

IL COMITATO DI DIREZIONE

**DELIBERAZIONE N. 5
DEL 25.05.2022**

OGGETTO: RELAZIONE ANNUALE AL CONSIGLIO REGIONALE ANNO 2021

Coordinatore: Dott. GIOVANNI BLADELLI

Componente: Dott.ssa LOREDANA LUZZI

Componente: Dr. MARINO NONIS

VISTI:

- l'art. 11, l.r. 30/12/2009 n. 33 "Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità" con il quale è stata istituita l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS), quale ente di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile;
- la DGR n.5355 del 27/06/2016 "determinazioni in ordine alla proposta dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo ai sensi dell'art.11, comma 4 e 9 l.r. 33/2009 così come modificata dalla l.r. n. 23/2015 e n. 41/2015 (richiesta di parere alla Commissione Consiliare), concernente il Documento di organizzazione e funzionamento dell'Agenzia;
- la DGR n.5512 del 02/08/2016 avente ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla proposta dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo ai sensi dell'art. 11, commi 4 e 9, L.R. 33/2009 così come modificata dalla L.R. n. 23/2015 e n. 41/2015 (a seguito di parere della Commissione Consiliare);

RICHIAMATI

- 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;
- 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;
- il comma 5 dell'art. 11 che dispone che le funzioni di cui alla lettera i) del comma 4 sono in capo al Comitato di Direzione;

RITENUTO:

- di approvare la Relazione annuale al Consiglio Regionale anno 2021" ai sensi del comma 4, lettera i) del sopra citato art.11;

A VOTI UNANIMI

DELIBERA

per i motivi sopra richiamati:

- 1) di approvare il documento avente ad oggetto: "Relazione annuale al Consiglio Regionale anno 2021" ai sensi dell'art. 11, comma 4, lett. i) della L.R. 33/2009, conservato in atti;

2) di demandare al Direttore Generale gli adempimenti conseguenti all'adozione del presente provvedimento, con riguardo alla sua trasmissione al Consiglio Regionale;

3) di dare atto che, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della Legge Regionale n. 33 del 30 dicembre 2009, il presente provvedimento deliberativo non è soggetto a controllo.

Componente Coordinatore
Dott. Giovanni Bladelli

Componente
Dott.ssa Loredana Luzzi

Componente
Dr. Marino Nonis

CONSERVATO IN ATTI



RELAZIONE ANNUALE AL CONSIGLIO REGIONALE ANNO 2021

ai sensi 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

CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE.....	1
EVOLUZIONE DEL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	2
ASSETTO ORGANIZZATIVO E FUNZIONAMENTO.....	5
RISORSE UMANE.....	6
RISORSE ECONOMICHE E STRUMENTALI.....	7
ATTIVITÀ DI FUNZIONAMENTO NEL PERIODO DI EMERGENZA SANITARIA	8
MISSION ED OBIETTIVI STRATEGICI	8
PIANO DEI CONTROLLI E PROTOCOLLI QUADRO - lettera a) del comma 4 art.11 l.r. 33/2009 e s.m.i)	10
PIANO DEI CONTROLLI E PROTOCOLLI QUADRO 2021	12
FUNZIONI NON TARIFFATE – lettera e) del comma 4 art.11 l.r. 33/2009 e s.m.i.....	14
METODO	15
SINTESI.....	16
ESITI 20	
MAGGIORAZIONI TARIFFARIE - lettera f) del comma 4 art.11 l.r. 33/2009 e s.m.i. (.....	21
METODI.....	21
SINTESI.....	22
ESITI 29	
SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI - lettera i) del comma 4 art.11 l.r. 33/2009 e S.M.I	30
LR 15/2020: SURVEY SULLA SICUREZZA DEL PERSONALE SANITARIO DEL SSR LOMBARDO	31
METODO	32
CONCLUSIONI e SVILUPPI FUTURI.....	39
ULTERIORI ATTIVITA' - lettere d) e g) del comma 4 art.11 l.r. 33/2009 e s.m.i.	41
ANALISI TRASVERSALE ATTIVITÀ DI VIGILANZA SOCIO SANITARIA PER I REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE-ACCREDITAMENTO	41
RAFFRONTO DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE DI VIGILANZA SOCIO SANITARIA E SOCIALE RISPETTO ALLA VERIFICA REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO.....	48
MONITORAGGIO E CONTROLLO DEL SISTEMA DI NEGOZIAZIONE ED ACQUISTO DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE DEL SSR: DI VERIFICA DELLA SUSSISTENZA DEI REQUISITI DI ACCESSO ALLA CONTRATTUALIZZAZIONE.....	56
ONE HEALTH.....	63
TEMPI D'ATTESA.....	65
CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.....	71

CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

Le modifiche introdotte dalla **Legge regionale 22/2021** "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della Regionale 30 Dicembre 2009, n.33" completano l'iter già precedentemente avviato con la Legge Regionale 23/2015 di allineamento della normativa regionale agli indirizzi organizzativi delineati a livello nazionale, mantenendo tuttavia alcune peculiarità, fra le quali si colloca Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo (in seguito ACSS). Le recenti modifiche normative confermano, rafforzandolo, il ruolo di ACSS quale ente preposto a **controlli di secondo livello** con il ruolo di fornire, dopo approfondimenti condotti con metodologie scientifiche, indicazioni per l'evoluzione dei controlli secondo una logica del miglioramento continuo e del rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

In questo contesto è atteso che ACSS eserciti, attraverso il coordinamento funzionale dell'attività di controllo svolta dalle ATS, un ruolo di garanzia rispetto a funzioni di controllo già esercitate dalle ATS; le ATS sono tenute a svolgere le proprie attività in coerenza con le indicazioni delineate principalmente, ma non esclusivamente, attraverso il Piano dei Controlli e Protocolli Quadro.

A conferma di quanto esposto, si richiamano le modifiche specifiche introdotte con l'art. 16 dalla **Legge regionale 22/2021** all'art.11 "Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo" che, valorizzando due capisaldi della mission di ACSS, le attribuiscono il compito di armonizzare l'attività di controllo svolta dalle ATS¹ e promuovere l'applicazione della metodologia della " graduazione del rischio" attraverso lo sviluppo di indicatori specifici in grado di orientare l'attività di controllo verso ambiti di potenziale inappropriatezza e/o possibili comportamenti opportunistici.²

¹ Art.11 c.4 lettera a bis) "verifica la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS"

² Art.11 c.4 lettera i) "sviluppa e valida indicatori di rischio in grado di rilevare in maniera tempestiva eventi sentinella specifici"

EVOLUZIONE DEL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

L'art. 11 della Legge Regionale n. 33/2009 (*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*), istitutivo dell'Agenzia di Controllo, quale ente di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile, è stato nel corso degli anni oggetto di diverse modifiche legislative, finalizzate a meglio delineare il quadro normativo di riferimento in relazione agli Organi dell'Ente, alla relativa durata in carica, agli ambiti di competenza ed ai rapporti intercorrenti con Regione Lombardia.

In particolare, gli ambiti di competenza di ACSS, in qualità di organismo tecnico-scientifico terzo ed indipendente, sono stati confermati nel rispetto e in attuazione del principio, caratterizzante il Sistema Sociosanitario Regionale, di separazione delle funzioni di programmazione, acquisto, erogazione e controllo.

Il comma 4 del citato art. 11 L.R. n. 33/2009, come modificato dalla L.R. n. 22/2021, relativo alle funzioni assegnate all'Agenzia, alla lettera a) pone attenzione sui rapporti intercorrenti tra l'attività dell'Agenzia di Controllo e le funzioni di controllo delle strutture territoriali delle Agenzie di Tutela della Salute, prevedendo che le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL svolgano le proprie attività *"in coerenza con i contenuti del Piano annuale dei controlli"* e dei protocolli predisposto da ACSS e approvato dalla Giunta Regionale.

Le recenti modifiche normative hanno altresì previsto che la competenza, in capo ad ACSS, di verificare *"la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS"* (lettera a-bis, c. 4, art. 11), sia prevista come una funzione a sé stante rispetto alla citata previsione di cui alla lettera a), comportando in tal modo, rispetto al testo previgente, un possibile ampliamento della portata applicativa della disposizione.

Sono state confermate pienamente le funzioni di cui alle lettere b), c) e d) del comma 4 del citato art. 11, le quali già prevedevano che ACSS:

"b) programma e coordina gli interventi delle strutture di controllo delle ATS, in accordo con le ATS di competenza su tutto il territorio regionale;

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

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

L'Agenzia ha la funzione altresì di valutare *"la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione della remunerazione delle funzioni non tariffabili"* e, in funzione degli esiti analitici, ha facoltà di proporre, sulla base delle valutazioni effettuate, ulteriori indicatori alla Giunta regionale (cfr. lettera e, comma 4, art. 11).

Anche con riferimento alla competenza di cui alla lettera f), relativa all'attività di valutazione circa *"la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione delle maggiorazioni tariffarie di cui all'articolo 27 bis"*, la novella normativa riconosce ad ACSS un ruolo propositivo per il miglioramento del sistema con facoltà di formulare proposte alla Giunta di Regione Lombardia.

È stata confermata integralmente la funzione di cui alla lettera g), secondo cui l'Agenzia *"analizza i dati che derivano dall'attività di controllo e fornisce alla Giunta regionale elementi utili per l'aggiornamento del sistema degli indicatori di efficacia ed efficienza a supporto della programmazione, del sistema di valutazione delle performance, utilizzando metodologie di revisione tra pari e al fine di rendere, mediante un'adeguata informazione, la scelta del cittadino consapevole e responsabile"*, previsione di ampio respiro che sottolinea, ancora una volta, il ruolo di ACSS quale ente deputato alla finalizzazione dei controlli allo scopo di costante miglioramento, efficientamento ed aumento del livello di trasparenza nell'ambito del SSR.

A valle delle funzioni esercitate, ACSS, ai sensi della lettera i), *"raccoglie i dati oggetto della propria attività di controllo del SSL e le informazioni sulla soddisfazione degli utenti, con l'obbligo di presentare una relazione annuale al Consiglio regionale e di provvedere alla successiva pubblicazione integrale della relazione, completa di dati esaustivi, in modo puntuale e trasparente"*.

La L.R. n. 22/2021 ha inserito, infine, nell'elenco di cui al comma 4, art. 11, L.R. n. 33/2009, un'ulteriore funzione in capo all'Agenzia, relativa allo sviluppo e validazione di *"indicatori di rischio in grado di rilevare in maniera tempestiva eventi sentinella specifici"* (lettera i bis).

In particolare emerge l'importanza che il mondo dei controlli ha nell'individuazione di particolari condizioni a rischio su cui agire in modo **preventivo e proattivo** per il miglioramento del sistema sino ad identificare quelli che vengono definiti "eventi sentinella" che possono essere rappresentati, mutuando la definizione dall'Osservatorio Nazionale degli Eventi Sentinella del Ministero e adattandola ai controlli, come **"eventi avversi di particolare gravità"**, potenzialmente indicativi di un malfunzionamento del sistema e potenzialmente evitabili, che impattano negativamente sull'organizzazione sanitaria, rendendo tutto il percorso controllato meno sicuro. Può determinare rischi relativi all'appropriatezza delle pratiche attuate e un incremento dell'esposizione economica ingiustificata ed evitabile."

