



Regione Lombardia

IL CONSIGLIO

Il Presidente

Protocollo CRL.2020.0007249 del 25/06/2020

Al Signor Presidente
della Commissione consiliare **III**

Al Signor Presidente
del **Comitato Paritetico di
Controllo e Valutazione**

e, p.c. Ai Signori Presidenti
delle altre Commissioni consiliari

Ai Signori Componenti
l'Ufficio di Presidenza

Ai Signori Consiglieri regionali

Al Signor Presidente
della Giunta regionale

Ai Signori Assessori regionali

Ai Signori Sottosegretari regionali

LORO INDIRIZZI

Oggetto: REL 88 di iniziativa dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo

“Relazione annuale dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo - anno 2019”

Trasmetto la relazione in oggetto inviata al Consiglio, ai sensi dell'art. 11, comma 4, lett. i) della l.r. 33/2009.

Trasmetto, altresì, la relazione al **Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione**, ai sensi dell'art. 109, comma 1 lett. c), del Regolamento generale.

Con i migliori saluti

Copia analogica sottoscritta con firma a mezzo stampa predisposta secondo l'articolo 3 del D.lgs 39/1993 e l'articolo 3bis, comma 4bis allegato

ALESSANDRO FERMI
Documento informatico sottoscritto con firma digitale, ai sensi
dell'art.24, del D.lgs. 7 marzo 2005 n. 82 (Codice
dell'amministrazione digitale)

IL COMITATO DI DIREZIONE

**DELIBERAZIONE N. 5
DEL 17.06.2020**

OGGETTO: RELAZIONE ANNUALE – ANNO 2019

Coordinatore: Dott. GIOVANNI BLADELLI

Componente: Dott.ssa LOREDANA LUZZI

Componente: Dr. MARINO NONIS

(Dirigente Proponente: Dr.ssa Caterina Tridico)

VISTI

- l'art. 11, l.r. 30/12/2009 n. 33 "Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità" come sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. q) della l.r. 11/08/2015 n. 23 (Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della l.r. 30/12/2009, n. 33) e ss.mm.ii., con il quale è stata istituita l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (per brevità anche ACSS), quale ente di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile, e ne sono stati individuati gli organi nel Direttore, nel Collegio Sindacale e nel Comitato di Direzione;
- Il DDGW n. 205 del 19/12/2018 con il quale il Dott. Marco Onofri è stato nominato Direttore dell'Agenzia con decorrenza dal 01/01/2019 e sino al termine della Legislatura;
- la determina n.118 del 21/12/2018 con la quale ACSS ha preso atto del citato DDWG n. 205/2018;
- il DPGR n. 284 del 05/04/2019 concernente la nomina dei membri del Comitato di direzione dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo;
- la Determina del Direttore n. 44 del 19/06/2019 di presa d'atto della DPGR n. 284 del 05/04/2019, concernente la nomina dei membri del Comitato di Direzione;
- il DPGR n. 357 del 26/07/2019 'Nuove determinazioni in ordine al Comitato di Direzione dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo', concernente la nomina del dr. Marino Nonis quale membro del Comitato di Direzione dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo, in sostituzione del dr. Antonio D'Urso;
- la Determina del Direttore n. 60 del 29/07/2019 di presa d'atto del citato DPGR n. 357 del 26/07/2019;

VISTI:

- il comma 4, lettera i) del sopra citato art.11, che stabilisce in capo all'Agenzia l'obbligo di presentare una relazione annuale al Consiglio regionale e di provvedere alla sua successiva pubblicazione;
- il comma 5 dell'art. 11 che dispone che "le funzioni di cui alle lettere a) ed i) del comma 4 sono in capo al Comitato di direzione;

VISTO il documento elaborato della struttura dell'Agenzia, avente ad oggetto la relazione annuale sulle attività svolte nell'anno 2019 e ritenuto di approvarla e di adottarla ai fini della sua trasmissione ai sensi del comma 4, lettera i) del sopra citato art.11 al Consiglio regionale e in copia alla Giunta regionale e in attuazione dell'art. 5 l.r. n. 33/2009 così come modificata e integrata dalla l.r. n. 23/2015;

RITENUTO di demandare al Direttore gli adempimenti conseguenti all'adozione del presente provvedimento;

A VOTI UNANIMI

DELIBERA

per i motivi sopra richiamati:

1. di adottare il documento avente ad oggetto la Relazione annuale sulle attività svolte nell'anno 2019, allegata, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di demandare al Direttore gli adempimenti conseguenti all'adozione del presente provvedimento, con riguardo alla sua trasmissione al Consiglio regionale, in copia alla Giunta regionale e alla successiva pubblicazione.

Componente Coordinatore
Dott. Giovanni Bladelli

Componente
Dott.ssa Loredana Luzzi

Componente
Dr. Marino Nonis

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge



RELAZIONE ANNUALE AL CONSIGLIO REGIONALE ANNO 2019

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

Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo

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

acss@pec.regione.lombardia.it

C.F. 97743230159

Sommario

1 PRESENTAZIONE	3
1.1 Obiettivi strategici	3
1.2 Operatività di ACSS	4
STRUTTURAZIONE DEL PERSONALE DELL'AGENZIA	4
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	5
ULTERIORI ATTIVITÀ A SUPPORTO ALLO SVILUPPO DELL'AGENZIA	6
2 ATTIVITÀ CORE	7
2.1 Piano dei controlli e dei protocolli - lettera a) del comma 4 art.11 l.r. 33/2009 e s.m.i.	8
2.2 Rapporti con le ATS e i Piani di Controllo Territoriali	8
2.3 Analisi attività di vigilanza e controllo sociosanitaria 2018	9
2.4 Le sanzioni amministrative in ambito sanitario e sociosanitario	10
2.5 Progettualità sperimentali, per "elementi innovativi"	12
2.6 Pianificazione dei controlli sui Blocchi operatori e nei Pronto soccorso	12
2.7 Pianificazione dei controlli su liceità organizzativa e gestionale delle cooperative dedicate alla presa in carico	13
2.8 Collaborazioni esterne	13
2.9 Tavolo di lavoro sulla vigilanza delle farmacie	15
2.10 Maggiorazioni tariffarie - lettera f) del comma 4 art.11 l.r. 33/2009 e s.m.i.	17
2.11 Procedura per il soccorso, recupero, trasporto e smaltimento della fauna selvatica omeoterma ferita a seguito d'incidente stradale o in difficoltà: sperimentazione ATS Insubria	18
2.12 Processo di attribuzione dell'incremento tariffario per la riabilitazione intensiva ad alta complessità (IAC)	18
2.13 Analisi finalizzate alla valutazione delle performance di Pronto soccorso	20
2.14 Soddisfazione degli utenti - lettera i) del comma 4 Art.11 L.R. 33/2009 e s.m.i.	22
2.15 Sperimentazione di un questionario di valutazione della patient experience nell'ambito delle attività di presa in carico presso l'ASST di Lodi – Report finale	23
2.16 Relazione sui Tempi d'Attesa 2019 e Risultati Questionario Mappatura Flussi Tempi d'Attesa	24
2.17 Presentazione programma di formazione per il personale ATS addetto ad attività di controllo	26
3 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	26

1 PRESENTAZIONE

L'articolo 11 della legge 33/2009, modificata nel 2015 e nel 2018, istituisce l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo quale ente di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile.

Amministrativamente è stata di fatto configurata quale vero e proprio Ente del SSR lombardo, inserendola a pieno titolo in tale rete regionale, con i correlati obblighi e vincoli.

Le attività dell'Agenzia, nelle sue prime fasi operative, sono state dedicate allo sviluppo di procedure e provvedimenti atti a rendere la sua attività sinergica con l'operato della Direzione Generale dell'Assessorato al Welfare (DGW) e col Sistema Sociosanitario Regionale (SSR).

Per dare corpo alla necessità di piena e autonoma operatività dell'Agenzia, sono state intraprese azioni di controllo di alto profilo, comportanti verifiche di regolamenti e algoritmi economico funzionali, iniziando a sviluppare "controlli ex ante".

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

Gli **interlocutori principali** dell'Agenzia sono il Consiglio Regionale (i.e. la 3a Commissione Consiliare Competente), la Giunta Regionale, l'assessorato al Welfare e la Direzione Generale Welfare (DGW) che esercitano l'attività programmatica e regolatoria del sistema.

In modo più diretto ed operativo, sono interlocutori le otto Agenzie di Tutela della Salute (ATS), in quanto responsabili dei controlli nei confronti delle strutture erogatrici di servizi e prestazioni, e nei confronti delle quali l'Agenzia svolge funzioni centrali di coordinamento e indirizzo.

ACSS si relaziona inoltre con soggetti erogatori sia di diritto pubblico (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali) che di diritto privato del SSR, che possono essere coinvolte ed interpellate a vario titolo.

1.1 OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici di ACSS sono:

- 1) promuovere l'affinamento e il progressivo sviluppo di **metodologie e strumenti** di vigilanza e controllo, per migliorare efficienza/efficacia delle attività svolte dalle ATS;
- 2) rendere i controlli più omogenei e **limitare la variabilità** nell'azione di controllo tra territori e tra ambiti di valutazione, allineando progressivamente criteri/metodi delle attività di vigilanza e controllo, in particolare tra area sanitaria e sociosanitaria;
- 3) ottimizzare criteri e tempi dei campionamenti, per **orientare le attività di controllo**;
- 4) massimizzare il rapporto benefici/costi delle attività di controllo esercitate dalle ATS, attraverso azioni di **facilitazione/semplificazione**, che liberino risorse umane per

