , la stessa non potrebbe dare luogo ad alcun rimborso della prestazione effettuata. Sarebbe ravvisata infatti, nel caso specifico, una anomalia che invaliderebbe l'intera SDO: "la SDO non è firmata dal medico della U.O. (anche sigla)". Ciò comporterebbe, ai sensi della DGR n. IX/621 del 13.10.2010, la "non rimborsabilità totale" della SDO: abbattimento pari al 100% del valore.
7	Motivo del ricovero nel foglio di ricovero o nel diario medico in prima giornata o nella documentazione di valutazione all'ingresso	20%	DELIBERAZIONE ATS N. 610 DEL 23.05.2016 (Allegato 9): Si richiama all'ottemperanza delle indicazioni regionali secondo cui l'anamnesi e l'esame obiettivo devono riportare la data e la firma del medico esecutore: ciò naturalmente è valido anche in caso di questionari anamnestici auto-compilati dal paziente, i quali devono essere sempre controfirmati dal medico che ne prende visione. Il requisito relativo all'esame obiettivo all'ingresso è da ritenersi assolto anche in presenza dello stesso sulla documentazione di PS, qualora lo stesso sia ripetuto in regime di ricovero in tempi ragionevolmente brevi. PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2018 Non saranno considerati rispondenti ai requisiti vigenti in tema di qualità documentale esami obiettivi antecedenti la data del ricovero.
	Anamnesi Patologica Prossima (anche specialistica)	10%	
	Esame Obiettivo all'ingresso con (anche specialistico) con:	40%	
	- Firma (anche sigla)	20%	
	- Data di stesura	10%	
8	Diario Medico compilato almeno nei giorni feriali	*	
9	Diario Infermieristico compilato tutti i giorni	*	
10	Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) compilato e firmato dal medico responsabile	100%	DELIBERAZIONE ATS N. 610 DEL 23.05.2016 (Allegato 4): "La stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e del programma riabilitativo individuale (p.r.i.) con scala/e di valutazione della disabilità/necessità riabilitativa deve essere redatta (n.d.r. e firmata) dal Fisiatra o altro medico specialista facente parte dell'equipe riabilitativa". PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2018 J. Riabilitazione - "Tale valutazione deve essere effettuata al massimo entro e non oltre il giorno successivo all'ingresso in reparto di Riabilitazione ex-Specialistica". (...) L'impossibilità di riscontro dei suddetti elementi, utili a definire che il PRI/pri sia stato redatto dallo specialista di riferimento entro il giorno successivo all'ingresso, sarà trattata alla stregua di un'assenza del PRI/pri.
	Programma Riabilitativo Individuale (pri) compilato e firmato dal medico responsabile		
11	Referti relativi agli esami diagnostici effettuati durante il ricovero (indicativi del percorso diagnostico descritto nella lettera di dimissione)	*	
12	Consenso informato all'intervento chirurgico e/o a trasfusioni con:		DELIBERAZIONE ATS N. 610 DEL 23.05.2016 (Allegato 9): <u>Il consenso informato deve essere completo e quindi contenere l'esatta denominazione dell'intervento chirurgico.</u>
	- firma del medico e del paziente	90%	