Rimane ferma la previsione di cui alla L.R. n. 15/2020 *"Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"*, che all'art. 5, rubricato *"Compiti dell'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo"*, prevede che ACSS, nel controllare l'applicazione delle Linee Guida regionali finalizzate ad assicurare l'integrazione tra prevenzione e gestione del rischio in ambito lavorativo:

- monitori gli episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie;

- svolga attività consultiva (in particolare per l'applicazione delle linee guida);
- monitori l'attuazione delle linee guida.

Con riferimento alla relazione annuale in materia, di cui al comma 2 dell'art. 5, si rimanda all'apposita sezione del presente documento che rendiconta il monitoraggio attuato nel 2021 da ACSS e fornisce un quadro generale del fenomeno.

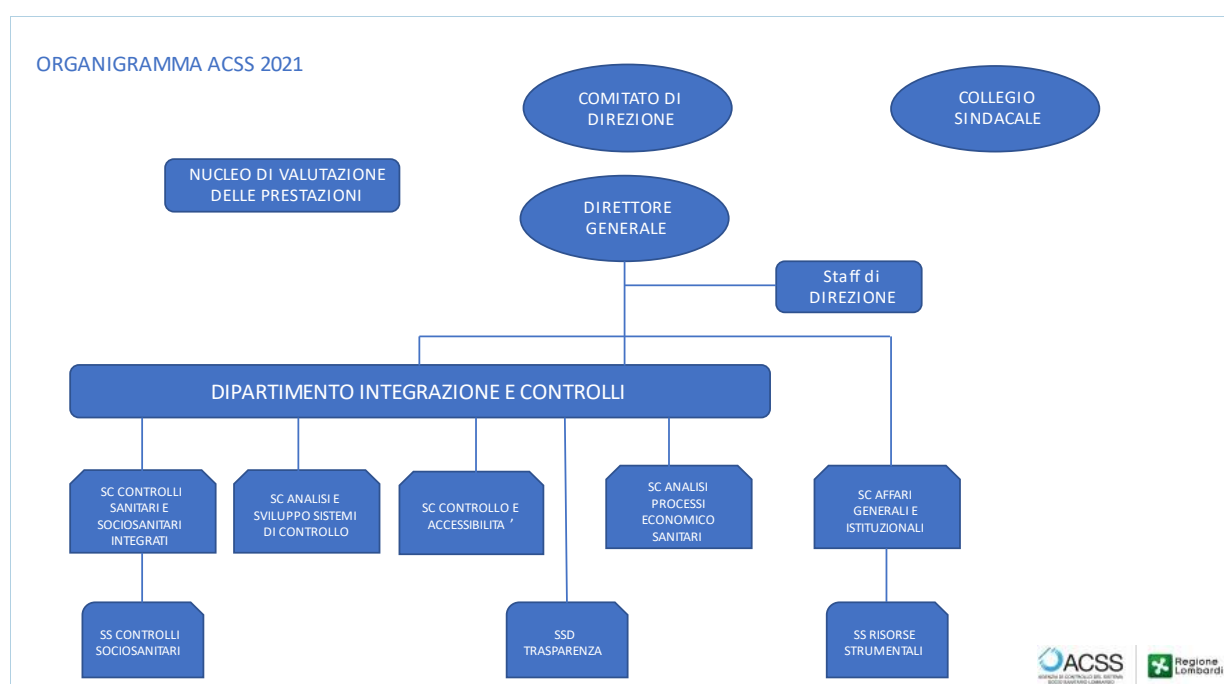
In conclusione, le recenti modifiche normative confermano il ruolo di ACSS nel Sistema quale ente di controllo e di impulso verso il costante miglioramento del SSR, in termini di uniformità delle procedure, di correttezza di applicazione, di monitoraggio, di valutazione ed efficientamento dei criteri vigenti, nonché di aumento dei livelli di efficacia, efficienza, appropriatezza, trasparenza e sicurezza.

Al fine di consentire ad ACSS di svolgere le proprie funzioni, il comma 7 dell'art. 11, L.R. n. 33/2009, così come modificato dalla L.R. n. 15/2018, prevede che *"la Regione e tutti gli enti del sistema sono tenuti a fornire all'Agenzia tutti i dati e le informazioni utili all'espletamento dei compiti alla stessa affidati dalla presente legge"*.

In applicazione della citata disposizione e nell'ottica di ottimizzare lo svolgimento dell'attività posta in capo ad ACSS, si auspica una sempre maggiore messa a disposizione dell'Agenzia di Controllo delle banche dati centrali e dei necessari flussi informativi.

ASSETTO ORGANIZZATIVO E FUNZIONAMENTO

Nel corso dell'annualità 2021, il Comitato di Direzione (CdD), d'intesa con il Direttore, ha introdotto alcune modifiche all'assetto organizzativo, a suo tempo approvato con DGR XI/5512 del 27/07/2016, finalizzate a garantire la prosecuzione delle attività gestionali di ACSS e promuovere, contestualmente, un'espansione dello sviluppo dell'attività "core". Con determinazioni n. 14 del 02/02/2021 e n. 15 del 04/02/2021 il Direttore di ACSS ha preso atto dei verbali n. 14 del 15 ottobre 2020 e n. 2 del 25 gennaio 2021 del Comitato di Direzione, in merito all'aggiornamento dell'assetto organizzativo dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo di cui alle determinazioni n. 79/2017, n. 81/2017, n. 87/2019 e n. 37/2020. La rilettura degli ambiti di operatività interni alle Strutture, in ordine alle funzioni istituzionali attribuite all'Agenzia, è proseguita nel corso dell'anno con l'adozione delle determinazioni nn. 31, 48 e 104 del 2021. L'aggiornamento dell'assetto organizzativo operato nel 2021, che non ha comportato modifiche al numero complessivo di posizioni dirigenziali previste dal Documento di Organizzazione e funzionamento di ACSS, ha portato all'aggiornamento dell'organigramma secondo lo schema seguente:



Come previsto nella DGR sopra citata, per l'esercizio delle proprie funzioni, ACSS, anche per l'annualità 2021, ha impostato l'organizzazione delle attività sulla base di una struttura organizzativa multidisciplinare di coordinamento e di gestione delle funzioni agile ed essenziale, volta al consolidamento del personale - **massimo venticinque unità di**

personale a regime - reclutando il personale dagli Enti del SIREG e in particolare delle ATS e delle ASST, principalmente tramite l'istituto del comando.

L'Agenzia di Controllo, nell'ottica di proseguire con la messa a punto di azioni volte al consolidamento del personale dell'Ente e assicurare la prosecuzione delle attività di cui agli obiettivi assegnati dal legislatore, nell'annualità 2021 ha disposto 3 assunzioni a tempo indeterminato e taluni comandi da enti SSR.

L'organico per l'annualità 2021 risulta distribuito, all'interno dell'organizzazione, in maniera coerente con quanto previsto dalla DGR 5355/2016, tra le strutture dedicate all'attività core e le strutture di gestione e funzionamento, come di seguito riportato:

Struttura	N° Dirigenti	N° comparto	Dirigenti in servizio al 31/12	Comparto in servizio al 31/12
Staff Direzione	0	2	0	1
SC Affari generali ed istituzionali	1	3	1	3
SS Risorse strumentali	1	1	0	0
SC Controlli sanitari e sociosanitari integrati	1	2	1	2*
SS Controlli sociosanitari	1	1	0	0
SC Analisi e sviluppo sistemi di controllo	1	1	0	0
SC Accessibilità	1	3	1	3*
SC Analisi dei processi economico sanitari	1	3	1	3*
SSD Trasparenza	1	1	1	1
Totale organico	8	17	5	13

*presenza nella struttura di n.1 dipendente in congedo parentale/congedo maternità

RISORSE UMANE

Nel corso delle annualità, dal 2017 ad oggi, ACSS ha attuato un progressivo passaggio da una politica di reclutamento del personale basata prioritariamente sull'istituto del comando – secondo le indicazioni contenute nella DGR 4966/2016 *“il reclutamento del personale richiesto avviene preferibilmente attingendo dal personale dipendente del SIREG, in particolare delle ATS e delle ASST, mediante l'istituto del comando”* – ad un'impostazione multi-modale, che ha previsto anche l'inserimento in ruolo di personale tramite mobilità e assunzioni a tempo determinato.

L'assegnazione delle risorse da parte della Giunta Regionale alla voce di costo “personale”, pur registrando negli anni un graduale incremento, finalizzato allo sviluppo delle attività di consolidamento dell'Ente (BPE 2020 €. 682.758) non ha avuto la capienza necessaria ad assicurare il completamento dell'organico previsto con personale dipendente (spesa complessiva stimata in €. 1.820.465).

Inoltre l'attesa riforma normativa prevista per fine 2021, che avrebbe potuto rimodulare le funzioni dell'Agenzia, variandone il fabbisogno, ha condotto l'Ente a impostare una politica di reclutamento del personale basata principalmente sulla formula del comando, senza variazioni di bilancio sulla voce relativa al personale strutturato ; ciò al fine di poter garantire che i costi relativi al personale di ruolo rimanessero nel perimetro dell'importo

assegnato per l'annualità 2021 dalla Direzione Generale Welfare all'Agenzia, pari ad Euro 1.082.000.

Per lo svolgimento delle proprie attività ed al fine di garantire la pluralità delle professionalità necessarie allo svolgimento delle stesse, ACSS ha proseguito per tutta l'annualità 2021 con la stipula, altresì, di convenzioni con le ATS per collaborazioni temporanee con specialisti esperti.

Anche questa forma di reclutamento temporaneo e parziale di risorse (in genere le convenzioni prevedono una o due giornate per settimana) ha trovato in alcuni casi la resistenza delle Agenzie/Aziende di provenienza in analogia al rilascio dei "nulla osta" ai comandi.

RISORSE ECONOMICHE E STRUMENTALI

Per l'esercizio 2021 la Giunta regionale ha riconosciuto ed assegnato ad ACSS le risorse finanziarie con Decreto DC Bilancio e Finanza n.1720 del 12/02/2021 del Direttore Centrale Bilancio e Finanza di Regione Lombardia avente ad oggetto: *"Assegnazione, a favore delle ATS, ASST, FONDAZIONI IRCCS, INRCA di Casatenovo, AREU e Agenzia di Controllo del sistema sociosanitario lombardo delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l'esercizio 2021"*, con il quale sono state assegnate all'Agenzia risorse finanziarie pari a euro 2.400.000, al netto delle erogazioni finanziarie pari a euro 400.000 a valere sull'esercizio 2021, **per un totale complessivo di euro 2.800.000.**

Con Decreto n. 13760 del 14/10/2021 la Presidenza della Giunta di Regione Lombardia ha adottato il *"Primo aggiornamento delle assegnazioni, a favore delle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS, INRCA di Casatenovo e AREU delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l'esercizio 2021"*, il quale non ha apportato nessuna variazione rispetto all'assegnazione delle risorse.

Con Decreto n. 18365 del 23/12/2021 avente ad oggetto *"Modifica e integrazione dell'assegnazione, a favore delle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS, INRCA di Casatenovo, AREU e Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l'esercizio 2021 a seguito di procedure di assestamento"*, in seguito ad economie rilevate da ACSS in fase di assestamento, il **finanziamento di parte corrente è stato ridefinito in euro 2.109.300.**

Per quanto riguarda la situazione finanziaria, l'Agenzia presenta una situazione consolidata, pertanto, nel corso dell'esercizio 2021, ACSS non ha effettuato alcun ricorso all'anticipazione di cassa.