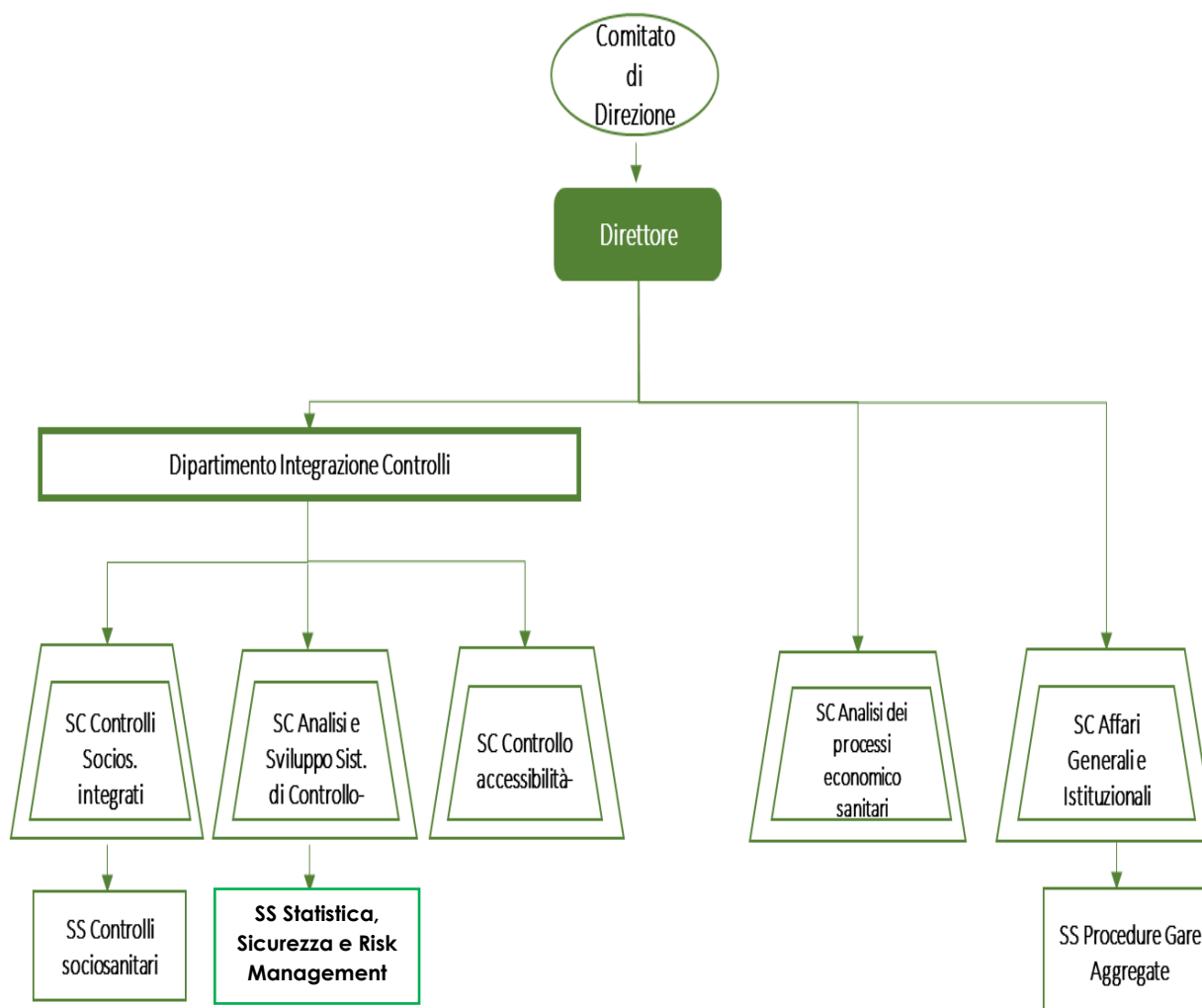
ulteriori approfondimenti (ad es. incrementando automatismi informatici e controlli elettronici, promuovendo la qualità dei dati, ecc.);

- 5) garantire maggior **trasparenza** nelle attività di controllo, facilitando l'accesso degli stakeholder agli esiti degli interventi.

1.2 OPERATIVITÀ DI ACSS

L'assetto organizzativo vigente al 31/12/2019, di seguito rappresentato in fig.1, è coerente con quanto deliberato nel corso del 2017 dal Comitato di Direzione dell'Agenzia:

Figura 1



Con determina n. 87 del 08/11/2019 è stato aggiornato l'assetto organizzativo dell'Agenzia di cui alle determinate n. 79/2017 e n. 81/2017 e pertanto la Struttura Semplice "**Statistica**" è stata rinominata in Struttura Semplice "**Statistica, Sicurezza e Risk Management**".

STRUTTURAZIONE DEL PERSONALE DELL'AGENZIA

Per l'esercizio 2019, in continuità all'attività avviata nel triennio 2016-2018, le attività dell'Agenzia sono state finalizzate al progressivo consolidamento dell'assetto organizzativo e di funzionamento, nel rispetto del tetto massimo fissato dalla DGR 4552 del 10/12/2015,

per creare le necessarie condizioni di stabilità e consolidamento dell'Agenzia, ciò al fine di garantire lo sviluppo e lo svolgimento dei compiti e delle funzioni assegnate dal legislatore.

Le azioni promosse dall'Agenzia nel corso del 2019, aventi l'obiettivo di consolidare il proprio assetto, attraverso il reclutamento delle funzioni mancanti e il perfezionamento di percorsi di assunzione in ruolo, sono state numerose e costanti e ciò a fronte di un contesto organizzativo interno caratterizzato da spiccata dinamicità.

Il 2019 ha inoltre registrato per la prima volta l'introduzione in ACSS di strumenti di programmazione condivisa in materia di politiche di assunzione con gli uffici della Giunta regionale, e al riguardo si richiamano l'adozione del PGRU 2019 (Piano di Gestione delle Risorse Umane), successivamente approvato dalla DGW con decreto n. 14709, e il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2019-2021, approvato con determina del direttore n. 109 del 18.12.2019 e successivamente trasmesso alla DGW per i seguiti procedurali.

Nel corso del 2019 è stato approvato, in previsione di un più articolato intervento, un parziale adeguamento organizzativo con determina n. 87 del 08/11/2019 che ha visto la rivisitazione della declaratoria e/o competenze di n. 2 posizioni dirigenziali e la trasformazione di n.1 profilo del comparto da sanitario ad amministrativo.

Al 31/12/2019 l'organico risulta così composto, oltre al Direttore:

- n. 2 dirigenti dell'area medica
- n. 4 dirigenti di area tecnico-amministrativa
- n. 15 figure professionali di comparto (categorie C-D-DS).

Gli organi di controllo sono Il Collegio Sindacale ed il Nucleo di Valutazione Prestazioni (NVP)

GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Per l'esercizio 2019 la Giunta regionale ha riconosciuto ad ACSS risorse finanziarie pari a complessivi euro 2.800.000 assegnate con Decreto DC Bilancio e Finanza, risorse economico-finanziarie del sistema sociosanitario n. 3838 del 21/03/2019 avente ad oggetto: "Assegnazione, a favore delle ATS, ASST, FONDAZIONI IRCCS, INRCA di Casatenovo, AREU e Agenzia dei Controlli delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l'esercizio 2019".

La gestione economico finanziaria, anche per l'esercizio 2019, ha visto un costante e progressivo impegno nell'inserimento di personale in organico, mediante le diverse modalità di reclutamento previste dal legislatore. Le azioni sono state adottate nel rispetto dei limiti previsti dall'assegnazione stabilita dai competenti uffici della Giunta Regionale, di cui al Decreto DC Bilancio e Finanza, risorse economico-finanziarie del sistema socio sanitario n. 18870 del 20/12/2019 avente ad oggetto: "Assegnazione, a favore delle ATS, ASST, FONDAZIONI IRCCS, INRCA di Casatenovo, AREU e Agenzia dei Controlli delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l'esercizio 2019 a seguito procedure di assestamento. Modifica e integrazione del Decreto N. 12995/2019".

Per quanto attiene lo stato di avanzamento della redazione delle procedure relative al percorso attuativo della certificabilità dei bilanci (PAC) DGR 7009/2017, l'Agenzia di

Controllo ha avviato il percorso di predisposizione delle procedure ritenute applicabili, tenuto conto delle specifiche peculiarità, approvando l'adesione alla sperimentazione con determina n. 88 del 08/11/2019 avente ad oggetto: "Adozione percorso attuativo della certificabilità del bilancio (PAC) dell'Agenzia di controllo del sistema socio sanitario lombardo".

Per quanto attiene l'implementazione del SIOPE+, previsto dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 30 maggio 2018, sistema che consente la trasmissione diretta dei pagamenti alla piattaforma nazionale, l'upgrade è stato effettuato, sulla scorta della vigente convenzione, sul ERP ORACLE di ATS Città metropolitana di Milano, sul quale è presente l'istanza riservata alla gestione del sistema contabile di ACSS.

Nel corso del quarto trimestre 2019 è stata avviata l'implementazione dell'ordine elettronico e accesso al nodo di smistamento degli ordini d'acquisto (NSO) delle amministrazioni pubbliche.

Infine, con nota prot. n. Prot. n. acssl.2019.0000851 del 05/08/2019 avente ad oggetto "Richiesta incremento assegnazione risorse per personale dipendente Agenzia di Controllo del sistema sociosanitario lombardo" l'Agenzia, al fine di poter procedere al completamento dell'assetto organizzativo dell'Agenzia e allo svolgimento delle funzioni ad essa assegnate dal legislatore, nel rispetto del contingente massimo di personale previsto con DGR 4552 del 10/12/2015, ha richiesto l'incremento delle risorse assegnate all'Ente alla voce costo del personale per l'annualità 2019 relativamente ad ulteriori figure professionali da inserire in organico, adeguando tale importo anche per annualità 2020 e successive, nell'ottica del consolidamento dell'Ente.

L'Agenzia a termine dell'esercizio 2019, in relazione ai decreti di assegnazione e integrazione delle risorse economiche sopra citati, ha predisposto per il IV CET una rendicontazione da cui si evince che i costi per la gestione dell'Ente risultano in linea con i vincoli stabiliti dalla Giunta Regionale.

ULTERIORI ATTIVITÀ A SUPPORTO ALLO SVILUPPO DELL'AGENZIA

Pur se l'Agenzia è uscita da tempo dalla fase di avvio per entrare in una fase contraddistinta da maggior stabilità tecnica e organizzativa, permane l'esigenza di mantenere e sviluppare ulteriormente una serie di attività collaterali, non necessariamente di core business, quali ad esempio la redazione di procedure interne funzionali alla razionalizzazione delle attività, e sviluppare una rete consolidata di relazioni con altri Enti del SSL, Università e soggetti che contribuiscano ad "accelerare" la piena espressione della potenziale capacità di ACSS quale risorsa del Sistema Sociosanitario Lombardo. Nello specifico:

1. È stato approvato dal CdD il primo Piano di Comunicazione 2020-2022 di ACSS che declina strategie e obiettivi di comunicazione rivolta a vari stakeholder (Delibera CdD n. 7/2019).
2. Mediante stipula di un apposito Accordo attuativo dell'art. 4 della Convenzione Quadro sottoscritta nel 2018 tra Università degli Studi di Milano e ACSS (Det. 51/2018), è stata erogata nel 2019 attività di Formazione interna sui 'Sistemi di valutazione e misurazione della performance organizzativa e individuale'

3. Sono stati avviati e consolidati i rapporti di ACSS con la UO della Presidenza in capo alla Comunicazione di Regione Lombardia e con gli Uffici DGW che coordinano le attività di Comunicazione.
4. È stata completata nel 2019 l'implementazione del Piano Formativo Aziendale di ACSS (approvato con Det. ACSS 76 del 19/9/2018), ed è stato approvato il PFA 2019, previa ricognizione dei fabbisogni (Det. 36/2019).
5. Il Sito Web è stato sviluppato e popolato, in particolare nella parte di Amministrazione Trasparente.
6. Il 13 dicembre 2019, è stato firmato un **accordo** tra **ACSS** e l'**IZSLER** (Istituto Zooprofilattico Sperimentale Lombardia Emilia-Romagna - "Bruno Ubertini"), per sviluppare progettualità sui temi inerenti la lotta all'Antimicrobico-resistenza e la sorveglianza della Fauna Selvatica. L'accordo dalla durata triennale, rinnovabile, è basato sull'integrazione delle attività svolte nel settore della medicina veterinaria e della medicina umana in ottica **"One Health"**, vale a dire con un impegno congiunto di più discipline professionali che operano per il raggiungimento di una salute ottimale delle persone, degli animali e dell'ambiente. Il documento prevede, inoltre, anche una collaborazione tra i due enti per attività di tipo formativo. L'Agenzia di Controllo e l'Istituto Zooprofilattico, dunque, secondo quanto previsto dal testo dell'accordo, coopereranno per la realizzazione, sul territorio, secondo le rispettive competenze e finalità istituzionali, attraverso il coinvolgimento delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) e delle istituzioni che operano nel settore della prevenzione e della caccia, per compiere analisi e verifiche.