	- data di compilazione	10%	Il consenso informato alla eventuale trasfusione deve essere presente, completo e firmato sia dal paziente che dal medico; ciò è richiesto anche nei casi in cui la trasfusione non venga effettuata, a tutela del principio che il citato consenso sia prestato dal paziente prima del verificarsi dell'evento trasfusivo. Il citato consenso alla trasfusione deve essere quindi presente in tutti i casi in cui sia stata effettuata una trasfusione, nonché nelle situazioni in cui, sia prevista la richiesta di sangue, anche solo a disposizione, pur se la trasfusione non venga poi effettuata. Si precisa altresì che il requisito relativo al consenso informato all'intervento chirurgico e alle trasfusioni, firmato (90%) e datato (10%), così come è descritto dalla DGR n. IX/621 del 13.10.2010, "non supera la normativa vigente e quindi non solleva la struttura dalle responsabilità derivanti dall'obbligo di raccogliere il consenso informato in tutti i casi previsti dalla normativa vigente non contemplati nel requisito stesso": con ciò è da intendersi che il requisito in questione e le pesature indicate sono da leggersi nell'accezione completa dell'obbligo relativo all'acquisizione del consenso stesso, nel rispetto della originaria DGR n. VIII/9014 del 20.02.2009 (integrata e non superata dalle norme successive: "il consenso informato, datato e firmato sia dal paziente che dal personale sanitario, all'intervento chirurgico e/o a <u>procedure diagnostiche</u> come previsto dalla normativa vigente") nonché delle disposizioni nazionali di riferimento. PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2018 (n.d.r. Ai sensi) della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", (n.d.r. il consenso informato) deve essere acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, <u>ma documentato in forma scritta nella cartella clinica</u> (cfr. art. 1). Il consenso scritto è obbligatorio in alcune situazioni definite da leggi dello Stato, nonché nei casi definiti dalla normativa regionale di riferimento. In particolare: • quando si dona o si riceve sangue (DM 15.01.91); • quando si partecipa alla sperimentazione di un farmaco (DM 27.04.92); • negli accertamenti di un'infezione HIV (L. n. 135 del 05.06.90); • nel caso di trapianto del rene tra viventi (DPR n. 409 del 16.06.77); • nell'interruzione volontaria della gravidanza; • nella rettificazione in materia di attribuzione di sesso; • nella procreazione medicalmente assistita (L. n. 40 del 19.02.04); • nei trattamenti anestesiológicos (DGR n. X/6502/2017); • per gli interventi chirurgici (il consenso deve contenere l'esatta denominazione del tipo di intervento); • in caso di utilizzo di sangue o emocomponenti. Il consenso alla trasfusione sarà ricercato in tutti gli interventi di chirurgia maggiore o complessa (NICE guideline, aprile 2016), in riferimento alla quale si citano, a titolo di esempio non esaustivo dell'argomento, i seguenti interventi: - chirurgia laparotomica, isterectomia, resezione del colon; - resezione endoscopica della prostata; - discectomia lombare; - tiroidectomia; - interventi ai polmoni; - sostituzioni delle articolazioni; - ecc. Sarà ricercato anche: - per trattamenti e procedure ad alto rischio; • per accertamenti diagnostici invasivi (es. esami strumentali con mezzo di contrasto, procedure endoscopiche, elettromiografia, ecc.). <u>In qualunque forma sia espresso, il consenso informato deve comunque essere inserito nella cartella clinica in forma scritta, completo di data e di firma del medico e del paziente.</u> Le uniche eccezioni all'obbligo del consenso informato, vanno esplicitate chiaramente all'interno della cartella clinica e sono:
--	------------------------	-----	---