Per quanto concerne il coefficiente ITP, tempi medi di pagamento, si segnala che il continuo e costante miglioramento delle procedure di liquidazione e di pagamento delle fatture ha permesso di raggiungere, nel IV trimestre 2021, un coefficiente pari a -18,42, evidenziando una dilazione media di 40 gg, rispetto al limite di 60 gg previsto dalla normativa di riferimento.

L'Agenzia, a termine dell'esercizio 2021, in relazione ai decreti di assegnazione sopra citati, ha predisposto per il IV CET la rendicontazione da cui si evince che **i costi per la gestione dell'Ente risultano in linea con i vincoli stabiliti dalla Giunta Regionale.**

ATTIVITÀ DI FUNZIONAMENTO NEL PERIODO DI EMERGENZA SANITARIA

L'Agenzia anche per l'annualità 2021 ha garantito l'attuazione di tutte le misure e le procedure necessarie alla prosecuzione delle attività di lavoro in modalità agile, in ottemperanza alle norme vigenti.

In itinere sono state monitorate e recepite tutte le disposizioni relative all'aggiornamento del protocollo Covid 19, nonché la normativa emergenziale in materia di smart working nella Pubblica Amministrazione.

Con varie Determinate del Direttore sono state adottate nel periodo disposizioni in linea con le indicazioni regionali.

L'Ente ha altresì assicurato la fruizione dell'attività formativa anche durante lo smart working attraverso l'adozione e l'attuazione del PFA 2021 per tutto il personale di ACSS.

Si conferma pertanto che l'Agenzia, anche per l'annualità 2021, ha monitorato costantemente l'evoluzione normativa legata all'emergenza pandemica adeguando tempestivamente gli atti aziendali in materia di lavoro agile e stipulando, da ultimo, gli accordi individuali di smart working ai sensi del DPCM 23 settembre 2021 e del DM 8 ottobre 2021 con il personale interessato.

MISSION ED OBIETTIVI STRATEGICI

Compatibilmente con i limiti di azione legati alle incertezze sull'evoluzione dell'evento pandemico e le difficoltà di integrazione nelle attività del sistema sociosanitario lombardo, ACSS, nel corso del 2021, in coerenza con quanto fatto precedentemente, ha cercato di perseguire gli **obiettivi** che caratterizzano la sua mission ed in particolare:

- rendere i **controlli più omogenei** e **ridurre la variabilità** tra territori (ATS), seppur nel rispetto delle peculiarità territoriali;
- promuovere un'**attività integrata** tra le diverse competenze, allineando progressivamente criteri/metodi delle attività di vigilanza e controllo tra area sanitaria e sociosanitaria;
- promuovere **efficienza ed efficacia delle attività di controllo** svolte dalle ATS attraverso proposte di modalità di campionamento ispirate alla graduazione del rischio che ottimizzino criteri e tempi dei campionamenti;
- massimizzare il **rapporto benefici/costi delle attività di controllo** attraverso azioni di facilitazione/semplificazione che liberino risorse umane in ATS da dedicare ad approfondimenti specifici (ad es. incrementare automatismi informatici e controlli elettronici, promuovere la qualità dei dati, ecc.);

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

Il perseguimento di tali obiettivi è stato attuato tramite l'implementazione di azioni mirate ad un progressivo affinamento delle metodologie e degli strumenti di vigilanza e controllo e allo sviluppo di strumenti innovativi di monitoraggio delle attività di controllo delle ATS.

In particolare, ACSS persegue le seguenti **strategie**:

- maggior responsabilizzazione dei soggetti erogatori attraverso lo sviluppo di **metodologie di autocontrollo** sempre più efficaci, in particolare per quanto riguarda l'ambito sociosanitario che ne è privo;
- sviluppare sistemi di verifica che privilegino **modalità di controllo in itinere** rispetto a controlli ex post ed evoluzione del sistema dei controlli da un modello focalizzato su adempimenti burocratici e aspetti sanzionatori, verso approcci di intelligence basati sull'analisi dei dati, lo sviluppo di nuovi spazi di controllo e modalità innovative di campionamento delle attività, per orientare le verifiche e incrementare efficacia ed efficienza dei controlli in **un'ottica preventiva piuttosto che sanzionatoria**;
- utilizzare approcci statistici e **sistemi esperti** che, attraverso l'analisi dei dati storici sugli esiti dei controlli, possano individuare ambiti di indagine a maggior probabilità di inappropriatezza;
- sviluppare e validare modelli per diversificare profili di rischio delle strutture e pianificare le priorità di controllo sulla base dei profili di rischio individuati;
- sviluppare e validare "**indicatori di rischio**" in grado di rilevare in maniera tempestiva **eventi sentinella** specifici, e di orientare le verifiche delle ATS verso ambiti di inappropriatezza e/o possibili opportunismi;
- promuovere strategie di controllo mirate anche a verifiche di **appropriatezza specifica** attraverso lo sviluppo di auditing (interno/esterno) e maggior focus sugli esiti;
- incrementare strategie di verifica focalizzate non solo su singoli episodi di cura ma sul paziente e il suo intero **percorso**, favorendo una lettura trasversale dei fenomeni e l'integrazione tra ambiti sanitario e sociosanitario;
- utilizzare **strumenti di valutazione della patient experience** per un monitoraggio dell'effettiva presa in carico del paziente.

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

La progressione degli scenari in continua evoluzione nei quali le strutture sanitarie e sociosanitarie lombarde si trovano ad operare richiede una forte propensione ad una **programmazione flessibile e reattiva**, indirizzata a garantire sicurezza, equità e sostenibilità delle cure.

In ottemperanza al mandato della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n.33 e s.m.i., il Piano dei Controlli e Protocolli Quadro (nel seguito PCPQ) è il principale, anche se non il solo, strumento per monitorare e coordinare l'attività di vigilanza e controllo svolta dalle ATS sulle unità di offerta.

L'efficacia del PCPQ, e quindi il suo valore nei confronti delle ATS, è sancita da un atto della Giunta Regionale, previa acquisizione di parere formale da parte della competente Commissione Consiliare; solo dopo la conclusione dell'iter di approvazione, le strategie indicate dal PCPQ divengono un riferimento vincolante per il sistema dei controlli.

Di seguito si rappresentano sinteticamente le fasi dell'iter di approvazione della proposta di PCPQ.

L'iter di approvazione prevede in particolare un passaggio tecnico di verifica sulla coerenza della proposta di PCPQ con la programmazione regionale da parte della DG Welfare che non ha tempistiche prestabilite.

Si pone il tema dell'allineamento temporale con le Regole di Sistema, atto programmatico regionale che condiziona parte dei contenuti del piano stesso.

Al fine di semplificare il processo ACSS, già fin dalla Relazione annuale 2017, aveva segnalato l'opportunità di **promuovere un iter di approvazione congiunto tra PCPQ e Regole di Sistema**, per sincronizzare le tempistiche tra indirizzi di programmazione e indirizzi di controllo e facilitare le ATS nella pianificazione.

Le Strutture Core di ACSS elaborano, sulla base delle indicazioni fornite dal Comitato di Direzione in accordo con il Direttore una proposta di PCPQ e la trasmettono al Comitato di Direzione per l'adozione.

Il Comitato di Direzione adotta la proposta del PCPQ e demanda al Direttore dell'Agenzia gli adempimenti conseguenti all'adozione del provvedimento stesso, con particolare riguardo :

- la 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.

Il Direttore dell'Agenzia trasmette dapprima il PCPQ alla Direzione Generale Welfare (che svolge, in ordine a detto documento, una verifica, in particolare sulla coerenza dello stesso con la programmazione regionale, anche alla luce delle Regole di sistema vigenti) e successivamente, lo trasmette alla Giunta regionale per l'avvio dell'iter di approvazione.

La Giunta regionale delibera il provvedimento, lo trasmette al Presidente del Consiglio regionale e richiede, ai sensi dell'art. 11, comma 4, lettera a) della l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 e s.m.i., il parere della III Commissione Permanente Sanità e Politiche Sociali.

Il Presidente del Consiglio regionale trasmette il documento della Giunta alla III Commissione Permanente Sanità e Politiche Sociali, che dovrà esprimere parere entro i termini previsti dall'art. 1, comma 24 e 27 della l.r. 2 febbraio 2001, n. 3.

La Giunta regionale, preso atto del parere espresso dalla III Commissione Permanente Sanità e Politiche Sociali **approva il PCPQ** e ne dispone la pubblicazione su BURL e sul portale di Regione Lombardia.

PIANO DEI CONTROLLI E PROTOCOLLI QUADRO 2021

L'incertezza legata al possibile protrarsi della situazione pandemica, anche per il 2021, e le scelte programmatiche che avrebbero potuto essere intraprese dalla DG Welfare hanno suggerito che la programmazione delle attività di controllo di ciascuna ATS assumesse una **struttura flessibile**, sviluppata in modo **pluridimensionale**, atta ad affrontare i diversi scenari che avrebbero potuto verificarsi nell'anno.

Questo a garanzia che, l'attività di controllo svolta, da una parte, supportasse il sistema nelle attività connesse alla gestione dell'evento pandemico ma, dall'altra, continuasse ad esercitare il presidio su tutte le altre attività che pur avendo un notevole impatto sulla qualità di vita dei cittadini lombardi, erano state giocoforza sospese o ridotte.

Alle ATS è stato pertanto richiesto che la programmazione fosse sviluppata evidenziando sia le attività connesse alla prevenzione e gestione dell'emergenza legate ad un eventuale ulteriore inasprimento della pandemia, sia quelle di natura ordinaria a garanzia del corretto funzionamento del sistema per le attività non strettamente legate al COVID-19.

Poiché inoltre, come in parte avvenuto nel corso del 2020, sussisteva l'eventualità che, anche per il 2021, vi fosse l'impossibilità totale o parziale ad effettuare attività di controllo ordinariamente svolte in presenza, ACSS ha raccomandato l'inserimento in programmazione, laddove possibile, di attività di controllo da svolgersi da remoto o attraverso audit documentali.

Per facilitare e armonizzare la predisposizione della programmazione nonché consentire l'elaborazione centrale dei risultati in ottica di benchmarking e di valutazione ACSS ha richiesto ciascuna ATS fornisca per ciascuna area di controllo un set minimo di informazioni atte a rappresentare le caratteristiche peculiari del territorio (**analisi del contesto**).

Inoltre, al fine di dimensionare l'ampiezza del controllo e avere contezza delle metodologie e strumenti utilizzati, ACSS ha ribadito la necessità che nel Piano dei Controlli fossero esplicitate, in modo chiaro e dettagliato per ciascuna Area, gli **elementi chiave della programmazione**³

ACSS ha definito e reso disponibile **format omogenei** in cui riportare la rappresentazione sintetica delle attività di controllo dettagliate nel documento di programmazione.