Oltre alla Relazione annuale ANAC 2018 da parte dell'RPCT, pubblicata a gennaio 2019, è stato aggiornato il PTPCT 2019-2021 (Determina n. 4/2019) e sono state implementate le azioni previste per l'annualità 2019 (monitoraggio dei rischi, sistema informatizzato di tutela del segnalante "whistleblowing", modulistica per acquisire informativa sul 'pantouflage', adozione procedure per Accesso Civico, Iniziative formative su Trasparenza, approvazione Piano delle Performance 2019-2021).

2 ATTIVITÀ "CORE"

Il ruolo dell'ACSS sancito dalla LR 23/2015 è stato oggetto nel 2017 di ripetuti confronti e approfondimenti nel SSL. Esito di tale dibattito ha portato la Giunta a meglio circoscrivere le competenze di ACSS e le rispettive responsabilità della DGW, delle ATS e dell'Agenzia nell'esercizio di funzioni di controllo. Si rimanda nel merito al testo delle Regole di Sistema 2018 (Allegato alla DGR X/7600/2017 – paragrafo 4.7. Indicazioni di programmazione per le attività di controllo, pag. 156). Nel confermare il ruolo di indirizzo e coordinamento dell'Agenzia nei confronti delle ATS, esercitata principalmente attraverso il Piano annuale dei Controlli e dei Protocolli (PCP), le Regole 2018 hanno stabilito che la titolarità ispettiva e sanzionatoria resti in capo alle ATS e che la definizione dei tempi di esecuzione e dei volumi di controllo competa alla DGW, unitamente ad altri compiti rilevanti ai fini del controllo. Sempre più si evidenzia quindi che la Regione non ha inteso assegnare all'Agenzia una decisa connotazione gerarchica nei confronti delle ATS e degli erogatori del sistema, bensì

un ruolo di indirizzo e coordinamento che si traduce nella definizione di strategie generali, indicazioni su nuovi approcci di controllo e proposte di approfondimento.

2.1 PIANO DEI CONTROLLI E DEI PROTOCOLLI - LETTERA A) DEL COMMA 4 ART.11 L.R. 33/2009 E S.M.I.

In ottemperanza al mandato della L.R. 33/2009 e s.m.i, il Piano dei Controlli e Protocolli Quadro (nel seguito PCPQ) è il principale strumento per monitorare e coordinare l'attività di vigilanza e controllo svolta dalle ATS sulle unità di offerta.

Con la Delibera n.6 del 08/10/2019 il Comitato di Direzione ha adottato la proposta avente ad oggetto: "Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro 2020" e ha demandato al Direttore dell'Agenzia gli adempimenti conseguenti all'adozione del provvedimento, con particolare riguardo alla sua trasmissione alla Giunta Regionale per i seguiti di competenza di cui al comma 4, lett. a), art. 11 l.r. n.33/2009 s.m.i. Inoltre, ha disposto la sua pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente", al fine di ottemperare agli adempimenti in tema di trasparenza di cui al D. lgs. n. 33/2013 e s.m.i, senza gli allegati e rinviando la pubblicazione degli stessi alla conclusione della procedura di approvazione di cui al comma 4, lett. a), art. 11 l.r. n.33/2009 s.m.i.

In data 14/10/2019 la Direzione Generale Welfare (*prot. G1.2019.0034142*), ha acquisito il Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro 2020 presentato dall'Agenzia dei Controlli. Effettuate le dovute verifiche, in particolare sulla coerenza dello stesso con la programmazione regionale, anche alla luce delle Regole di sistema per l'anno 2020, approvate con DGR n. X/2672 del 16 dicembre 2019, la Direzione Generale Welfare in data 25/11/2019 (*prot. G1.2019.0034495*) ha comunicato l'esito di tale verifica all'Agenzia di Controllo.

L'Agenzia di controllo ha accolto la proposta e con nota (*prot. ACSS1.2019.0001406*) del 16/12/2019, ha trasmesso il documento integrato con le osservazioni suggerite dalla Direzione Generale Welfare.

La Giunta con DGR XI/2702 del 23/12/2019, preso atto del "Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro 2020" e dei relativi allegati nella sua versione integrata, proposto dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo in data 17/12/2019 (*prot. G1.2019.0041723*), ha richiesto il parere della Commissione consiliare competente.

Con nota *Prot. CRL.2020.0000114* del 07/01/2020 il Presidente del Consiglio regionale ha trasmesso, per l'acquisizione del parere, la deliberazione della Giunta, al Presidente della Commissione consiliare III.

In data il 29/01/2020, la Commissione consiliare III si è espressa con parere favorevole, senza rilievi.

Alla data di stesura del presente documento, è atteso il completamento dell'iter deliberativo.

2.2 RAPPORTI CON LE ATS E I PIANI DI CONTROLLO TERRITORIALI

Ai sensi del comma 4 lettera c) dell'art 11 della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n.33, che prevede che l'Agenzia *"definisce gruppi di lavoro multidisciplinari, attingendo alle strutture di cui alla lettera a) provenienti da più ATS, per l'effettuazione di diverse tipologie di controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie"*, nel corso del 2019, tavoli di lavoro e incontri di approfondimento con le ATS, hanno mantenuto e consolidato il dialogo costruttivo volto alla crescita del sistema. Dai confronti sono emerse criticità e identificati **ambiti di possibile miglioramento**, tra questi:

- **disomogeneità/eterogeneità** di approccio nelle azioni di controllo, sia tra équipe territoriali diverse, sia tra aggregazioni territoriali all'interno della stessa ATS. Ciò rappresenta la critica principale che gli enti erogatori pongono a carico del sistema di controllo.
- **frammentazione** tra funzioni di vigilanza e controllo di appropriatezza e tra attività in capo a strutture/dipartimenti con competenze diverse.
- è stato rilevato che alcuni requisiti di accreditamento sono **obsoleti** e che vi è necessità di armonizzare i criteri di erogazione delle sanzioni.
- parziale **scostamento tra adempimenti** previsti dalle Regole di Sistema/DGR vigenti e attività di controllo programmata dalle ATS. Dal confronto con le ATS è emerso che non tutti gli adempimenti previsti sono oggetto di esplicita verifica, a volte per carenze nei flussi informativi, a volte per ragioni di natura organizzativa.

Ai sensi del comma 4 lettera a) dell'art 11 della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n.33, che prevede che l'Agenzia *"predispone e propone alla Giunta regionale che lo approva, previo parere della commissione consiliare competente, il piano annuale dei controlli e dei protocolli; la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS deve essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei medesimi. Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL s'intendono, esclusivamente per l'esercizio di tale attività, funzionalmente collegate con l'Agenzia di controllo, che ne coordina le attività verificando la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS"*, nel corso del 2019 sono stati validati i Piani Territoriali delle ATS, previa verifica di coerenza con il Piano dei Controlli "Quadro" in vigore.

2.3 ANALISI ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO SOCIOSANITARIA 2019

Tutte le unità di offerta sociosanitarie sono sottoposte a controllo di vigilanza e di appropriatezza nei termini, con le modalità e i volumi definiti della normativa vigente e aggiornati dalla Regole di sistema annuali. Gli esiti dei controlli di vigilanza e di appropriatezza vengono semestralmente trasmessi alla DG Welfare e ad ACSS. I controlli di vigilanza sono volti alla verifica del possesso e/o del mantenimento dei requisiti generali e specifici, di esercizio e di accreditamento, che comprendono i requisiti soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici. La funzione di controllo è finalizzata invece alla verifica dell'erogazione appropriata delle prestazioni e della correttezza della loro rendicontazione in accordo con quanto riportato nella DGR1765/2014. In entrambi i casi le ATS hanno a disposizione degli strumenti di registrazione dei controlli che effettuano, ovvero checklist e verbali. Costituisce un adempimento verso Regione Lombardia (RL) la registrazione e la trasmissione semestrale dell'attività condotta.

ACSS ritiene fondamentale analizzare e valutare le attività di controllo messe in atto e gli esiti, sia ai fini del monitoraggio che alla programmazione/orientamento dei controlli futuri. Si evince che sia fondamentale che la fonte informativa attualmente adottata per la rendicontazione dell'attività svolta da parte delle ATS possa essere completa, esaustiva e correttamente compilata.

Obiettivo:

Gli obiettivi dell'analisi sono così sintetizzabili:

- comprendere la qualità informativa del flusso in termini di correttezza e completezza delle informazioni;
- fornire una visione globale di come operano sul territorio le ATS in termini di omogeneità di rendicontazione e di attività svolta e una visione più dettagliata sulle singole ATS ai fini comparativi;
- comprendere se i controlli effettuati sono coerenti con l'attività pianificata nei Piani di controllo delle ATS e coerenti con le disposizioni regionali;
- identificare e definire eventuali correttivi che possano riguardare sia le modalità di rendicontazione dell'attività; e, delineare eventuali proposte e raccomandazioni da fornire alle ATS e a Regione Lombardia.

Esito:

Il lavoro ha evidenziato le attuali criticità di un sistema di rilevazione dell'attività di controllo di vigilanza che necessita di revisioni, in termini di qualità /completezza dei dati inseriti, fondamentali per la verifica degli adempimenti alla normativa da parte delle ATS, e in termini di funzionalità dello strumento di rendicontazione. Si ritiene importante che lo strumento sia revisionato in modo le ATS possano inserire in modo esaustivo le informazioni necessarie a documentare l'attività di controllo e che le ATS siano responsabilizzate nella corretta compilazione e sia revisionato tenendo conto che gli strumenti devono poter essere utilizzati e consultati agilmente, cosa ad oggi non possibile. Il lavoro è stato presentato alle ATS e costituirà base informativa per gli approfondimenti previsti nel 2020.