			- le situazioni nelle quali la persona malata ha espresso esplicitamente la volontà di non essere informata. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni deve essere registrato nella cartella clinica (L. n. 219 del 22.12.17, art. 1, comma III); - i casi in cui si può parlare di consenso implicito, per esempio per cure di routine o per farmaci prescritti per una malattia nota. Si suppone, infatti, che in questo caso sia consolidata l'informazione ed il consenso relativo; - in situazioni caratterizzate da emergenza e urgenza, in cui il paziente non sia in condizioni di prestare il proprio consenso (L. n. 219 del 22.12.17, art. 1, comma VII); - i Trattamenti Sanitari Obbligatori, TSO (L. n. 180/78, c.d. Legge Basaglia); - in situazioni caratterizzate da uno "stato di necessità" dove viene a mancare un dissenso valido e cosciente da parte del paziente. La causa di giustificazione dello stato di necessità è disciplinata dall'articolo 54 del Codice Penale che stabilisce la non punibilità di chi abbia: <i>"commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo"</i>. Lo stato di necessità consente quindi di giustificare l'operato del sanitario, pur in mancanza di un consenso del paziente: "la necessità del consenso del paziente alle cure sanitarie viene meno sia in presenza di uno stato di necessità effettivo, sia in presenza di uno stato di necessità presunto o putativo, il quale ricorre allorché il medico, senza colpa, abbia ritenuto in base a circostanze scusabili l'esistenza di un pericolo di danno grave alla salute del paziente" (Cass. civ., sez III, 15.11.99, n. 12621, GCM, 1999, 2248). <i>n.d.r.</i> DGR N. X/6502 DEL 21.04.2017 - ACSS <u>Nel caso di un minore o di persona non in grado di firmare</u> (nei casi previsti dalla legge), in cartella devono essere inclusi moduli esplicativi che identifichino le persone che danno il consenso (<i>n.d.r.</i> per i casi particolari o le situazioni in cui il minore può esprimere il consenso autonomamente vedi la DGR n. X/6502 del 21.04.2017, ACSS - Consenso per i minori Allegato 2 - Aree di approfondimento autocontrollo qualità documentale 3%).
13	Diario del terapeuta della riabilitazione compilato giornalmente in conformità a quanto previsto dai requisiti specifici di autorizzazione e accreditamento	*	
14	Documentazione/cartella anestesiológica con monitoraggio intraoperatorio	40%	<i>n.d.r.</i> MANUALE DELLA CARTELLA CLINICA, REGIONE LOMBARDIA, SECONDA EDIZIONE, 2007. La documentazione anestesiológica, cartellino o scheda, racchiude le informazioni relative a: • <u>valutazione preoperatoria</u> con assegnazione del paziente ad una classe di rischio (ASA) e individuazione della tecnica anestesiológica più appropriata; • <u>preanestesia</u> • <u>conduzione anestesiológica</u> comprendente, oltre agli estremi identificativi del paziente e del ricovero: - o dati sull'intervento e sull'équipe chirurgica; - o tipo di anestesia utilizzato ed eventuali modificazioni rese necessarie; - o tipo di supporto respiratorio; - o procedure invasive poste in essere; - o parametri vitali monitorati; - o indicazione di nome, dose, vie e ora di somministrazione dei farmaci utilizzati; - o segnalazione di eventuali complicanze. • <u>valutazione postoperatoria</u> dovrebbe indicare: le condizioni (respiratorie, cardiocircolatorie, neurologiche) del paziente, il tipo di sorveglianza necessaria, la segnalazione degli accessi vascolari e di altri mezzi invasivi presenti e il loro stato, le terapie in corso e quelle consigliate, gli esami di controllo necessari, ora/minuti della dimissione dal blocco operatorio o da altro ambiente e trasferimento all'unità operativa di degenza.
	Verbale operatorio con:	60%	<i>n.d.r.</i> PROCEDURE MONOPERATORE Elenco relativo a procedure interventistiche che possono essere effettuate da un unico operatore medico chirurgo anche in regime di ricovero ordinario: DGR n. IX/4605 del 28.12.2012 e DGR n. X/2983 del 23.12.2014.
	- descrizione dell'intervento		
	- data dell'intervento		
	- durata dell'intervento		
	- identificazione degli operatori (almeno		