-
- ³ la **modalità** di esecuzione dei controlli (es: in presenza/da remoto);
 - la **numerosità dei controlli programmati** in relazione al numero di erogatori/altri soggetti sottoposti a controllo, pubblici e privati, presenti nel territorio;
 - eventuali **flussi o le basi dati utilizzati**, specificando i periodi di riferimento considerati;
 - le **modalità di campionamento** ed i **criteri di selezione del campione**, sia per quanto concerne gli erogatori/altri soggetti sottoposti a controllo che, ove applicabile, per le cartelle clinico-assistenziali;
 - le **modalità operative di esecuzione**, laddove non espressamente delineate da indicazioni regionali;
 - gli **strumenti operativi** impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list);
 - la **composizione delle équipe di vigilanza**, dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le équipe sia ad eventuali gestioni integrate tra i diversi dipartimenti delle ATS;
 - il **cronoprogramma** delle attività di vigilanza e di controllo.

In virtù della flessibilità resa necessaria dal contesto, ACSS ha ritenuto opportuno proporre un **monitoraggio quadrimestrale** della programmazione al fine di consentire alle ATS di fornire uno stato di avanzamento dei lavori, riformulare le attività programmate e/o introdurre altre legate alla situazione epidemiologica.

Come da prassi consolidata, ACSS ha proposto anche per il 2021 **focus specifici** di approfondimento ed alcuni **progetti** finalizzati ad individuare strumenti di controllo condivisi e nuove modalità che consentano di proseguire l'attività di controllo nella complessità determinata dall'evoluzione del contesto in cui le ATS si trovano ad operare.

Con la **Delibera n. 7 del 22/12/2020** il Comitato di Direzione di ACSS ha adottato la proposta avente ad oggetto: "Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro 2021", demandando al Direttore dell'Agenzia gli adempimenti successivi, 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., avvenuta in data 24/12/2020 (prot. ACSSI_2020_0003004).

In data **10/02/2021** (prot. G1.2021.0009342), la DG Welfare ha inviato ad ACSS una nota contenente alcune osservazioni e proponendo alcune modifiche al testo prodotto.

Il Comitato di Direzione, su proposta della struttura tecnica dell'Agenzia, ha ritenuto di accogliere tutte le osservazioni e le integrazioni proposte dalla DG Welfare adottando la delibera **n. 3 del 17 febbraio 2021** avente ad oggetto: "Proposta integrata del Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro 2021", trasmessa dal Direttore dell'Agenzia all'attenzione della Giunta Regionale con nota (prot. acssl.2021.0000285) del **17/02/2021**.

La Giunta regionale con **DGR XI/4748 del 24/05/2021**, preso atto del "Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro 2020" e dei relativi allegati, ha disposto la trasmissione del documento al Presidente del Consiglio regionale per l'acquisizione del parere della III Commissione permanente Sanità e Politiche sociali.

Acquisito il documento (CRL.2021.0008574 del 25/05/2021) del Presidente del Consiglio regionale, la competente commissione, in data **24/06/2021** ha espresso parere favorevole senza rilievi, rimandando alla Giunta affinché con propria deliberazione sancisse la conclusione dell'iter formale di approvazione rendendo il PCPQ efficace.

Iter poi non completato causa mancata adozione dell'atto di approvazione conclusiva ad oggi non perfezionato.

FUNZIONI NON TARIFFATE – LETTERA E) DEL COMMA 4 ART.11 L.R. 33/2009 E S.M.I.

L'art.11, comma 4 lettera e) della Legge Regionale 33/2009 e s.m.i. attribuisce ad ACSS il compito di valutare la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione della **remunerazione delle funzioni non tariffate** e, in funzione degli esiti analitici, eventualmente proporre ulteriori indicatori alla Giunta Regionale.

In ottemperanza a tale mandato, ACSS, con continuità fin dall'anno di sua istituzione, ha predisposto diversi documenti tecnici di approfondimento sull'applicazione dell'istituto che, analizzando ciascuna funzione, hanno fatto emergere alcune criticità a fronte delle quali sono state espresse diverse raccomandazioni e suggerimenti, sia di carattere generale sia di carattere specifico, finalizzati alla revisione in **un'ottica di trasparenza** dell'intero processo di attribuzione. L'analisi ha contribuito a rafforzare il concetto delle funzioni non tariffate come una forma di finanziamento legato allo svolgimento di attività definite e misurabili, ma non tariffabili, e non come un contributo indistinto alla gestione.

Recependo i contenuti espressi ed accogliendo la proposta formulata da ACSS di attivazione di una collaborazione istituzionale nel rispetto dei reciproci ruoli, la Giunta Regionale si è impegnata con la DGR 1046 del 17/12/2018 ad una modifica nell'impianto dell'istituto *“che individuerà le attività da remunerare a funzione secondo criteri e costi standard stabiliti nel rispetto delle indicazioni fornite dall'Agenzia di Controllo del SSL.”*

In attuazione all'impegno assunto, la Giunta Regionale, con **DGR 2014 del 31/07/2019**, ha approvato, in allegato alla medesima, un documento denominato **“Criteri di assegnazione delle funzioni non tariffabili a valere per l'esercizio 2019 e seguenti”** con il quale ha avviato un percorso di progressiva modifica del processo nella sua interezza che, in prima istanza, ha previsto:

- la revisione/soppressione delle funzioni classificate da ACSS come “non più attuali” o aggiornabili;
- l'istituzione di altre di nuova concezione principalmente legate alla valorizzazione delle reti tempo dipendenti e della medicina territoriale;
- l'introduzione di un debito informativo di contabilità analitica, per gli erogatori privati, quale condizione necessaria per l'accesso all'istituto con la finalità di valorizzare le attività attraverso i “costi standard” sia degli erogatori pubblici che privati;
- l'utilizzo per la rappresentazione di ciascuna funzione degli **elementi essenziali** individuati da ACSS, di seguito presentati, quale modalità per illustrarne con trasparenza il contenuto.

IMPORTO STANZIATO	Rappresentazione della cifra stanziata per la funzione.
RAZIONALE DELLA FUNZIONE	Giustificazione oggettiva e specifica del ricorso al finanziamento a funzione, a causa dell'inadeguatezza del sistema tariffario nell'ambito oggetto di finanziamento, o dell'impossibilità di tradurre il finanziamento a funzione in tariffa.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Riferimento al dettato normativo del D.lgs. 502/1992; eventuali ulteriori disposizioni normative nazionali e regionali; atti regionali a supporto dell'attività finanziata.
BENEFICIARI	Qualora non sia possibile identificare in questa fase l'elenco preciso delle Strutture che rientrano tra i beneficiari della funzione, si chiede di descrivere la modalità di individuazione delle strutture.
COMPONENTI DI COSTO	Elenco delle componenti di costo alle quali il finanziamento intende contribuire.
FONTI DATI	Elenco puntuale delle fonti informative (flussi e dati) utilizzate per l'esecuzione dell'algoritmo.
ALGORITMO/CRITERIO ATTRIBUZIONE	DI Descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento.

Coerentemente con la modalità innovativa di interazione tra gli enti, la DGR impegna altresì la Giunta a:

- “[...] rimandare a successive verifiche, da effettuarsi con ACSS prima della assegnazione delle funzioni relative all'esercizio 2019, la definizione conclusiva degli aspetti di miglioramento degli algoritmi e dei criteri utilizzati per attribuire le risorse [...]”;
- “[...] dare atto della necessità di programmare con i competenti uffici della ACSS una attività di verifica periodica sulla raccolta e qualità dei dati necessari e, più in generale, sulla implementazione del nuovo sistema delle funzioni non tariffabili”.

L'insorgenza ed il protrarsi per le annualità 2020 e 2021 della situazione emergenziale legata all'infezione COVID 19 non hanno premesso il completamento del percorso previsto dal precedente capoverso, sebbene si sia proceduto al perfezionamento dell'atto di remunerazione per l'annualità 2021 per ottemperare la necessità di consentire la chiusura dei bilanci consuntivi delle aziende pubbliche.

METODO

Preso atto che l'evolversi della situazione pandemica avrebbe ritardato sia l'attivazione dei tavoli di confronto previsti dalla Giunta che la possibilità di formalizzare i controlli “in itinere” da parte delle ATS e considerato che l'impianto complessivo aveva carattere pluriennale (“per il 2019 e seguenti”) ACSS ha deciso di strutturare le proprie attività dando alla relazione un respiro pluriennale che sviluppasse nel 2021 le attività di analisi ed approfondimento propedeutiche alla strutturazione, nel 2022, di una proposta organica da produrre all'attivazione da parte di DG Welfare dei tavoli tecnici previsti dalla DGR 2014 e seguenti.

L'attività svolta nel 2021 ha pertanto previsto dapprima un raffronto tra il nuovo impianto di finanziamento con quello delle annualità precedenti, al fine di cogliere le mutazioni sostanziali fra le tipologie di attività finanziate e il processo di determinazione delle stesse e successivamente, per ciascuna funzione, una valutazione in merito ai contenuti espressi nell'Allegato 1 della DGR 2014/2019.

In particolare, ogni funzione è stata analizzata in considerazione dei seguenti parametri:

- aderenza alla normativa di riferimento;
- coerenza degli algoritmi di distribuzione degli importi con la finalità espressa dal razionale della funzione;
- correttezza di esecuzione del calcolo degli importi spettanti.

ACSS ha espresso raccomandazioni e suggerimenti per il superamento delle eventuali criticità e, per alcune funzioni, ha proposto nuovi modelli di calcolo.

Si ribadisce che, stante la staticità del sistema nel triennio 2019-2021, le osservazioni fatte per il 2019 sono estendibili alle due annualità successive

SINTESI

La riformulazione dell'impianto dell'istituto ha comportato un aumento nel numero delle Funzioni finanziate che è passato da 19 a 23.

Dall'analisi del nuovo impianto, e confrontando quest'ultimo con il precedente rispetto alle attività, oggetto di finanziamento, emerge che:

- **8 funzioni sono state mantenute senza alcuna modifica**, 2 di esse, connesse all'attività dei trapianti, sono state accorpate in un'unica funzione. Si precisa che fra quelle mantenute ve ne sono altre due sulle quali ACSS aveva espresso perplessità e fornito raccomandazioni e suggerimenti;
- **8 funzioni**, pur continuando a finanziare la medesima l'attività, **hanno subito sostanziali modifiche** (riformulazione del razionale e/o degli algoritmi di ripartizione e/o individuazione dei beneficiari);
- **3 funzioni, sono state espunte dal novero**;
- **7 funzioni sono di nuova istituzione** e finanziano attività non precedentemente considerate.

Per meglio comprendere le modifiche all'assetto nel suo complesso, si riporta di seguito una tabella nella quale le vecchie funzioni vengono ricondotte alle nuove in considerazione della tipologia di attività finanziata.