Conclusioni/Raccomandazioni: ACSS vede nella rendicontazione dell'attività di vigilanza e controllo di appropriatezza, l'opportunità di dare risposta ai seguenti obiettivi: la verifica della corrispondenza dell'attività di controllo programmata e svolta dalle ATS con quanto indicato dalla normativa (sia con considerazioni sull'attività annuale che, in prospettiva, anche una visione triennale dei controlli); l'analisi dell'attività secondo diversi driver (ATS, periodo temporale, tipologia di verifica, modalità operative delle ATS nella gestione annuale/triennale, tipologie di requisiti etc.) in modo da avere informazioni affidabili per comprendere da un lato la completezza e l'efficacia del controllo, dall'altro valutare anche la trasferibilità di metodi e approcci ottimali; la comprensione di quanto si verifica sul territorio e la possibile evoluzione al fine di comprendere le esigenze emergenti e adeguare, qualora necessario, la normativa; la possibilità di avere a disposizione un archivio / database facilmente consultabile delle verifiche svolte e dei relativi esiti, possibilmente integrato con l'anagrafica delle UDO, in modo da avere una fonte di supporto allo svolgimento della propria attività e alla programmazione di quella futura.

2.4 LE SANZIONI AMMINISTRATIVE IN AMBITO SANITARIO E SOCIOSANITARIO

La violazione delle disposizioni nazionali e regionali inerenti all'esercizio di attività sanitaria o sociosanitaria è soggetta all'applicazione delle sanzioni amministrative previste dall'articolo 27 quinquies della L.R. 33/2009 e s.m.i.

Ai sensi di tale articolo, l'inosservanza delle disposizioni relative ai requisiti richiesti per l'esercizio di attività sanitarie o sociosanitarie, o per l'accreditamento, e l'inosservanza delle disposizioni relative alla rendicontazione delle prestazioni erogate e al rispetto dei criteri di

appropriatezza specifica e generica di erogazione delle prestazioni comportano l'applicazione di sanzioni amministrative pecuniarie.

Tenuto conto del trasferimento da parte della Regione della titolarità della funzione in materia di vigilanza e controllo sanitaria e sociosanitaria, ex D.Lgs 502/1992, è attribuito alle ATS il potere sanzionatorio per le violazioni previste in tali ambiti.

L'ordinamento vigente assegna alla ACSS la funzione di coordinamento delle attività di controllo dei soggetti erogatori da parte delle ATS, nonché la raccolta e l'analisi dei dati che derivano dall'attività di controllo.

Nel corso dell'anno 2019 l'ACSS ha:

- effettuato una ricognizione delle sanzioni amministrative comminate dalle ATS relativamente all'anno 2018, ai sensi dell'articolo 27 quinquies della L.R. 33/2009 e s.m.i.;
- attivato un debito mensile per la ricognizione di diffide, sanzioni amministrative, penali, decurtazioni economiche in ambito sociosanitario;
- attivato un gruppo di lavoro con le ATS.

Obiettivo:

Gli obiettivi principali sono stati:

- fornire una rappresentazione completa dell'attività sanzionatoria delle ATS relativamente al 2018;
- fornire una rappresentazione preliminare dell'attività sanzionatoria delle ATS relativamente al 2019, considerando i dati raccolti dal flusso sperimentale;
- confrontare gli esiti con quanto emerso negli anni precedenti;
- identificare le aree di difformità tra le ATS e di criticità per avviare un percorso condiviso.

Gli obiettivi specifici individuati sono stati i seguenti: analisi del processo sanzionatorio delle ATS e aderenza alla normativa; confronto delle modalità di accertamento dell'illecito e applicazione delle sanzioni tra ATS con la finalità di evidenziare variabilità, scostamenti e livello di formalizzazione delle procedure; presentazione dei risultati dell'analisi comparata.

Esito:

Il lavoro ha confermato: una non omogenea applicazione della normativa sanzionatoria da parte delle ATS; criticità nell'applicazione delle sanzioni in tema di inappropriatezza delle prestazioni /errata classificazione degli ospiti in ambito sociosanitario e nell'interpretazione della normativa; la necessità di avviare un percorso con le ATS volto a favorire il confronto sull'applicazione della norma, una condivisione delle criticità nell'applicazione; una gestione del percorso della sanzione da quando viene comminata alla riscossione (se non annullata) che vede diverse articolazioni aziendali coinvolte nei diversi passaggi e una mancanza di un coordinamento centrale del processo; un aumento del ricorso alle sanzioni nel corso dell'ultimo anno; scarsa applicazione delle penali contrattuali.

Conclusioni/Raccomandazioni: La reintroduzione della sanzione amministrativa sull'appropriatezza delle prestazioni rende opportuna un'integrazione normativa per la definizione della soglia di sanzionabilità. Andrebbe inoltre costruito un raccordo organico tra sanzioni, penali contrattuali ed altre penalizzazioni economiche. Infine, l'ACSS conferma la necessità di tracciare le azioni conseguenti all'individuazione di carenze e violazioni, riproponendo il flusso strutturato, periodico ed omogeneo, riferito sia alle sanzioni, diffide,

penali contrattuali e decurtazioni economiche, con lievi correttivi finalizzati ad una semplificazione ed ottimizzazione della compilazione, i cui dati costituiscono un elemento informativo essenziale per il tavolo di lavoro sulle sanzioni attivato e che vede la partecipazione di ATS e DGW.

2.5 PROGETTUALITÀ SPERIMENTALI, PER "ELEMENTI INNOVATIVI"

ACSS ha analizzato il controllo esercitato dai Nuclei Operativi di Controllo (NOC) delle ATS sull'attività di ricovero e ambulatoriale.

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

Obiettivo:

Ricerca di adesioni volontarie di alcune ATS a progettualità sperimentali, per "elementi innovativi".

Esito:

È stato avviato nel dicembre 2019 un tavolo di lavoro permanente, in collaborazione con ATS per i controlli NOC, avente come obiettivo quello di avviare un confronto costruttivo tra gli operatori delle varie ATS, utile anche a favorire l'omogeneità dei comportamenti nelle attività di controllo svolte dai NOC, sia sui ricoveri che sull'ambulatoriale.

I principali scopi sono quindi:

- condividere conoscenze ed esperienze dei NOC nell'ambito delle attività di controllo in tutte le sue fasi;
- confronto tra le parti sulle modalità di applicazione delle indicazioni e delle regole regionali in tema di controlli NOC;
- individuare e definire comportamenti il più possibile omogenei per l'applicazione delle regole di controllo;
- ottimizzare e condividere le modalità di campionamento.

A tal proposito nel corso del tavolo di lavoro permanente dei NOC verrà proposta alle ATS partecipanti, su base volontaria e in modalità sperimentale, una fase di test e di validazione del modello predittivo proposto da ACSS nel PCPQ 2020, integrando il campionamento effettuato dalle ATS (controllo di congruenza) con il campionamento probabilistico.

2.6 PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI SUI BLOCCHI OPERATORI E NEI PRONTO SOCCORSO

Allo scopo di favorire un sistema di vigilanza e controllo basato su un comune approccio, ACSS intende rinforzare la collaborazione con le ATS e con la DG Welfare e ha pertanto attivato un tavolo di lavoro permanente, congiunto, al fine di condividere strumenti e modalità operative atti a uniformare i controlli sui blocchi operatori.

Obiettivo:

Pianificazione dei controlli sui Blocchi operatori

Esito:

È stato avviato un tavolo di lavoro permanente, in collaborazione con ATS e il coinvolgimento di DG Welfare, al fine di definire uno specifico programma/piano di verifiche sui Blocchi operatori, finalizzato a favorire un sistema di vigilanza e di controllo basato sul comune approccio e l'omogenea interpretazione/applicazione della vigente normativa. Dall'avvio del tavolo, il gruppo di lavoro si è già riunito più volte. Durante gli incontri sono stati presi in esame e analizzate tematiche di interesse comune atte a definire/tracciare gli ambiti e le attività di controllo dello specifico piano.

Il principale scopo del tavolo permanente è di definire e attuare, in modo uniforme e standardizzato, un piano specifico di controlli sui Blocchi operatori, per dare avvio a verifiche omogenee che permettano di giungere ad una mappatura dello specifico contesto. Ulteriori scopi, sono:

- favorire la condivisione di informazioni, strumenti e modalità organizzative, in un'ottica di cooperazione tra i vari membri del gruppo;
- favorire il confronto costruttivo tra i membri del gruppo.

2.7 PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI SU LICEITÀ ORGANIZZATIVA E GESTIONALE DELLE COOPERATIVE DEDICATE ALLA PRESA IN CARICO

Come precisato dalla DGR 1863 del 9/7/2019, il processo di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in Lombardia è un percorso in progressiva e in continua evoluzione finalizzato a sviluppare un modello ottimale e sostenibile di gestione della cronicità. ACSS ha la funzione centrale di controllo sulla presa in carico, assegnatale dalla legge istitutiva (LR 23/2015, art. 11, comma 4) e dalla DGR 6502 del 21.04.2017, che stabilisce che l'Agenzia fornisca indirizzi di controllo sull'aderenza ai Piani Assistenziali Individuali (PAI) sulla base delle modalità definite dalla programmazione regionale.

Obiettivo:

Pianificazione dei controlli su liceità organizzativa e gestionale delle Cooperative dedicate alla Presa in carico.

Esito:

In ottemperanza a tale obiettivo, sono stati riportati nel PCPQ-2020 gli indirizzi per il controllo della presa in carico congruenti con le indicazioni delle delibere di Giunta. Nel corso del 2020 verranno promossi momenti di confronto con le DGW/ATS (gruppi di lavoro su problematiche specifiche, condivisione di criteri e strumenti di controllo).

Nello specifico, all'interno del PCPQ 2020 è stato chiesto alle ATS di esplicitare, nei rispettivi Piani di Controllo:

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

2.8 COLLABORAZIONI ESTERNE

Nell'ottica dell'utilità che una proficua collaborazione tra ACSS e DGW possa generare, nell'anno 2019, sono state attivate delle collaborazioni atte a mappare alcune aree di interesse, comune, sul territorio regionale. La collaborazione tra le strutture: SC Controlli

Sociosanitari Integrati di ACSS e l'UO Prevenzione – Struttura Malattie infettive, Vaccini e Performance vaccinali della DGW, ha riguardato i seguenti ambiti:

- Vaccinazioni viaggiatori internazionali. Tempi di attesa e dati economici.
- Sorveglianza morbillo e rosolia e attuazione di idonee misure per contenere il rischio di contagio all'interno del setting assistenziale. Verifica sulle modalità operative;
- Epidemia di Virus Ebola (MVE), indagine conoscitiva nell'ambito delle ATS di Regione Lombardia;
- Epidemia di Malattia Virus Ebola (MVE). Verifica sulle modalità operative nell'ambito ASST di Regione Lombardia.