¹ con l'eccezione degli interventi in anestesia locale gestita dal chirurgo

	3 nei ricoveri di 0-1 giorno e 5 nei restanti ricoveri ordinari ¹)		
15	Lettera di dimissione² con almeno: - data di stesura - identificazione del medico redattore - sintesi descrittiva del decorso clinico (comprese le condizioni del paziente alla dimissione) - indicazione di eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione (con eventuale precisazione di "nessuna prescrizione")	100%	DELIBERAZIONE ATS N. 610 DEL 23.05.2016 (Allegato 9): Nella lettera di dimissione il richiamo alla <u>terapia</u> deve essere esplicito secondo quanto indicato nelle normative correnti, così come deve essere chiaramente riportata la dicitura relativa all'eventuale "assenza di prescrizioni". La presenza eventuale di allegati alla lettera di dimissione deve essere richiamata nella lettera di dimissione stessa. Nel caso in cui il paziente sia trasferito in urgenza presso un'altra struttura, la lettera di dimissione non può in nessun caso essere sostituita da un "modulo di invio in PS" (n.d.r. ovvero non può essere sostituita da altra documentazione). La lettera di dimissione deve contenere chiara indicazione della <u>data di redazione</u> della stessa: la suddetta data non può quindi essere deducibile da dizioni quali "si dimette in data odierna" o simili. È ammessa la <u>firma digitale certificata, apposta secondo la normativa vigente</u> e la presenza di una lettera di dimissione complessiva per i cicli di Day Hospital. PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2017 La lettera di dimissione deve essere redatta dal medico che ha seguito il ricovero ed essa deve contenere i seguenti elementi: • data di stesura, • identificazione del medico redattore, • motivo del ricovero, • sintesi descrittiva del decorso clinico (compresi accertamenti significativi, eventuali trasfusioni, partecipazione a studi clinici ecc. ed infine le condizioni del paziente alla dimissione), • terapie farmacologiche attuate, • indicazione di terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione (oppure se non prevista alcuna terapia, precisazione di "nessuna prescrizione"), • firma del medico dimettente. A quest'ultimo proposito si desidera dare indicazioni sulla firma del medico che redige la lettera di dimissione: • <u>la firma</u> deve essere accompagnata dal timbro affinché sia chiara l'identità dell'autore; • <u>la sigla</u> deve essere accompagnata dal timbro affinché sia chiara l'identità dell'autore, ed inoltre deve essere depositata in apposito registro, presente nella Direzione Sanitaria Ospedaliera, consultabile su eventuale richiesta; • è ammessa la <u>firma digitale certificata, apposta secondo la normativa vigente</u>. Il documento in questione deve contenere esplicitamente la dicitura che identifica il tipo di firma non autografa apposta ai sensi della normativa di riferimento.

²può essere assente in caso di paziente deceduto, auto-dimesso e neonato sano

Normativa di riferimento:

- DM n. 380 del 27.10. 2000, Disciplina Tecnica.
- D.lgs. n. 196 del 30.06.2003.
- Manuale della Cartella Clinica, Regione Lombardia, Seconda Edizione, 2007.
- DGR n. VIII/9014 del 20.02.2009.
- DGR n. IX/621 del 13.10.2010.
- DGR n. IX/4605 del 28.12.2012.
- DGR n. X/2983 del 23.12.2014.
- Deliberazione ATS n. 610 del 23.05.2016 (Allegato 9 - Scheda items dirimenti qualità documentale).
- DGR n. X/6502 del 21.04.2017, ACSS (Allegato 2 - Aree di approfondimento autocontrollo qualità documentale 3%).
- Piano Integrato dei Controlli in ambito sanitario e socio-sanitario 2017 (Deliberazione ATS n. 721 del 16.06.2017).
- Piano Integrato dei Controlli in ambito sanitario e socio-sanitario 2018 (Deliberazione ATS n. 391 del 18.04.2018).

ALLEGATO 3 (cap. 5) – Trattamenti chirurgici contestuali o successivi a mastectomia