FUNZIONI 2018		FUNZIONI 2019
Funzioni che pur mantenendo costante l'oggetto del finanziamento hanno subito sostanziali modifiche	Altre attività di rilievo regionale	Centri di riferimento regionali nell'area dell'emergenza urgenza
		Centri di rilievo regionale
	Trattamento di pazienti anziani in area metropolitana ad alta intensità abitativa	Anziani in Acuzie ⁴
	Presidi EEUU Ospedali Montani	Funzionamento della rete di emergenza urgenza ospedaliera
	Strutture di ricovero dotate di Pronto Soccorso e finanziamento culle neonatali	Rete STEN, Culle neonatali in pronta disponibilità, screening neonatale
	Trasporto Neonatale	
	Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UONPIA)	Rete della Neuropsichiatria infantile territoriale ASST
	Molteplicità e complessità di livelli di erogazione nel territorio dei servizi di UONPIA e di psichiatria	Integrazione ospedale territorio dei percorsi relativi alla gestione del disagio mentale ASST
Funzioni che non hanno subito modifiche	Molteplicità di presidi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale ⁵	Rete d'offerta specialistica extraospedaliera ASST
	Formazione personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario	
	Complessità di gestione del file F	
	Obiettivi previsti dal Piano Regionale integrato della sanità pubblica Veterinaria	
	Attività di Ricerca degli IRCSS	
	Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro (UOOML)	
	Integrazione tariffaria per casi di AIDS trattati in regime ambulatoriale per terapia antiretrovirale	
	Altre attività connesse al trapianto d'organi	Prelievo di organi e tessuti - Altre attività connesse al trapianto d'organi
Funzioni di nuova istituzione	Prelievo di organi e tessuti	
		Minori in Acuzie
		Attività consultoriali garantite dal polo territoriale delle ASST
		Disponibilità posti ECMO
		Rete dei Centri vaccinali ASST
		Sanità penitenziaria di competenza ASST
		Standard Aggiuntivi previsti per il Sistema integrato per l'assistenza al trauma
		Standard Aggiuntivi previsti per la Rete per il trattamento dei pazienti con infarto con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI)"
Funzioni espunte		Stroke Unit e Neuroradiologia Interventistica nella gestione dell'Ictus
	Ampiezza del case-mix	
	Didattica universitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia	
	Funzione di complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici	

⁴ Si evidenzia che tra le funzioni di nuova istituzione vi è quella dedicata al trattamento dei pazienti anziani che, pur rientrando nella medesima area finanziata con la ex funzione "Trattamento di pazienti anziani in area metropolitana ad alta intensità abitativa", è stata riorientata al trattamento delle acuzie e contiene una quota parte dedicata alla Presa in Carico prevista dalla DGR 3263/2019

⁵ La funzione "Molteplicità di presidi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale", che nonostante con DGR 2014/2019 se ne era prevista l'eliminazione, sempre la stessa DGR, all'Allegato 1, nella scheda funzione dedicata alla "Rete d'offerta specialistica extraospedaliera ASST" dichiara che quest'ultima risulta essere "Ex Funzione 17 aggiornata modificando i criteri di attribuzione".

Poiché, per le annualità messe a confronto⁶, lo stanziamento complessivo annuo, così come stabilito dalle regole di sistema (DGR 1046/2018, DGR 2672/2019 e DGR 4232/2021) è rimasto invariato e nello specifico impegna complessivi **817,5 ml/Euro** così suddivisi:

- fino a **702 ml/Euro** per erogatori pubblici;
- fino a **115,5 ml/Euro** per erogatori privati,

ACSS ha ritenuto di procedere con la valutazione dell'impatto del nuovo impianto sulle somme complessivamente distribuite alle diverse tipologie di beneficiari per ciascun comparto (pubblico/privato).

Tipo Ente		STANZIATO	2018	2019
PRIVATI	Case Di Cura		€ 43.831.495	€ 41.705.879
	IRCCS		€ 71.668.503	€ 73.724.417
	Strutture non ospedaliere			€ 69.704
TOTALE PRIVATI		115.500.000	€ 115.499.998	€ 115.500.000
PUBBLICI	ASST		€ 567.474.520	€ 568.450.792
	ATS		€ 17.975.029	€ 17.703.759
	IRCCS		€ 63.590.189	€ 77.232.325
TOTALE PUBBLICI		702.000.000	€ 649.039.738	€ 663.386.877
Totale complessivo		817.500.000	€ 764.539.736	€ 778.886.877

Come già rilevato nelle analisi precedenti svolte da ACSS, la sequenza delle operazioni di calcolo e gli abbattimenti economici intermedi, hanno condotto ad una minore distribuzione pari a circa **50 ml/Euro** per gli erogatori afferenti al comparto pubblico.

Sempre in riferimento al comparto pubblico si osserva un incremento di circa **1 ml/Euro** distribuito su 28 ASST ed un sensibile incremento di più di **10 ml/Euro** attribuito ai 5 IRCCS riconducibile, quest'ultimo, alla sola funzione denominata "Attività di ricerca degli IRCCS".

Il fenomeno è altresì osservabile anche per il comparto privato laddove l'incremento di circa **2 ml/Euro** per gli IRCCS è stato compensato dalla riduzione delle risorse distribuite alle Case di Cura. La tabella evidenzia inoltre che il nuovo impianto ha ampliato la platea dei beneficiari del comparto privato classificati come strutture non ospedaliere.

Al fine di fornire un quadro complessivo delle variazioni sulle attività finanziate, sia con riferimento agli stanziamenti iniziali che alle cifre distribuite, le funzioni sono state raggruppate in aree omogenee.

⁶ si ricorda che quanto detto per l'annualità 2019 vale anche per le annualità successive 2020 e 2021

	STANZIATO			DISTRIBUITO		
	2018	2019	DELTA	2018	2019	DELTA
Attività connesse al trapianto d'organi						
Altre attività connesse al trapianto d'organi	11,0	-		10,8	-	
Prelievo di organi e tessuti	6,4	-		6,2	-	
Prelievo di organi e tessuti - Altre attività connesse al trapianto d'organi	-	15,0		-	15,0	
Attività connesse al trapianto d'organi Totale	17,4	15,0	-2,4	17,0	15,0	-2,0
Attività di Ricerca e Didattica						
Attività di Ricerca degli IRCSS	72,9	73,0		58,5	73,0	
Didattica universitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia	2,3	-		1,6	-	
Formazione personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario	31,9	25,0		28,0	23,9	
Attività di Ricerca e Didattica Totale	107,1	98,0	-9,1	88,1	96,9	+8,8
Complessità territoriale ed organizzativa						
Ampiezza del case-mix	28,3	-		27,1	-	
Anziani in Acuzie	-	100,0		-	81,9	
Attività consultoriali garantite dal polo territoriale delle ASST	-	20,0		-	20,0	
Disponibilità posti ECMO	-	10,0		-	9,6	
Funzione di complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori	132,2	-		125,1	-	
Molteplicità di presidi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale	61,1	-		59,2	-	
Rete d'offerta specialistica extraospedaliera ASST	-	25,0		-	25,0	
Rete dei Centri vaccinali ASST	-	30,0		-	30,0	
Sanità penitenziaria di competenza ASST	-	14,5		-	14,5	
Trattamento di pazienti anziani in area metropolitana ad alta intensità abitativa	91,2	-		88,5	-	
Complessità territoriale ed organizzativa Totale	312,8	199,5	-113,3	300,0	180,9	-119,0
Emergenza Urgenza						
Funzionamento della rete di emergenza urgenza ospedaliera	-	235,0		-	235,0	
Minori in Acuzie	-	20,0		-	19,2	
Presidi EEUU Ospedali Montani	7,3	-		7,3	-	
Rete STEN, Cule neonatali in pronta disponibilità, screening neonatale	-	8,0		-	7,8	
Standard Aggiuntivi previsti per il Sistema integrato per l'assistenza al trauma	-	40,0		-	39,1	
Standard Aggiuntivi previsti per la Rete per il trattamento dei pazienti con infarto con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI)	-	25,0		-	21,7	
Stroke Unit e Neuroradiologia Interventistica nella gestione dell'Ictus	-	15,0		-	12,5	
Strutture di ricovero dotate di Pronto Soccorso e finanziamento cule neonatali	244,4	-		226,8	-	
Trasporto Neonatale	1,0	-		1,0	-	
Emergenza Urgenza Totale	252,7	343,0	+90,3	235,1	335,3	+100,2
Gestione File F						
Complessità di gestione del file F	21,0	-		19,8	-	
Costo della distribuzione File F	-	21,0		-	20,7	
Gestione File F Totale	21,0	21,0	-	19,8	20,7	+1,0
Malattie rare						
Altre attività di rilievo regionale	21,0	-		20,1	-	
Centri di rilievo regionale	-	19,0		-	14,2	
Costo della gestione monitoraggio dei pazienti in carico per assunzione farmaci	-	8,0		-	6,1	
Integrazione tariffaria per casi di AIDS trattati in regime ambulatoriale per terapia antiretrovirale	11,9	-		11,3	-	
Malattie rare Totale	32,9	27,0	-5,9	31,4	20,3	-11,1
Malattie rare - Emergenza Urgenza						
Centri di riferimento regionali nell'area dell'emergenza urgenza	-	4,5		-	4,0	
Malattie rare - Emergenza Urgenza Totale	-	4,5	+4,5	-	4,0	+4,0
Medicina del lavoro ospedaliero						
Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro (UOOML)	3,7	3,5		3,6	3,5	
Medicina del lavoro ospedaliero Totale	3,7	3,5	-0,2	3,6	3,5	-0,2
Neuropsichiatria e disagio mentale						
Integrazione ospedale territorio dei percorsi relativi alla gestione del disagio	-	60,0		-	57,1	
Molteplicità e complessità di livelli di erogazione nel territorio dei servizi di UONPIA e di psichiatria	34,3	-		34,3	-	
Rete della Neuropsichiatria infantile territoriale ASST	-	30,0		-	29,8	
Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UONPIA)	20,1	-		19,8	-	
Neuropsichiatria e disagio mentale Totale	54,4	90,0	+35,6	54,1	86,9	+32,8
Sanità veterinaria						
Obiettivi previsti dal Piano Regionale integrato della sanità pubblica Veterinaria	15,5	16,0		15,5	15,4	
Sanità veterinaria Totale	15,5	16,0	+0,5	15,5	15,4	-0,1
Totale complessivo	817,5	817,5	-	764,5	778,9	+14,3

La tabella evidenzia la maggiore attenzione posta al finanziamento di attività legate all'emergenza urgenza che hanno assorbito buona parte delle risorse lasciate libere dalle funzioni espunte in quanto non più attuali.

L'impianto evidenzia altresì una maggiore attenzione all'area della Neuropsichiatria e Disagio Mentale per la quale lo stanziamento è stato aumentato del 60,5%.

Altro elemento valutato positivamente è la riallocazione delle risorse destinate alla complessità organizzativa sulle nuove funzioni legate alla medicina territoriale.

ESITI

Il quadro complessivo espresso dal nuovo impianto rappresenta un'evoluzione positiva per quanto concerne le attività oggetto del finanziamento.

L'analisi condotta ha fatto emergere, in taluni casi:

- **incongruenza tra il razionale e l'algoritmo o i criteri di distribuzione delle risorse**, che, pur essendo formalmente corretti, sembrano rispondere ad una logica diversa rispetto a quella espressa nel razionale;
- la necessità che, laddove l'accesso alla funzione sia subordinato al possesso di determinati requisiti, gli stessi **siano definiti preventivamente in maniera precisa** affinché possano essere oggetto di verifica, anche nelle fasi intermedie;
- che diverse funzioni finanzino le medesime attività; la coerenza deve essere ricercata non solo all'interno della funzione, ma tra le funzioni stesse, considerate quali parti di un unico ed organico sistema di finanziamento. Si raccomanda, in una visione sinottica, di prevedere le opportune esclusioni.