Obiettivo:

Mappare il territorio per favorire il miglioramento della qualità di offerta delle strutture erogatrici e la sicurezza delle cure erogate nell'ambito del SSR.

Esito:

- ***Vaccinazioni viaggiatori internazionali. Tempi di attesa e dati economici.***

I recenti indirizzi regionali (DGR 7629/2017 e la DGR 1986/2019, nota G1.2019.0002170 del 17.01.2019 e la nota G1.2019.0028887 del 22.08.2019) hanno ampliato e ridefinito le modalità di offerta delle vaccinazioni dei viaggiatori internazionali. In merito alla capacità di offerta si richiama quanto previsto dal PRPV (DGR 7629/2019) per ogni centro vaccinale "Sarà necessario pianificare l'attività, con incremento dell'offerta nei periodi di massima affluenza, al fine di soddisfare le richieste prioritariamente dei residenti della ATS di riferimento in tempi utili per garantire la protezione prima del viaggio fermo restando che non sono previste limitazioni territoriali per l'accesso ai servizi di profilassi internazionale". Allo scopo di mappare lo stato dell'offerta sul territorio regionale, in raccordo, per gli aspetti di competenza, con la U.O. Prevenzione-Struttura Malattie Infettive, Vaccinazioni e Performances della Prevenzione della DG Welfare, è stata condotta un'indagine conoscitiva. I dati raccolti sono stati elaborati e analizzati. Riscontro e indicazioni in merito verranno forniti agli erogatori attraverso report con dati aggregati non appena le condizioni di contingenza, legate alla diffusione della pandemia, lo consentiranno.

- ***Sorveglianza morbillo e rosolia e attuazione di idonee misure per contenere il rischio di contagio all'interno del setting assistenziale. Verifica sulle modalità operative;***

Secondo i dati epidemiologici la Lombardia nel 2019 ha registrato, nel periodo gennaio - settembre, 486 casi di morbillo (le classi di età con maggiore frequenza di casi sono 30-34 anni con 102 casi, 0-4 anni con 62 casi, 25-29 anni con 64 casi e 35-39 anni con 63 casi). Si segnala altresì che si sono registrati 10 casi di rosolia di cui 3 in donne in età fertile. Al fine di verificare l'attuale capacità operativa del SSR in tema di sorveglianza di morbillo e rosolia, in raccordo, per gli aspetti di competenza, con la U.O. Prevenzione-Struttura Malattie Infettive, Vaccinazioni e Performances della Prevenzione della DG Welfare, è stata condotta un'indagine conoscitiva. Attualmente, dopo aver sollecitato alcuni riscontri, siamo in attesa di elaborare il report finale. Riscontro e indicazioni in merito verranno forniti agli erogatori attraverso report con dati aggregati non appena le condizioni di contingenza, legate alla diffusione della pandemia, lo consentiranno.

- ***Epidemia di Virus Ebola (MVE), indagine conoscitiva nell'ambito delle ATS di Regione Lombardia;***

Con riferimento alla nota della DG Welfare del 11/09/2019 prot. G1.2019.0030239 - circolare 0026116-04/09/2019-DGPRES-MDS-P, con oggetto "Malattia da Virus Ebola, aggiornamento del protocollo centrale di gestione dei casi e dei contatti", al fine di verificare la capacità di risposta del nostro sistema sanitario in tema di gestione e tempestiva individuazione degli eventuali casi di ebola, in raccordo, per gli aspetti di competenza, con la U.O. Prevenzione-Struttura Malattie Infettive, Vaccinazioni e Performances della Prevenzione della DG Welfare, è stata condotta un'indagine conoscitiva sulle ATS di Regione Lombardia. A seguito dell'analisi dei dati e della stesura di un report, al fine di restituire un ritorno informativo, sui dati emersi, con nota prot. acss1.2019.0001405 del 16/12/2019 è stato fornito riscontro alle singole ATS. L'indagine è stata estesa anche alle ASST e avviata a gennaio 2020.

- ***Epidemia di Malattia Virus Ebola (MVE). Verifica sulle modalità operative nell'ambito ASST di Regione Lombardia.***

Con riferimento alla nota della DG Welfare del 11/09/2019 prot. G1.2019.0030239 - circolare 0026116-04/09/2019-DGPRES-MDS-P, con oggetto "Malattia da Virus Ebola, aggiornamento del protocollo centrale di gestione dei casi e dei contatti", al fine di verificare la capacità di risposta del nostro sistema sanitario in tema di gestione e tempestiva individuazione degli eventuali casi di ebola, in raccordo, per gli aspetti di competenza, con la U.O. Prevenzione-Struttura Malattie Infettive, Vaccinazioni e Performances della Prevenzione della DG Welfare, con **nota prot. acss1.2020.0000353 del 29/01/2020** è stata avviata un'indagine conoscitiva sulle ASST di Regione Lombardia. Siamo in attesa di una quota di riscontri non ancora pervenuti (temine ultimo 28 febbraio 2020), che a causa della pandemia attualmente in atto stanno subendo dei ragionevoli e giustificati ritardi.

Ritenendo sovrapponibili le misure assistenziali per la gestione dei casi sospetti e/o accertati (dall'isolamento alla scelta e utilizzo dei DPI) della malattia da virus ebola con la malattia da n.Cov-2019, all'interno della stessa nota è stata raccomandata l'ottemperanza alle indicazioni/raccomandazioni fornite dal Ministero della Salute con nota prot. n.0001997-22/01/2020- DGPRES-DGRE-P "Polmonite da nuovo coronavirus (2019-nCov) in Cina".

2.9 TAVOLO DI LAVORO SULLA VIGILANZA DELLE FARMACIE

Obiettivo:

Superando la visione dell'attività di controllo come mero adempimento burocratico, ACSS ha istituito nel 2019 un Tavolo di Lavoro (TdL) in tema di vigilanza delle farmacie con l'intento di:

- omogeneizzare i comportamenti delle commissioni in fase ispettiva;
- attraverso l'applicazione della metodologia della graduazione del rischio al verbale di ispezione ordinaria, proporre un campionamento mirato delle farmacie da sottoporre ad ispezione che orienti i controlli verso le farmacie considerate a maggior rischio, nel rispetto della normativa e delle peculiarità territoriali di ciascuna ATS.

Metodi:

Il Tavolo di Lavoro permanente sulla vigilanza delle farmacie è stato istituito ed è coordinato da ACSS e vede la partecipazione di 8 (otto) specialisti in tema di vigilanza farmaceutica indicati dalle direzioni strategiche di tutte e otto le ATS Lombarde. A seconda del tema trattato in ciascuna riunione, hanno preso parte ai lavori del tavolo esperti esterni; in un'ottica di collaborazione istituzionale e nel rispetto dei reciproci ruoli, ACSS ha ritenuto invitare a ciascuna riunione un rappresentante della Struttura Farmaco, Dispositivi e HTA di Direzione Generale (DG) Welfare.

È stata registrata una partecipazione proattiva al Tavolo da parte dei referenti di ciascuna ATS non solo durante le riunioni mensili, ma anche preliminarmente ad esse attraverso lavori propedeutici alla discussione su diversi temi proposti. La condivisione e il confronto precipui di questa modalità di lavoro hanno inoltre consentito di far emergere dalle esperienze dei partecipanti alcune best practice da diffondere sul territorio regionale con eventuali opportuni adattamenti.

Il TdL è stato avviato in data 06 marzo 2019 e si è riunito con cadenza mensile con lo scopo di applicare il metodo della graduazione del rischio al verbale di ispezione ordinaria¹. I componenti del TdL hanno esaminato le tematiche che costituiscono i punti (item) del verbale rilasciato da Regione Lombardia, suddivisi in 10 (dieci) sezioni, approfondendo la normativa che li disciplina e le eventuali azioni che si possono avviare in caso di inadempienza. La valutazione del rischio per ogni item è stata effettuata considerando non solo le conseguenze dell'inadempienza, ma il complesso di elementi che definiscono il significato intrinseco dell'item. Tali elementi sono stati tradotti in 6 (sei) dimensioni di rischio (adempimenti amministrativi, sicurezza/tutela del paziente, trasparenza ed accessibilità delle informazioni al cittadino, deontologia professionale, tutela dei dipendenti, economica) che il TdL ha analizzato e valutato singolarmente. Per ogni item, ad ogni dimensione individuata come rilevante il TdL ha attribuito un peso (da 0.05 a 1, con passo pari a 0.05), associato a una fascia di rischio (bassa: 0.05-0.25; media: 0.30-0.50; alta: 0.55-1.00); ad ogni item è stato quindi assegnato un peso totale, dato dalla media delle sole dimensioni individuate come rilevanti, e anch'esso rientrante in una delle tre fasce di rischio. In questo modo, ad ogni verbale potrà essere attribuito un punteggio derivante dalla somma dei pesi degli item che in fase di ispezione sono risultati violati: al crescere delle irregolarità riscontrate, crescerà il punteggio complessivo di ciascun verbale.

Sintesi:

Tutti i 76 item previsti dal verbale di ispezione ordinaria delle farmacie sono stati collegialmente discussi e i componenti del TdL hanno valutato e approvato per ogni item il peso per le dimensioni considerate rilevanti e il peso totale.

¹ Il format di verbale unico regionale da utilizzare durante la fase ispettiva è stato ufficializzato da DG Welfare con nota G1.2017.5474; nel corso del 2018, inoltre, DG Welfare ha dato disposizioni alle ATS di adottare quale strumento di programmazione e rendicontazione dell'attività ispettiva il software gestionale messo gratuitamente a disposizione delle ATS da parte dell'Ordine dei Farmacisti di Milano, Lodi e Monza-Brianza.

Esito:

A formalizzazione di quanto svolto dal TdL, nel corso del 2020 verrà rilasciato un documento che illustrerà l'applicazione della metodologia della graduazione del rischio al verbale di ispezione ordinaria delle farmacie.

La metodologia di campionamento individuata sarà oggetto nel 2020 di una sperimentazione nelle ATS Città Metropolitana di Milano e ATS della Brianza che, avendo già da tempo adottato l'utilizzo dell'applicativo informatico e avendo già predisposto un archivio informatizzato degli esiti dei verbali delle ispezioni condotte nel biennio 2018-2019, dispongono delle informazioni necessarie per poter procedere a un campionamento mirato delle farmacie. L'analisi degli esiti di tale sperimentazione consentirà di individuare eventuali correttivi e/o integrazioni metodologiche che, a seguito di validazione da parte di tutti i componenti del TdL, verranno apportati al metodo dando avvio all'ultima fase del progetto (2021), durante la quale si prevede di estendere l'utilizzo degli esiti della metodologia a tutte le ATS Lombarde.