Intervento	Diagnosi Principale	Procedure	DRG
Mastectomia e ricostruzione totale della mammella	Diagnosi di neoplasia mammaria secondo codici ICD-9-CM	85.4* Mastectomia... + 85.7 Ricostruzione totale della mammella	258 L (C) Mastectomia totale per T.M. senza CC + Tipo Tar. SDO = "L" (senza esame linfonodo sentinella)
			258 K (C) Mastectomia totale per T.M. senza CC + Tipo Tar. SDO = "K" (esame linfon. sentinella + ev. linfaden. rad.)
Ricostruzione totale della mammella successiva a mastectomia	V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica +/- V10.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella	85.7 Ricostruzione totale della mammella	261 (C) Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale
Mastectomia e ricostruzione contestuale della mammella con innesto/lembo	Diagnosi di neoplasia mammaria secondo codici ICD-9-CM	85.4* Mastectomia ... + 85.8* e/o 86.6* e/o 86.7* (escluso 85.85 da Sub Allegato 3 alla DGR n. X/2989/2014)	266 (C) Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere senza CC
Mastectomia e ricostruzione contestuale della mammella con lembo muscolare/muscolocutaneo mammario (codice 85.85)	Diagnosi di neoplasia mammaria secondo codici ICD-9-CM	85.4* Mastectomia... o 85.33 o 85.34 o 85.35 o 85.36 Mammectomia sottocutanea... + 85.85 Ricostruzione con lembo muscolare o muscolocutaneo della mammella	266 (C) Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere senza CC + interventi 85.4*, 85.33, 85.34, 85.35 e 85.36 (mastectomia) e 85.85 (ricostruzione mammella con lembi muscolari)
Ricostruzione mammella con innesto/lembo successiva a mastectomia	V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica +/- V10.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella	85.8* e 86.6* o 86.7* (85.85 non fa eccezione)	266 (C) Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere senza CC

Mastectomia e contestuale impianto di espansore/protesi	Diagnosi di neoplasia mammaria secondo codici ICD-9-CM	85.4* Mastectomia ... + 85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella o 85.53 / 85.54 Impianto protesi mono-bilaterale	258 L (C) Mastectomia totale per T.M. senza CC + Interventi 854* (mastectomia) e 8595 (inserz. protesi) + Tipo Tar. SDO = "L" (senza esame linfonodo sentinella) 258 K (C) Mastectomia totale per T.M. senza CC + Interventi 854* (mastectomia) e 8595 (inserz. protesi) + Tipo Tar. SDO = "K" (esame linfon. sentinella + ev. linfaden. rad.)
Inserimento espansore/impianto di protesi successivo a mastectomia	V52.4 Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario (come da DGR n. IX/2057/2011) +/- V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica +/- V10.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella	85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella o 85.53 / 85.54 Impianto protesi mono-o bilaterale Impianto protesi mono/bilaterale	461 (C) Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari
Rimozione di espansore e contestuale impianto protesi	V52.4 Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario (come da DGR n. IX/2057/2011) +/- V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica +/- V10.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella	85.96 Rimozione di espansore tessutale dalla mammella + 85.53/85.54 Impianto protesi mono-o bilaterale	461 (C) Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari
Rimozione di espansore/protesi per complicanze meccaniche	996.54 Complicazioni meccaniche di protesi mammarie	85.96 Rimozione di espansore tessutale dalla mammella o 85.94 Rimozione di protesi della mammella	261 (C) Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale

Rimozione di espansore/protesi per complicanze infettive o infiammatorie NB - compreso: Rimozione di espansore/protesi per contrattura capsulare (radioterapia)	996.69 Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti interni o 996.79 Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni +/- V10.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella	85.96 Rimozione di espansore tessutale dalla mammella o 85.94 Rimozione di protesi della mammella +/- 85.53 Impianto protesi monolaterale	443 (C) Altri interventi chirurgici per traumatismo, senza CC
Mastectomia e contestuale lipofilling	Diagnosi di neoplasia mammaria secondo codici ICD-9-CM	85.4* Mastectomia... + 85.82 Innesto a spessore parziale nella mammella <u>(in sesta posizione come da Verbale GdL AAC del 13.06.2014)</u>	258 L (C) Mastectomia totale per T.M. senza CC + Tipo Tar. SDO = "L" (senza esame linfonodo sentinella) 258 K (C) Mastectomia totale per T.M. senza CC + Tipo Tar. SDO = "K" (esame linfon. sentinella + ev. linfaden. rad.)
Lipofilling successivo a mastectomia	V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica +/- V10.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella	85.82 Innesto a spessore parziale nella mammella	266 (C) Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere senza CC