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 attribuisce ad ACSS la funzione di valutare la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione delle Maggiorazioni Tariffarie (MT) di cui all'articolo 27 bis.

In ottemperanza a tale mandato, nei suoi documenti ⁷, ACSS ha evidenziato la necessità di rivedere, in un'ottica di maggiore trasparenza, l'intero processo di attribuzione e, contestualmente, ha segnalato alcune criticità, principalmente legate a formulazioni equivocabili dei criteri di accesso all'istituto e di attribuzione delle fasce di maggiorazione. Tali criteri, infatti, risultando passibili di interpretazioni non univoche, potevano esitare in un'assegnazione di punteggi e in una conseguente allocazione delle risorse non coerenti con la *ratio* dell'istituto stesso.

Con **DGR XI/1153 del 21/01/2019**, la Giunta Regionale ha fornito specifiche in merito all'interpretazione dei criteri di cui alla DGR 350/2010 e s.m.i. recependo in parte le osservazioni formulate da ACSS, lasciando tuttavia invariato l'iter procedurale di applicazione dell'istituto, la cui conclusione non è sancita da un atto di Giunta, bensì da **decreti dirigenziali** inviati ai singoli beneficiari e alle ATS interessate,

L'avvio delle procedure di verifica, da parte di ACSS è avvenuto successivamente alle comunicazioni ufficiali da parte della competente struttura regionale in merito a tali decreti ed è esitato in una relazione approvata con **Determina del Direttore n. 59 del 17.06.2021**.

Si precisa che l'analisi è stata condotta sulle disposizioni attualmente vigenti, che in parte colgono le raccomandazioni e i suggerimenti forniti da ACSS negli anni, e dall'analisi della documentazione resa disponibile dalla DG Welfare.

METODI

Al fine di fornire spunti di riflessione sul processo di determinazione degli importi distribuiti, la relazione è stata strutturata includendo, in una prima parte, una descrizione del macro-processo di attribuzione del contributo, corredata dalla rappresentazione delle sue dimensioni più rilevanti e, nella seconda, di natura più tecnica, l'analisi di dettaglio delle singole fasi finalizzata alla valutazione della corretta applicazione dei criteri di accesso identificati e degli indicatori individuati per l'attribuzione delle fasce di maggiorazione.

La relazione si conclude con una proposta elaborata da ACSS per la revisione dell'impianto complessivo di attribuzione delle fasce (par. *Proposta di un modello per la*

⁷Relazione sulle maggiorazioni tariffarie – Det. ACSS no. 6 del 14/02/2018)

Valutazione metodologica preventiva su proposta di completamento dell'iter di attribuzione dell'istituto di maggiorazioni tariffarie ex art. 27 bis L.R. 33/2009 per gli anni 2013-2017"

determinazione delle fasce) e con una rappresentazione sintetica delle osservazioni e delle raccomandazioni emerse nel documento, formulata in ottica integrata.

SINTESI

Nel 2010, Regione Lombardia, esercitando l'autonomia legislativa stabilita dalla riforma del Titolo V della Costituzione con la L.R. 7/2010, che ha integrato la L.R. 33/2009, ha introdotto l'istituto delle maggiorazioni tariffarie con l'obiettivo di supportare quelle strutture ospedaliere che erogano l'attività di didattica e ricerca nella copertura dei maggiori costi assistenziali legati:

- alla frequenza presso i reparti convenzionati di studenti iscritti al Corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia finalizzate all'espletamento delle 1500 ore di **attività professionalizzante** previste nell'arco del corso di studi (Didattica universitaria);
- alle attività assistenziali e di diagnostica relative a sperimentazioni cliniche o ad altri studi scientifici **con arruolamento di pazienti** (trial clinici) presso i centri (Ricerca).

Il perimetro normativo di riferimento dell'istituto è definito dall'art. 27 bis della L.R. 33/2009 integrato dalle disposizioni della Giunta che prevede la possibilità di accedere all'istituto, su istanza volontaria e previa verifica della sussistenza di alcuni criteri di accesso:

- ✓ gli **IRCCS** pubblici o privati per l'attività di ricerca svolta presso le proprie strutture;
- ✓ le **strutture di ricovero e cura o gli IRCCS, pubblici e privati** convenzionati con le facoltà universitarie lombarde come sedi didattiche **per i Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia**.

I beneficiari possono accedere al finanziamento **alternativamente per l'attività di didattica o per l'attività di ricerca**.

La norma identifica l'istituto come alternativo ad alcune Funzioni non Tariffate (di seguito FNT)⁸ e in particolare a quella della didattica universitaria. Regione Lombardia, con DGR 2014/2019, recependo le indicazioni fornite da ACSS, ha espunto alcune funzioni dal novero di quelle previste, tra cui quella della didattica universitaria, stante la presenza di uno specifico canale di finanziamento costituito dalle c.d. maggiorazioni tariffarie ex art. 27 bis L.R. n. 33/2009 e s.m.i.

L'applicazione pratica dell'istituto della maggiorazione tariffaria consiste in una remunerazione pari a un **incremento percentuale**, applicato al valore della produzione finanziato, derivante da attività di ricovero:

- **di ciascun reparto clinicizzato** (sede di attività professionalizzante) per gli erogatori che accedono al finanziamento della **didattica**;
- **di tutti i reparti della struttura** per gli erogatori che accedono al finanziamento della **ricerca**.

⁸ Art. 27 bis, comma 6: "Il riconoscimento della maggiorazione sulle tariffe preclude il riconoscimento degli eventuali contributi economici ricevuti, di cui all'articolo 27 quater, nonché delle funzioni di didattica universitaria, di ampiezza del case mix e di integrazione tariffaria per percentuale di pazienti extraregionali superiore alla media regionale."

La norma identifica un **tetto massimo di incremento** percentuale separatamente per didattica e ricerca, dando mandato alla Giunta di identificare con propri atti:

- gli indicatori e le modalità operative per la determinazione dello spettante, sulla base dei criteri identificati dai commi 2⁹-3¹⁰ dell'art. 27 bis;
- la determinazione dei **parametri**¹¹ per la verifica del consolidamento dei bilanci e per l'assolvimento dell'impegno di cui ai commi 5 e 4 dell'art. 27 bis;
- l'ammontare annuale complessivo di risorse da destinare all'istituto di cui al comma 7 dell'art. 27 bis.

In fase attuativa la Giunta ha provveduto alla declinazione di quanto previsto dalla norma con la DGR 350/2010 che ha definito l'impianto della procedura di riconoscimento delle maggiorazioni; tale atto è stato negli anni aggiornato e integrato da DGR successive che tuttavia non hanno modificato l'impianto di base originariamente determinato.

Al fine di fornire un quadro esaustivo del fenomeno e un suo dimensionamento in termini economici, si è ritenuto opportuno rappresentare l'analisi della tendenza per le annualità 2013-2019 e fornire dettagli in merito alle variazioni verificatesi nelle attività finanziate.

Come evidenziato dalla **Tabella 1**, fin dall'anno di prima applicazione, le risorse destinate all'istituto e la loro distribuzione tra erogatori pubblici e privati sono rimaste invariate, con la sola eccezione dell'anno 2013, durante il quale gli erogatori privati beneficiavano complessivamente di 700.000 euro in più.

⁹ Art. 27 bis, comma 2: "Per le strutture sanitarie e sociosanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, fino ad un massimo del 25 per cento, in base ai seguenti criteri:

a) numero dei posti letto attivi destinati alle attività didattiche;

b) numero degli studenti frequentanti il polo didattico;

c) numero del personale formalmente dedicato alla formazione e al tutoraggio."

¹⁰ Art. 27 bis, comma 3: "Per gli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditati e a contratto la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, fino ad un massimo del 19 per cento, in base ai seguenti criteri:

a) numero del personale addetto alle attività di ricerca per posto letto;

b) numero di progetti di ricerca in corso di svolgimento presso la struttura;

c) impact factor standardizzato della struttura."

¹¹ Art. 27 bis, comma 4: "La maggiorazione tariffaria è riconosciuta ai soggetti di cui al comma 1, su richiesta degli stessi, corredata da dichiarazione di formale impegno a:

a) rispettare gli standard definiti dalla Giunta regionale in ordine all'instaurazione, in via prioritaria e prevalente, di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con i medici e con il personale infermieristico;

b) presentare il consolidamento dei bilanci con evidenziazione dei conti economici relativi all'attività sanitaria;

c) perseguire la razionalizzazione dei costi dell'organizzazione delle attività e conseguentemente delle prestazioni erogate nei piani strategici triennali per gli IRCCS di diritto pubblico e per le strutture di ricovero e cura pubbliche convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, o in appositi documenti programmatici a valenza triennale per gli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto e per le strutture di ricovero e cura private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia."

Art. 27 bis, comma 5: "La Giunta regionale determina i parametri economici per la verifica del consolidamento dei bilanci, tenendo conto della distinzione fra attività di ricerca e attività sanitaria esercitata nella Regione, nonché le modalità di assolvimento dell'impegno di cui al comma 4. Il mancato assolvimento dell'impegno comporta la revoca delle maggiorazioni di cui ai commi 2 e 3."

Tabella 1 Risorse destinate all'istituto delle Maggiorazioni Tariffarie dal 2013 al 2019, suddivise per natura dell'erogatore.

NATURA EROGATORE	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PRIVATO	63.000.000	62.300.000	62.300.000	62.300.000	62.300.000	62.300.000	62.300.000
PUBBLICO	137.000.000	137.000.000	137.000.000	137.000.000	137.000.000	137.000.000	137.000.000
TOTALE	200.000.000	199.300.000	199.300.000	199.300.000	199.300.000	199.300.000	199.300.000

In considerazione del fatto che l'istituto finanzia, con un unico articolo di legge ed un unico stanziamento annuale, due distinte attività, quali la didattica universitaria e la ricerca, si dà evidenza che l'istituto ha, fin dal 2013, finanziato in modo preponderante l'attività di didattica universitaria rispetto a quella di ricerca.

Tabella 2 Risorse destinate all'istituto delle Maggiorazioni Tariffarie dal 2013 al 2019, suddivise per natura dell'erogatore e tipologia della domanda (milioni di euro).

NATURA EROGATORE	TIPOLOGIA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	DELTA
PRIVATO	RICERCA	21,4	17,8	15,2	15,8	15,7	16,5	14,8	-6,7
	DIDATTICA	41,6	44,5	47,1	46,5	46,6	45,8	47,5	+6,0
PRIVATO TOTALE		63,0	62,3	62,3	62,3	62,3	62,3	62,3	
PUBBLICO	RICERCA	7,9	7,7	7,6	7,6	7,7	7,4	7,2	-0,8
	DIDATTICA	129,1	129,3	129,4	129,4	129,3	129,6	129,8	+0,8
PUBBLICO TOTALE		137,0	137,0	137,0	137,0	137,0	137,0	137,0	

L'osservazione della tendenza evidenzia inoltre un progressivo travaso di risorse (circa 7 mln di euro) sempre a favore dell'attività di didattica; tale fenomeno ha interessato principalmente gli erogatori privati (**Tabella 2**) come conseguenza di più fattori concorrenti, e nello specifico:

- riduzione del numero di IRCCS privati che hanno presentato istanza (da 9 a 7);
- differenze sostanziali fra i set di indicatori utilizzati per determinazione della fascia di appartenenza;
- modalità operativa di determinazione degli importi;
- impegno sempre crescente delle strutture private nella didattica universitaria.