2.10 MAGGIORAZIONI TARIFFARIE - LETTERA F) DEL COMMA 4 ART.11 L.R. 33/2009 E S.M.I.

L'art.11, comma 4 lettera f) della Legge Regionale 33/2009 e s.m.i., attribuisce all'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (di seguito ACSS) il compito di valutare la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione delle maggiorazioni tariffarie di cui all'art. 27 bis².

Per l'anno 2018 ACSS ha assolto al mandato producendo una "Relazione sulle maggiorazioni tariffarie", approvata con Determinazione n. 6 del 14/02/2018, agli atti presso la competente struttura di ACSS. Nella documentazione prodotta sono state formulate raccomandazioni e suggerimenti e si sottolineava la necessità di avviare e concludere l'iter procedurale di assegnazione delle quote spettanti per le annualità 2013-2017. DG Wefare ha avviato l'iter formulando preventiva richiesta ad ACSS, in data 02/08/2018, di produzione di un audit finalizzato ad assicurare la corretta applicazione delle disposizioni regionali vigenti sul tema delle maggiorazioni.

La relazione di audit prodotta da ACSS "Valutazione metodologica preventiva di proposta di completamento dell'iter di attribuzione dell'istituto delle maggiorazioni tariffarie ex art. 27 bis L.R. 33/2009 per gli anni 2013-2019" è stata trasmessa a DG Welfare in data 12/11/2018. L'analisi condotta, pur limitandosi a valutare un procedimento parziale ed in itinere, e quindi passibile di possibili modifiche, aveva fatto emergere, oltre ad indicazioni puntuali per ogni singola fase del processo di definizione degli importi, anche una serie di interventi correttivi di carattere generale. In primo luogo, è stata messa in evidenza la necessità di revisionare l'allegato tecnico alla DGR 350/2010 e s.m.i. affinché venissero individuati indicatori che, pur rimanendo coerenti con quanto previsto dall'art.27 bis L.R. 33/2009 e s.m.i., fossero maggiormente aderenti alla finalità dell'istituto delle maggiorazioni; in secondo luogo è stato suggerito di valutare lo snellimento del processo complessivo

² Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - poli universitari.

attraverso la semplificazione dell'iter burocratico di presentazione delle istanze e, nell'ottica della trasparenza, di esplicitare una definizione puntuale delle singole fasi dell'algoritmo. DG Welfare, con DGR 1403 del 18/03/2019, ha recepito l'audit prodotto da ACSS ed ha provveduto ad espletare l'iter di assegnazione dei saldi spettanti per le annualità 2012-2017. Dal momento che la modalità di lavoro condotta da ACSS è subordinata all'emanazione, da parte di DG Welfare, di un atto regionale che identifichi gli importi e le strutture beneficiarie, in assenza dello stesso per le annualità successive (2018 e 2019), non è stato possibile produrre ulteriori valutazioni.

2.11 PROCEDURA PER IL SOCCORSO, RECUPERO, TRASPORTO E SMALTIMENTO DELLA FAUNA SELVATICA OMEOTERMA FERITA A SEGUITO D'INCIDENTE STRADALE O IN DIFFICOLTÀ: SPERIMENTAZIONE ATS INSUBRIA

Obiettivo:

Lo scopo è quello di omogenizzare gli interventi di primo soccorso e di eventuale trasporto degli animali selvatici feriti o in difficoltà sul territorio di competenza dell'ATS Insubria, eliminando i fattori discrezionali dei singoli operatori, rendendo gli interventi più efficaci e sicuri, nel rispetto delle disposizioni della D.G.R: XI/1389 del 18 marzo 2019.

Metodi:

Si è proceduto in data 02 ottobre 2019 ad inviare alle singole ATS della Lombardia una richiesta di eventuali suggerimenti e criticità emerse dopo alcuni mesi dall'applicazione della D.G.R. XI/1389 del 18 marzo 2019. I dati raccolti sono stati esaminati e sono stati oggetto dello sviluppo di una relazione inviata alle Direzioni Agricoltura e Welfare.

Sintesi:

A seguito della raccolta delle criticità emerse è stata prodotta una procedura d'intervento per il soccorso dell'animale selvatico ferito o in difficoltà. La procedura ha dettagliato tutti i passaggi da attuarsi dal momento della segnalazione della presenza di un animale selvatico ferito o in difficoltà fino alla fine dell'intervento del Medico Veterinario dell'ATS. È stata inoltre predisposta una check list, da applicare in via sperimentale sul territorio di ATS Insubria, che permetterà di raccogliere in modo omogeneo tutti i dati relativi alle operazioni effettuate dal Medico Veterinario intervenuto sul posto.

Esito:

L'analisi puntuale dei dati raccolti con la Check list durante il periodo di sperimentazione della procedura d'intervento permetterà, seppur applicata al solo territorio dell'ATS Insubria, di proporre eventuali suggerimenti e/o modifiche alle normative di settore vigenti, al fine di migliorare le performance sia in termini di appropriatezza dell'intervento sia in termini di risparmio delle risorse.

2.12 PROCESSO DI ATTRIBUZIONE DELL'INCREMENTO TARIFFARIO PER LA RIABILITAZIONE INTENSIVA AD ALTA COMPLESSITÀ (IAC)

Obiettivo:

Nasce originariamente come ampliamento di indagine conseguente all'assolvimento del mandato di valutare la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione

della remunerazione delle funzioni non tariffabili, analizza il processo di attribuzione degli incrementi e decrementi tariffari per la riabilitazione intensiva ad alta complessità (IAC) e si pone come obiettivi:

- fornire suggerimenti per il miglioramento del processo di attribuzione della modulazione tariffaria;
- ricavare indicazioni da proporre alle ATS per la verifica della sussistenza dei requisiti individuati dalla norma come presupposto per l'accesso alla modulazione tariffaria prevista per l'alta complessità riabilitativa.

Metodi:

ACSS ha provveduto a tradurre in fasi i contenuti delle disposizioni regionali in tema; dall'analisi di ciascuna fase sono esitati suggerimenti e/o raccomandazioni per il superamento delle criticità emerse e per una maggiore trasparenza del sistema di attribuzione delle modulazioni tariffarie.

ACSS inoltre ha prodotto, a seguito di un'elaborazione dei dati contenuti nel flusso SDO relativi all'annualità 2017, una simulazione al fine di verificare che i presupposti per l'accesso alla modulazione fossero rispettati.

Sintesi:

Le osservazioni derivanti dagli approfondimenti normativi, per il cui dettaglio si rimanda al documento integrale, evidenziano che il processo di riclassificazione introdotto dalle disposizioni regionali è rimasto parzialmente incompiuto, rendendo fragile i presupposti sulla cui base si appoggia il sistema di modulazione tariffaria che è a tutt'oggi ancora in vigore e che si basa sui seguenti criteri:

INCREMENTO DEL +8% ALLA TARIFFA BASE PER STRUTTURE ACCREDITATE CON QUALIFICA IAC

- UUOO che hanno trattato (in termini di giornate di degenza) nel triennio 2011-2012-2013, in regime di degenza ordinaria di riabilitazione specialistica, più del 70% di casi afferenti alle MDC 01, 04, 05 o a pazienti di età inferiore a 18 anni.
- UUOO che hanno dedicato nell'ultimo triennio (2011, 2012, 2013) 25 posti letto (o meno per strutture accreditate per sole attività riabilitative) espressi in giornate di degenza equivalenti alla saturazione media del 90% afferenti alle MDC 01, 04, 05 o a pazienti di età inferiore a 18 anni; Il criterio 2 non si applica alle strutture accreditate solo per riabilitazione.
- per l'anno 2013 un minutaggio uguale o superiore a quello mediano del 2012, che è stato pari a 262 minuti die di assistenza.

TARIFFAZIONE BASE

- UUOO che presentano casi afferenti alle MDC 01, 04, 05 e di minorenni per altre MDC, ma che non posseggono i requisiti di accreditamento IAC

DECREMENTO DEL 3% ALLA TARIFFA BASE

- prestazioni afferenti ad altre MDC anche se erogate da quelle beneficiarie dell'incremento.

L'analisi condotta ha fatto emergere criticità per il superamento delle quali ACSS ha individuato i seguenti suggerimenti:

- Nelle more che si possa procedere alla revisione dei criteri di accreditamento legati all'alta complessità riabilitativa, si suggerisce di esplicitare e formalizzare i requisiti

che giustificano la modulazione tariffaria, esplicitando la coerenza fra il razionale del finanziamento ed il criterio di attribuzione

- Si suggerisce di formalizzare con apposito atto la sussistenza dei requisiti per le annualità di applicazione della modulazione mantenendo la coerenza temporale tra l'attività oggetto della modulazione ed il riconoscimento economico.
- Si ritiene opportuno che, per la finalità che assume il finanziamento, possa essere più appropriata l'esplicitazione all'interno del contratto delle risorse presunte.
- Si suggerisce la formalizzazione di una procedura che espliciti il procedimento di riclassificazione delle UU.OO. a seguito del variare dei requisiti di accreditamento.

Ipotizzato che il minutaggio individuato per l'incremento tariffario sia espressivo dell'impegno temporale per le patologie oggetto della modulazione, si ritiene opportuno che le ATS procedano alla verifica sulla sussistenza del requisito.

Esito:

Dal momento che con DDGS 3065/2015 DG Welfare ha individuato le strutture beneficiarie della maggiorazione tariffaria per la riabilitazione intensiva ad alta complessità (IAC) e che in assenza di ulteriori atti regionali le medesime strutture hanno continuato a percepire tale maggiorazione ai DRG anche per le annualità successive; ACSS ha ritenuto opportuno far confluire all'interno del PCPQ 2020, nell'area "Sperimentazione di nuovi ambiti di controllo", una nuova attività di controllo per le ATS, finalizzata a verificare il mantenimento del prerequisito per l'accesso alla maggiorazione relativo al minutaggio del personale "uguale o superiore a quello mediano del 2012, che è stato pari a 262 minuti die di assistenza", così come definito dalla DGR 1520/2014.

2.13 ANALISI FINALIZZATE ALLA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DI PRONTO SOCCORSO

Obiettivo:

Obiettivo è quello di fornire alle strutture ospedaliere pubbliche e private ed al sistema sanitario regionale una visione complessiva dell'attività di Pronto Soccorso, al fine di:

- supportare le strutture nella fase di adeguamento alle indicazioni stabilite nelle nuove "Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero" approvate il 01/08/2019 dalla Conferenza Stato Regioni;
- fornire spunti per l'individuazione di azioni migliorative del processo;
- proporre indicatori di performance finalizzati a supportare le direzioni aziendali nel loro processo decisionale.

Metodi:

Per le analisi ACSS ha elaborato i dati contenuti nel flusso 6/SAN relativi all'annualità 2017 e presenti nel data-warehouse regionale. L'attività di data quality ha escluso i record privi di codice fiscale, triage di accesso ed età. Si è inoltre deciso di escludere dall'analisi le pazienti con problemi di natura ginecologica ed i pazienti con età inferiore ai 14 anni, per i quali spesso sono previsti dalle strutture percorsi di presa in carico dedicati.

Il documento si compone di una prima parte nella quale viene fornita un'analisi del processo di Pronto Soccorso e dell'articolazione del sistema di emergenza-urgenza in Lombardia, e di una seconda parte (articolata in tre distinti allegati) in cui sono state

riportate le risultanze di tre analisi relative ad alcuni aspetti connessi all'attività di pronto soccorso.

Sintesi:

Nella prima parte del documento elaborato vengono descritte le fasi che definiscono l'intero processo di Pronto Soccorso desunte delle Linee Guida del 2001, le quali non fornivano una descrizione dettagliata del processo di triage. Le principali criticità del processo di Pronto Soccorso rilevate sono:

- assenza di una descrizione del percorso di Pronto Soccorso dettagliata, uniforme e condivisa su tutto il territorio regionale;
- assenza di definizione di percorsi di cura specifici per pazienti con particolari condizioni cliniche patologiche o croniche e/o anagrafiche (percorsi pediatrici/ginecologici);
- diffusione insufficiente dei percorsi di cura territoriali alternativi destinati a trattare pazienti con problematiche non urgenti o differibili;
- incertezze interpretative di alcune attività previste nel percorso di Pronto Soccorso: in particolar modo, l'assegnazione di un codice di uscita, identificato con i medesimi colori del codice di triage, potrebbe dar luogo ad un'assegnazione di codifiche errate.

Sebbene parte di queste criticità possano essere superate attraverso l'attuazione delle indicazioni fornite dalle nuove *"Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero"*, al fine di implementare in maniera efficace i nuovi percorsi di cura e di velocizzare l'iter di triage, potrebbe risultare opportuno standardizzare percorsi di cura ospedalieri integrati col territorio. Inoltre, per verificarne l'efficacia, è necessario che si tenga traccia dei percorsi di presa in carico cui è assegnato il paziente, implementando tali informazioni all'interno dei campi del flusso dati di Pronto Soccorso.

Inoltre, al fine di fornire un quadro complessivo dell'attuale assetto del sistema di Emergenza-Urgenza Lombardo, si è scelto di valutare la domanda di pronto soccorso non solo in relazione alla distribuzione degli accessi per età e sesso, ma anche in relazione alla distribuzione degli accessi in base al codice di Triage e Livello di Appropriatezza in dimissione. Dalla lettura della tabella sotto riportata emerge come gli accessi classificati in dimissione come non urgenti (bianchi 20% e verdi 65%) siano nettamente superiori ai casi identificati in dimissione come più gravi.

Tabella 1: anno 2019

		In accesso					Totale
		B	V	G	R	N	
In uscita	Non applicabile	39.053	74.501	3.950	147		117.651
	B	184.203	386.448	10.782	164		581.597
	V	89.304	1.422.951	336.626	10.824	8	1.859.713
	G	877	49.826	201.542	16.374	2	268.621
	R	40	1.090	4.356	21.367	75	26.928
	N	126	452	803	3.062	539	4.982
Totale		313.603	1.935.268	558.059	51.938	624	2.859.492

***Legenda: B: bianco; V: verde; G: giallo; R: rosso; N: nero**

Tali considerazioni suggeriscono, a livello di struttura, di definire quali percorsi specifici sia più utile attivare all'interno di un Pronto Soccorso e, a livello di Sistema, di valutare quali forme di assistenza territoriale rafforzare.

Nella seconda parte sono state riportate le risultanze di tre analisi relative ad alcuni aspetti connessi all'attività di pronto soccorso:

- Analisi delle attività di Pronto Soccorso;
- Analisi di appropriatezza del ricorso alle prestazioni di Pronto Soccorso;
- Analisi dei tempi in Pronto Soccorso.

Per ciascun'area analizzata sono stati forniti spunti per il miglioramento delle criticità individuate e possibili indicatori.

Esito:

Le analisi condotte nel documento hanno portato alla luce osservazioni e suggerimenti per ogni area valutata; pertanto si ritiene opportuno inviare a DG Welfare il documento, durante l'annualità 2020. Inoltre, per le tre analisi condotte, sono stati proposti indicatori che possono essere adottati dalle singole strutture, per l'individuazione di errori in fase di rendicontazione del dato, per il miglioramento delle performance e per l'adeguamento alle nuove *"Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero"*, e dal Sistema, per monitorare il fenomeno. Infine, gli esiti ottenuti dall'analisi **Analisi di appropriatezza del ricorso alle prestazioni di Pronto Soccorso** hanno portato alla definizione di nuove attività di controllo basate anche sulle disposizioni previste dalla DGR 3379/2012; tali indicazioni sono confluite nel Piano dei Controllo e Protocolli Quadro (PCPQ) 2020 - capitolo *"Sperimentazione di nuovi ambiti di controllo"*, paragrafo inerente al monitoraggio dei codici bianchi in Pronto Soccorso.

2.14 SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI - LETTERA I) DEL COMMA 4 ART.11 L.R. 33/2009 E S.M.I.

La rilevazione delle informazioni anno 2019 sulla soddisfazione degli utenti (Customer Satisfaction - CS) è uno dei principali mandati che il legislatore ha assegnato all'Agenzia di Controllo (L.R. 33/2009, art. 11, comma 4, lettera i). È noto il forte legame esistente tra livello di soddisfazione e compliance alle cure da parte del paziente. Evidenze di letteratura indicano inoltre che, laddove l'utente è responsabilizzato e partecipa al processo di cura (engagement), si osserva un miglioramento degli outcome clinici. La rilevazione della qualità percepita rappresenta un importante strumento di controllo in un'ottica di miglioramento della performance.

La normativa regionale prevede l'utilizzo di due fonti di informazione:

- la somministrazione di Questionari di Customer Satisfaction a un campione di pazienti;
- l'analisi delle Segnalazioni che pervengono agli erogatori da parte di cittadini, pazienti, familiari o caregiver. ACSS ha elaborato i dati raccolti.

Obiettivo:

1. Valutare il livello di soddisfazione degli utenti non solo rispetto all'efficacia delle cure, ma anche rispetto ad altri fattori, quali ad esempio: facilità di accesso alle cure,

comfort alberghiero delle strutture, livello di comunicazione, supporto psicologico e continuità dei servizi.

2. Fornire alcuni spunti di riflessione sulle criticità dell'attuale modello di rilevazione della qualità percepita e proposte di miglioramento.

Esito:

I risultati dell'analisi di **423.248 questionari** sulla qualità percepita indicano che il SSL offre complessivamente servizi di qualità, anche dal punto di vista del cittadino-utente.

L'ambito di soddisfazione più critico riguarda i tempi d'attesa. Tale risultato si evidenzia in tutte le ATS, in Degenza e in area Ambulatoriale, nelle strutture pubbliche e private.

Sono state rilevate nel 2019, **36.017 segnalazioni** (di cui 29.133 reclami e 6.904 encomi). La maggior parte dei reclami riguarda: tempi d'attesa, mancata prestazione, inadeguatezza organizzativa e qualità tecnico-professionale.

Tra le criticità emerse si segnalano:

1. La qualità dei dati pervenuti è migliorabile. Per questo ACSS è già attivamente intervenuta con proposte e suggerimenti nell'ambito del PCPQ-2020. Inoltre, DGW ha avviato dal 2018 un flusso strutturato trimestrale per le rilevazioni dei Questionari di CS per l'ambito sanitario, ma non anche per quello sociosanitario, per il quale è auspicabile sia implementato un analogo flusso. La stessa considerazione vale per le Segnalazioni.
2. La percezione della qualità da parte dei pazienti non riguarda esclusivamente le cure fornite e la loro efficacia, ma molteplici altri fattori (comfort alberghiero, etc.) ed è strettamente legata anche alle relazioni che si instaurano tra utente e operatori e alla capacità di questi ultimi di anticipare le aspettative e i bisogni del paziente.
3. Le principali criticità rilevate per l'attuale modello di valutazione della Qualità Percepita riguardano:
 - il sistema di campionamento e la selezione dei rispondenti
 - la mancanza di terzietà nella rilevazione
 - il momento della rilevazione
 - i contenuti del questionario e la modalità di somministrazione
 - la duplicazione delle segnalazioni.

2.15 SPERIMENTAZIONE DI UN QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA PATIENT EXPERIENCE NELL'AMBITO DELLE ATTIVITÀ DI PRESA IN CARICO PRESSO L'ASST DI LODI – REPORT FINALE

Un consistente e crescente numero di esperienze, documentate a livello nazionale e internazionale, dimostra quanto la misurazione dell'esperienza del paziente sia importante per conseguire gli outcome attesi nei modelli di Presa in carico. Il monitoraggio dell'esperienza di cura consente infatti di evidenziare alcune criticità di servizio inattese o trascurate dagli operatori, spesso risolvibili con interventi a basso costo, che hanno però un impatto rilevante nella percezione del paziente.

Sulla scorta di queste considerazioni, nel corso del 2019, ACSS in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano, ha sviluppato un progetto volto a sperimentare la

somministrazione di un questionario di misurazione dell'esperienza del paziente nell'ambito delle attività di presa in carico condotte presso il POT dell'ASST di Lodi.

Obiettivo:

Il progetto di collaborazione qui descritto ha un duplice esito atteso:

- testare uno strumento che consenta all'ASST Lodi di conoscere il punto di vista del paziente e la sua esperienza di 'presa in carico' nel modello organizzativo attuale;
- generare utili evidenze per sviluppare un modello di valutazione della 'patient experience' utilizzabile da ATS o da ACSS come strumento di 'controllo' del processo di 'presa in carico', basato sulla prospettiva del paziente.

Esito:

In fase di avvio del progetto si è provveduto all'identificazione e adattamento del questionario IEXPAC (validato in Spagna) alla realtà del POT, alla definizione della modalità di somministrazione e alla definizione dei pazienti target. Sono stati somministrati i questionari a 200 pazienti e, a seguito dell'analisi dei dati, si è ritenuto opportuno effettuare un focus group con 15 pazienti per identificare eventuali aspetti aggiuntivi e di rilievo legati alla esperienza di presa in carico e per trarre spunti per un miglioramento del lessico utilizzato nelle domande, così da renderlo più comprensibile agli utenti.