Dettagliando maggiormente i dati sinora rappresentati, ovvero valutando la **tipologia degli Enti**, emerge una sostanziale stabilità nel numero di beneficiari negli anni; si registra unicamente la riduzione nel numero di IRCCS privati che hanno presentato l'istanza e l'inclusione di una ASST nella didattica universitaria. Di seguito, si riportano due tabelle: la prima (**Tabella 3**) rappresenta, per attività di didattica e di ricerca, il numero di Enti beneficiari distinti per tipo; la seconda (**Tabella 4**), con la medesima modalità, l'importo distribuito.

Tabella 3. Numero di Enti beneficiari delle Maggiorazioni Tariffarie, suddivisi per tipologia della domanda e tipo di Ente (anni 2013-2019).

TIPOLOGIA	TIPO ENTE	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
RICERCA	IRCCS - PRIVATO	9	8	8	8	8	8	7
	IRCCS - PUBBLICO	3	3	3	3	3	3	3
RICERCA TOTALE		12	11	11	11	11	11	10
DIDATTICA	ASST	7	7	7	7	7	8	8
	CASA DI CURA ACCREDITATA A CONTRATTO	2	2	2	2	2	2	2
	IRCCS - PRIVATO	4	4	4	4	4	4	4
	IRCCS - PUBBLICO	2	2	2	2	2	2	2
DIDATTICA TOTALE		15	15	15	15	15	16	16
TOTALE		27	26	26	26	26	27*	26*

* Un medesimo Ente viene conteggiato due volte, una volta come Casa di Cura e una seconda volta come IRCCS - Privato, poiché annovera due strutture di tipologia diversa che beneficiano rispettivamente l'una della maggiorazione per la didattica, l'altra della maggiorazione per la ricerca.

Tabella 4. Valore dell'importo distribuito dall'istituto delle Maggiorazioni Tariffarie, per tipologia di domanda e tipo di Ente (anni 2013-2019; valori espressi in milioni di euro).

TIPOLOGIA	TIPO ENTE	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
RICERCA	IRCCS - PRIVATO	21,4	17,8	15,2	15,8	15,7	16,5	14,8
	IRCCS - PUBBLICO	7,9	7,7	7,6	7,6	7,7	7,4	7,2
RICERCA TOTALE		29,4	25,5	22,9	23,4	23,4	23,8	22,0
DIDATTICA	ASST	82,7	81,8	82,7	86,2	91,2	93,0	93,1
	CASA DI CURA ACCREDITATA A CONTRATTO	1,0	1,0	1,1	1,1	0,9	1,1	1,1
	IRCCS - PRIVATO	40,6	43,5	46,0	45,4	45,7	44,8	46,4
	IRCCS - PUBBLICO	46,4	47,5	46,7	43,3	38,1	36,6	36,7
DIDATTICA TOTALE		170,6	173,9	176,4	175,9	175,9	175,5	177,3
TOTALE		200,0	199,3	199,3	199,3	199,3	199,3	199,3

Altro tema di riflessione proposto è il rapporto esistente tra le maggiorazioni tariffarie per la ricerca, la funzione non tariffata per la ricerca e il già citato finanziamento ministeriale per la ricerca corrente.

Seppur, come evidenziato dalla **Tabella 5**, le finalità dei due finanziamenti regionali siano simili ma non esattamente coincidenti, laddove si analizzi il processo con cui vengono distribuite le risorse, si nota che la fonte informativa e pertanto le attività che gli istituti vanno a finanziare sono le medesime.

Tabella 5. Descrizione di Funzione Non Tariffata della Ricerca, Maggiorazione Tariffaria per la Ricerca e finanziamento ministeriale di Ricerca Corrente.

DESCRIZIONE FUNZIONE NON TARIFFATA DELLA RICERCA	DESCRIZIONE MAGGIORAZIONE TARIFFARIA PER LA RICERCA	FINANZIAMENTO CORRENTE DELLA RICERCA
Accedono a questa funzione gli IRCCS di diritto pubblico e privato della Regione Lombardia. La funzione non è finalizzata a coprire i costi per la ricerca «corrente» e «finalizzata», che vengono riconosciuti dal Ministero attraverso specifici finanziamenti, ma rappresenta un contributo regionale al potenziamento della funzione di ricerca.	Accedono a questa funzione gli IRCCS di diritto pubblico e privato della Regione Lombardia che hanno presentato l'istanza entro i termini. La maggiorazione si propone di coprire i maggiori costi assistenziali legati all'attività di ricerca svolta nella struttura (trial clinici).	Gli IRCCS organizzano in autonomia le loro ricerche nell'ambito di linee di attività approvate dal Comitato Tecnico Scientifico coerenti con il settore di riconoscimento. Il finanziamento della Ricerca Corrente avviene annualmente dopo la verifica delle attività scientifiche di ricerca, assistenziali e di collaborazione con altri Enti a livello nazionale e internazionale svolte nell'anno precedente attraverso l'utilizzo di parametri competitivi previsti dalla Programmazione triennale degli IRCCS.

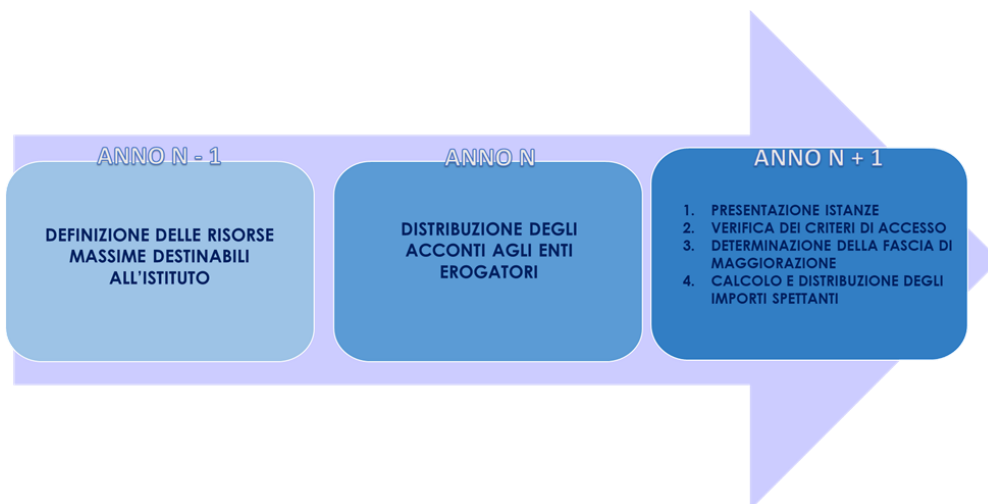
Al fine di rafforzare quanto già detto, si fornisce in seguito un dimensionamento economico del fenomeno, con riferimento all'annualità 2019; l'importo riportato per MT e FNT è stato determinato anche sulla base delle informazioni trasmesse al Ministero della Salute relativamente al finanziamento Ricerca Corrente per l'anno 2018 (**Tabella 6**).

Tabella 6. Importi finanziati attraverso i 3 istituti con riferimento agli indicatori 2018.

STRUTTURA	FINANZIAMENTO RICERCA CORRENTE 2018	MAGGIORAZIONI TARIFFARIE 2019	FUNZIONE NON TARIFFATA RICERCA 2019	TOTALE FINANZIATO REG. LOMBARDIA	% SUL FINANZIAMENTO MINISTERIALE
1_IRCCS-PRIV_1	2.227.909	3.803.932	1.797.225	5.601.158	251%
16_IRCCS-PRIV_1	3.328.903	2.328.974	2.593.486	4.922.460	148%
17_IRCCS-PRIV_1	1.919.379	1.053.780	1.704.584	2.758.364	144%
18_IRCCS-PRIV_1	6.716.772	2.495.616	4.744.333	7.239.949	108%
19_IRCCS-PUB_1	8.009.327	4.909.666	10.253.986	15.163.651	189%
20_IRCCS-PUB_1	3.860.212	1.750.523	4.386.019	6.136.542	159%
21_IRCCS-PRIV_1	1.403.417	282.067	1.028.450	1.310.517	93%
22_IRCCS-PUB_1	1.816.119	507.839	-	507.839	28%
23_IRCCS-PRIV_1	1.496.150	270.634	898.416	1.169.050	78%
24_IRCCS-PRIV_5	3.083.311	4.552.005	3.125.086	7.677.092	249%
TOTALE	33.861.501	21.955.037	30.531.584	52.486.621	

Il processo di definizione e attribuzione delle maggiorazioni **non risulta formalmente descritto in alcun atto normativo**; tuttavia, da una lettura degli atti di riferimento e dal materiale nella disponibilità di ACSS, è stato possibile individuare una sequenza di fasi temporalmente distinte.

È importante precisare che, essendo le fasi del processo **conseguenziali e strettamente connesse le une con le altre**, ogni eventuale intervento di modifica o errore materiale su una di queste, ha impatto sulla determinazione finale degli importi spettanti di tutte le strutture beneficiarie.



Alla fine di ogni anno, in occasione dell'emanazione delle Regole di sistema, la Giunta Regionale dà avvio al procedimento con la determinazione delle risorse da destinare all'istituto delle maggiorazioni; nel medesimo atto vengono definiti sia il tetto massimo di risorse da destinare all'istituto e il tetto massimo erogabile agli erogatori privati, sia l'entità percentuale erogabile a titolo di acconto (per l'annualità 2019 pari al 60% dell'importo attribuito nell'ultima validazione formale). Dall'analisi del processo emerge tuttavia uno scostamento temporale tra l'erogazione degli acconti e la determinazione degli importi; attualmente, infatti, per l'anno di competenza N, l'erogazione degli acconti avviene nell'anno N, presupponendo di fatto che nell'anno N+1 i beneficiari presentino istanza, mantengano i requisiti di accesso e vengano collocati nella medesima fascia di maggiorazione dell'ultima validazione formale.