I risultati complessivi di questionario e focus group dimostrano che la ASST di Lodi è un centro di eccellenza per la presa in cura dei pazienti cronici.

Dal punto di vista metodologico, per quanto riguarda la possibilità di generalizzare l'utilizzo del questionario IEXPAC come strumento di valutazione della Patient Experience, sono state evidenziate alcune criticità relative alle domande talvolta di difficile comprensione o ripetitive, alla scala di valutazione proposta, alla rigidità degli item.

Sono state formulate in merito alcune ipotesi di sviluppo futuro, da testare in altri ambiti.

2.16 RELAZIONE SUI TEMPI D'ATTESA 2019 E RISULTATI QUESTIONARIO MAPPATURA FLUSSI TEMPI D'ATTESA

L'abbattimento dei tempi d'attesa (TdA) per l'accesso alle prestazioni è obiettivo prioritario del SSN e componente essenziale per il rispetto dei LEA. La gestione dei TdA in Lombardia è regolata dal nuovo PRGLA-Piano Regionale Governo Liste d'Attesa, approvato con DGR XI/1865 del 09/07/2019 in recepimento del PNGLA 2019-2021 (Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa).

L'Agenzia di Controllo ha svolto un'analisi, per le prestazioni oggetto di monitoraggio ai sensi della DGR XI/1865 del 09/07/2019, sul rispetto delle soglie dei TdA previste dalla normativa vigente. Ha svolto inoltre un approfondimento su alcuni temi critici riguardanti la qualità dei dati dei flussi informativi trasmessi dagli Erogatori, che consentono l'invio di record incompleti, inesatti o errati, con conseguenze non indifferenti sulla possibilità di lettura delle dinamiche legate ai TdA. E' stata effettuata una survey presso le ATS per approfondire le modalità di compilazione di alcuni campi dei flussi SDO ed MTA, per l'analisi dei TdA delle prestazioni di ricovero programmato.

I risultati delle analisi effettuate sono riportati in due Documenti, accessibili alle ATS sul Sito Web di ACSS.

Obiettivo:

- Controllo del rispetto dei TdA (Classi di priorità/soglie previste dalla normativa vigente sui TdA);
- Controllo sulla qualità dei flussi informativi trasmessi dagli Erogatori (riferimento particolare al flusso 28/san utilizzato per la misura ex-post dei TdA per prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio regionale;
- Proposta di indicatori di controllo, che sono stati calcolati a livello regionale e per le 8 ATS, così da fornire dati di benchmark utili per approfondimenti a livello locale;
- Discussione critica su possibili ambiti di miglioramento della qualità dei flussi;
- Suggerimenti a DGW e alle ATS in merito alla compilazione dei flussi per i ricoveri programmati (ex-ante, ex-post) e ad azioni specifiche di controllo.

Esito:

La Relazione sui tempi d'attesa 2019 dell'Agenzia di Controllo analizza 19.166.264 prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche ed esami diagnostici) erogate tra il 1° aprile 2018 e il 30 aprile 2019.

A seguito delle analisi sui TdA, sono stati proposti sei Indicatori relativi a: distinzione primo accesso/controllo, rispetto Classe di priorità, qualità dei flussi.

- PRIMO ACCESSO/CONTROLLO: solo le prestazioni di "primo accesso" rientrano nel monitoraggio dei TdA (DGR 1775 e ss.mm.ii), quindi un'errata/mancata valorizzazione del campo comporta distorsioni nella misurazione della performance delle strutture. La distribuzione delle categorie Primo Accesso/ Controllo è omogenea tra ATS, con una maggioranza di "primi accessi" (a livello regionale quasi il 70% delle prestazioni analizzate);
- CLASSE DI PRIORITÀ: La Classe di priorità risulta 'assente o errata' in % variabili tra ATS (da 0,04% a 1.84%), che rimangono comunque molto basse. Per le prestazioni di classe P (programmabili) la % di prestazioni erogate entro soglia è elevata in tutte le ATS (>95%, con punte oltre il 99% in alcune ATS). Per le altre classi di priorità (Urgente, Breve, Differibile), l'andamento tra ATS è assai eterogeneo, con una generale difficoltà a garantire i tempi previsti per le prestazioni in Classe B (nessuna ATS rispetta la soglia richiesta).;
- QUALITÀ DEL FLUSSO 28/san: si rilevano basse percentuali di dati errati o non calcolabili (0,7% a livello regionale), tuttavia sono consistenti le percentuali di TdA pari a ZERO (quasi un 20% a livello regionale), da approfondire con ulteriori controlli a livello locale;
- A seguito di un approfondimento condotto da ACSS presso le ATS (Questionario), sono stati rilevate eterogeneità tra erogatori nella compilazione di alcuni campi dei flussi SDO ed MTA, per l'analisi dei TdA delle prestazioni di ricovero programmato; ciò non consente di misurare il tempo d'attesa in modo omogeneo. Nel Documento di analisi di ACSS, sono fornite alcune raccomandazioni a DGW e alle ATS per la corretta compilazione dei flussi e per specifiche azioni di controllo.

2.17 PRESENTAZIONE PROGRAMMA DI FORMAZIONE PER IL PERSONALE ATS ADDETTO AD ATTIVITÀ DI CONTROLLO

ACSS ha progettato un Corso Strategico, che intende offrire a professionisti con ruoli apicali negli organismi di controllo del SSR un'opportunità di approfondimento e riflessione critica sull'attuale sistema dei controlli, in ottica di evoluzione e innovazione. Il programma è stato proposto a seguito di un'analisi condotta da ACSS nel 2018 sui profili degli operatori addetti ai controlli nelle ATS.

Obiettivo:

La proposta, che si intende trasversale ai vari ambiti di controllo (vigilanza accreditamento, controlli SDO, ambulatoriali, unità d'offerta sociosanitarie, etc.) ha i seguenti obiettivi prioritari:

- ridurre la variabilità nelle attività di vigilanza e controllo tra operatori e tra ambiti territoriali;
- rendere più omogenea la preparazione dei professionisti addetti a vigilanza e controllo nelle ATS e ai controlli interni nelle ASST/strutture erogatrici (condividere finalità/strumenti di controllo);
- promuovere l'allineamento delle strategie di controllo tra ambito sanitario e sociosanitario;
- innovare le strategie di controllo e apprendere nuove metodologie;
- promuovere un approccio al controllo centrato anche sui bisogni/percorso del paziente;
- certificare le competenze acquisite: la formazione certificata da Polis potrebbe diventare titolo preferenziale per l'accesso a posizioni specifiche nel sistema (e.g. Minialbo dei 'verificatori').

Esito:

Nel corso del 2019, sono state svolte le seguenti attività:

- aggiornamento del programma del Corso con le seguenti finalità:
- si sono tenuti numerosi incontri sia con Dirigenti DGW sia con Polis, per definire contenuti e modalità di erogazione del Corso nell'ambito del Programma Formazione che DGW organizza in collaborazione con Polis-Accademia. DGW ha chiesto di non affrontare il tema del 'controllo accreditamento', in quanto oggetto di revisione in OTAC.
- Endorsement del Dr Cajazzo: in occasione dell'audizione 9/10/2019 di ACSS in III Commissione, Cajazzo ha menzionato la proposta di Formazione sui controlli come esempio di collaborazione fattiva tra DGW e l'Agenzia;
- Prevista la chiusura del Piano Formazione DGW entro Febbraio 2020.

3 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il lavoro svolto dall'Agenzia nei suoi primi quattro anni di vita è stato indubbiamente molto impegnativo e non privo di difficoltà. Superata la fase di avvio, l'Agenzia, sta attraversando lo stadio di assestamento/consolidamento istituzionale e funzionale.

L'istituzione dell'Agenzia dei Controlli (art. 11 della LR 33/2009 e s.m.i.) rappresenta un cambiamento culturale e operativo per il sistema, capace di fornire valore aggiunto al sistema stesso.

Il conseguimento di un assetto formale stabile riveste un ruolo di sostanziale importanza, affinché si possa portare avanti il consolidamento dell'organizzazione. In tal senso, le azioni promosse nel corso del 2019, hanno visto il reclutamento delle funzioni mancanti e il perfezionamento di percorsi di assunzione in ruolo.

Nelle prospettive di un processo di continua crescita, sarà, dunque, cura dell'Agenzia mantenere il mix di risorse e competenze capaci di sostenere la sinergia e la multidisciplinarietà che sono alla base del suo funzionamento.

Come già ricordato in precedenza e che si ritiene di riproporre nel presente contesto, il ruolo dell'ACSS sancito dalla LR 23/2015 è stato oggetto nel 2017 di ripetuti confronti e approfondimenti nel SSL. La Regione non ha inteso assegnare all'Agenzia una decisa connotazione gerarchica nei confronti delle ATS e degli erogatori del sistema, bensì un ruolo di indirizzo e coordinamento che si traduce nella definizione di strategie generali, indicazioni su nuovi approcci di controllo e proposte di approfondimento. Nel corso del 2019, nell'ottica dell'utilità che una proficua collaborazione possa generare, sono stati attivati dei canali di collaborazione la DGW e avviati diversi tavoli di lavoro permanenti con le ATS, aventi lo scopo di omogeneizzare/standardizzare le attività di controllo e allinearne progressivamente criteri e metodi.

Le numerose attività svolte nel corso del 2019 sono state dirette e coordinate dal:

- Direttore dell'Agenzia, Dr. Marco Onofri, nominato con il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 205 del 19/12/2018 "Nomina del direttore dell'agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo" con decorrenza dal 1 gennaio 2019 e sino al termine della Legislatura ai sensi dell'art. 11 comma 2 della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 e s.m.i;
- Comitato di Direzione, che ha visto il completamento delle nomine, attraverso la nomina del terzo membro, con il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 357 del 26/07/2019, a parziale modifica di quanto disposto con il Decreto n. 284/2019 con cui sono stati nominati i membri del comitato di cui trattasi, e dando atto che il Comitato è adesso così composto:
 - Dott. Giovanni Bladelli;
 - Dott.ssa Loredana Luzzi;
 - Dr. Marino Nonis.

I risultati ottenuti consentono di andare incontro al futuro con la consapevolezza che aree di miglioramento e aspetti critici potranno essere affrontati poggiando su fondamenta via via sempre più solide. L'auspicio è pertanto quello che l'Agenzia, organismo tecnico-scientifico di natura pubblica, alimentata e sostenuta dal Sistema, nel Sistema e, soprattutto, a beneficio del Sistema stesso, possa continuare a garantire, attraverso il definitivo assestamento, la puntuale espressione del mandato di legge affidato dal legislatore lombardo con i connotati di autonomia, terzietà ed indipendenza.