Dal punto di vista meramente operativo è nell'anno successivo a quello di competenza che il processo in analisi trova la sua realizzazione con step riconducibili alle seguenti fasi:

FASE 1: PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE	L'istanza deve essere corredata di tutta la documentazione necessaria ai fini della valutazione dei criteri di accesso e del calcolo degli indicatori per la didattica o la ricerca e deve pervenire <u>entro la fine di febbraio N+1</u>. L'avvio della procedura viene sancito da una nota regionale, che tuttavia è stata inviata a un numero ridotto di potenziali beneficiari (quelli che avevano beneficiato del finanziamento per le annualità precedenti).
FASE 2: VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALL'ISTANZA	L'art. 27 bis della L.R. 33/2009, tradotto in disposizioni tecniche dalla successiva DGR 350/2010 e smi, prevede quattro criteri per l'accesso all'istituto: - percentuale dei <u>rapporti di lavoro a tempo indeterminato di personale medico e infermieristico impiegati nell'attività di reparto</u> <u>≥70%</u>. La DGR 1153/2019 ha introdotto azioni di verifica poste in capo alle ATS, alle quali spetterebbe il compito di svolgere un monitoraggio periodico sulle autocertificazioni trasmesse dagli Enti; - presentazione del <u>consolidamento dei bilanci con evidenziazione dei conti economici relativi all'attività sanitaria</u>. La DGR 1153/2019 ha posto in capo alle ATS, a far data dal 2019, l'esame della documentazione contabile degli erogatori che hanno presentato l'istanza. Le ATS sono chiamate a relazionare alla

	DG Welfare, con i dettagli indicati nella DGR 1986/2019, l'avvenuta verifica della documentazione contabile, la stipula dei contratti di servizio per l'anno 2019 e la avvenuta certificazione del bilancio da parte dei competenti organi di controllo interni o esterni; • <i>formale attestazione dell'impegno a reinvestimento del 70% dell'utile di bilancio nella struttura (solo erogatori privati);</i> • <i>razionalizzazione dei costi dell'organizzazione delle attività.</i> La DGR 1153/2019 ha posto in capo alle ATS, a far data dal 2019, l'esame sui Piani strategici triennali/Documenti programmatici triennali degli erogatori che hanno presentato l'istanza; a tale scopo, le ATS rassegnano apposita relazione a DG Welfare;
FASE 3: DETERMINAZIONE DELLA FASCIA DI APPARTENENZA	La DG Welfare classifica le strutture come richiedenti la maggiorazione per la didattica o per la ricerca. In particolare, per gli IRCCS che sono anche sede di attività di didattica universitaria procede con la verifica che i posti letto effettivamente utilizzati dai reparti clinicizzati siano almeno il 75% del totale dei posti letto ordinari effettivamente utilizzati e, se tale criterio risulta soddisfatto, classifica l'IRCCS come beneficiario della maggiorazione per la didattica. Definita la lista dei beneficiari per ciascuna tipologia di maggiorazione, provvede alla valorizzazione degli indicatori: a ogni avente diritto viene assegnato un punteggio per ciascun indicatore (didattica o ricerca) e successivamente vengono sommati i valori ottenuti nei vari indicatori. In base alla somma ottenuta, a ciascun avente diritto viene associata una fascia di maggiorazione, cui corrisponde una percentuale. Sulla base dei criteri contenuti nella L.R. 33/2009, la 350/2010 ha individuato i seguenti 5 indicatori per la didattica: • Numero posti letto (PL) didattica/PL totali; • Numero complessivo di studenti che frequentano corsi presso la sede ospedaliera; • Numero ore/anno per studente; • Numero anni corso; • Numero tutor ospedalieri. Osservando i dati si nota che, per ogni singola struttura, il valore del punteggio attribuito a ciascun indicatore presenta una certa omogeneità: nella maggior parte dei casi, <u>ogni struttura ha un punteggio prevalente per i diversi indicatori</u>. Tale fenomeno nasce dalla logica di costruzione del set degli indicatori, incentrata a valorizzare elementi strettamente correlati fra loro e che si muovono omogeneamente rispetto al variare del numero assoluto dei reparti convenzionati. La medesima DGR ha individuato i seguenti quattro indicatori per la ricerca: • Numero ricercatori/PL; • Numero pazienti in trials clinici; • Impact factor standardizzato; • Impact factor per 1000 euro di fatturato. ACSS evidenzia che, in caso di enti con presidi IRCCS extra-lombardi, le informazioni utilizzate per la costruzione degli indicatori e per la conseguente attribuzione dei punteggi, possono non essere esclusive delle strutture lombarde che ricevono il finanziamento: ciò genera possibili storture nella distribuzione di risorse e allontana l'attuazione dell'istituto dalla finalità espressa dalla norma ossia supportare le strutture regionali nei costi assistenziali annessi ai trial clinici che coinvolgono i pazienti ricoverati nella struttura.
FASE 4: CALCOLO DEGLI IMPORTI SPETTANTI (teorico e riconosciuto)	Ai fini della determinazione dell'importo teorico, la percentuale di maggiorazione corrispondente alla fascia di appartenenza dell'avente diritto viene applicata al valore finanziato della struttura (nel caso della ricerca) o dei reparti clinicizzati (nel caso della didattica). Successivamente, qualora la somma degli importi teorici determinati per tipologia di erogatore ecceda la soglia di risorse massime erogabili indicata nelle Regole di Sistema, agli importi teorici viene applicata una percentuale di abbattimento, calcolata – separatamente per pubblici e privati – come rapporto tra risorse massime stanziare e somma degli importi teorici. Il valore così ottenuto costituisce l'importo riconosciuto ossia l'ammontare del finanziamento che verrà effettivamente erogato agli aventi diritto. Considerato che il sistema di calcolo dei contributi risulta agganciato al fatturato per ricoveri ordinari, ACSS evidenzia che, in particolare per la didattica, a parità di punteggio ottenuto negli indicatori le strutture possono beneficiare di importi anche molto differenti tra loro.

ESITI

Dall'analisi condotta nella relazione, che si richiama integralmente per le informazioni di dettaglio, è emersa la necessità cogente, già ribadita nelle precedenti relazioni, di semplificare il processo di attribuzione delle risorse allocate dall'istituto, renderlo trasparente, tracciabile e soprattutto maggiormente focalizzato sulla finalità espressa dalla norma.

È stato elaborato un quadro sinottico delle osservazioni principali e dei suggerimenti per il superamento delle criticità stesse, trasmesso a DGW.

Le osservazioni sono state organizzate in un'ottica integrata rispetto al tema proposto e alla fase di processo in cui si collocano e classificate secondo il livello decisionale di coinvolgimento ipotizzato per la relativa risoluzione secondo le seguenti modalità:

- **Livello Istituzionale:** le criticità a questo livello richiedono un intervento legislativo di recepimento di modifiche de facto o di modifica dell'attuale configurazione normativa;
- **Livello Esecutivo:** rientrano nel seguente livello le criticità che, in conformità con quanto stabilito a livello normativo, presuppongono l'intervento della Giunta Regionale sul piano tecnico/decisionale e per l'emanazione di opportuni atti pubblici;
- **Livello Operativo:** in questo livello rientrano le criticità riscontrate nell'iter tecnico di definizione delle somme spettanti. Trattandosi di criticità operative, l'implementazione di azioni di miglioramento, volte a garantire coerenza e trasparenza rispetto al dettato normativo, può essere effettuata dalle competenti strutture tecniche di DG Welfare.

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

A seguito dell'impatto clinico-organizzativo della pandemia di COVID-19 sul SSR, DG Welfare ha sospeso dal 2020 la rilevazione dei flussi di Customer Satisfaction e il processo di ricezione del flusso dei reclami e delle azioni di miglioramento (*con mail del 7 luglio 2020 della Struttura di Comunicazione e Sviluppo del Modello di Presa in Carico).

In considerazione di tali sospensioni, ACSS, nel PCPQ 2021, ha fornito indicazioni alle ATS che fosse posto un focus specifico sulle segnalazioni relative all'emergenza Covid-19 e ad altre particolari e rilevanti condizioni, che a causa del mancato iter finale del PCPQ 2021, non ha trovato specifica applicazione.

LR 15/2020: SURVEY SULLA SICUREZZA DEL PERSONALE SANITARIO DEL SSR LOMBARDO

La violenza verbale e fisica contro gli operatori sanitari rappresenta un fenomeno emergente e sottostimato. Gli episodi di **aggressione contro il personale del SSN costituiscono eventi sentinella**, in quanto segnali di situazioni di rischio o vulnerabilità, e hanno un forte impatto sulla sicurezza del luogo di lavoro e delle cure che andrebbe affrontato sia in termini di prevenzione sia di contenimento con adeguate misure, come previsto dalla **raccomandazione n. 8/2007 del Ministero della Salute**.

Al momento, il monitoraggio indiretto degli agiti aggressivi attraverso l'analisi degli eventi sentinella, però, non risulta efficace in quanto il fenomeno viene sottostimato e sotto segnalato. La nota problematica, in continuo aumento, ha portato all'approvazione della **Legge 113 del 14.08.2020 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni"**, che prevede l'istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie e che prevede, fra l'altro, a specifiche modifiche del Codice Penale, nonché misure di prevenzione e l'istituzione della Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari.

Già nel 2019 la Regione Lombardia con la **DGR Lombardia XI/1986 del 23/07/2019 "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio"** - Sub Allegato C, affronta il fenomeno fornendo indicazioni di comportamento e metodologie di analisi al fine di poter prevenire e contrastare tale fenomeno.

Il **30 giugno 2020** il Consiglio Regionale Lombardia ha approvato all'unanimità la **Legge Regionale n. 15/2020** sul contrasto e la prevenzione degli episodi di violenza a danno degli operatori delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, delle Agenzie di tutela della salute (ATS) e dell'Azienda regionale emergenza urgenza (AREU).

La norma pone in capo all'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario lombardo (ACSS) il **monitoraggio degli episodi di violenza** commessi ai danni del personale del SSR, nonché funzioni di attività consultiva, in particolare per l'applicazione delle linee guida.

Nello specifico, **all'art. 5, comma 1** "il controllo sull'applicazione delle linee guida di cui all'articolo 3, comma 2, secondo le regole di sistema, è svolto dall'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo a cui spetta:

- a) **monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie;**
- b) svolgere attività consultiva, in particolare per l'applicazione delle linee guida;
- c) monitorare l'attuazione delle linee guida.

L'Agenzia predispone una relazione annuale sugli esiti dell'applicazione delle linee guida e delle attività di monitoraggio. La relazione è trasmessa alla Giunta regionale e al Consiglio regionale".

A tal fine la LR 15/2020 dispone nell'art.3, comma 3, venga "istituito un **Tavolo tecnico** con funzioni di supporto nella predisposizione delle linee guida, nonché con **funzioni propositive rispetto all'aggiornamento delle stesse linee guida**", che deve essere confermato con decreto dirigenziale ed è composto da:

- a) due rappresentanti della direzione regionale competente in materia di sanità, di cui uno con funzioni di coordinatore;
- b) un direttore generale delle Aziende sociosanitarie territoriali (ASST) o suo delegato, designato dalle stesse ASST;
- c) un direttore generale delle ATS o suo delegato, designato dalle stesse ATS;
- d) due rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del personale medico e veterinario;
- e) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del restante personale sanitario e sociosanitario;
- f) un rappresentante dell'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo.

Al momento sono stati individuati i membri del Tavolo e dato l'avvio alla sua costituzione ufficiale, ma l'avvio dei lavori non è ancora stato previsto.

METODO

Al fine di poter svolgere al meglio l'incarico affidatogli dalla norma, ACSS ha intrapreso, in prima istanza, un'attività volta all'analisi conoscitiva del fenomeno degli agiti aggressivi a danno dei professionisti operanti all'interno di tutto il SSR, attraverso la somministrazione di una specifica Survey a tutte le strutture accreditate e AREU.

Obiettivo principale di questa prima rilevazione è stato:

- un efficace assesment del fenomeno;
- un puntuale **monitoraggio degli episodi di violenza** negli anni 2019 e 2020;
- un monitoraggio delle **misure preventive e di contenzione** attivate nell'ultimo triennio.

Il questionario è stato preventivamente condiviso con un gruppo di lavoro costituito da Risk Manager e RSPP delle ATS, in quanto sono le figure che nelle aziende sanitarie gestiscono le relative segnalazioni e che, quindi, rappresentavano le migliori competenze sul campo al fine di valutare la bontà dello strumento proposto per la survey.

La survey è composta di due macro-sezioni:

- una indirizzata alle ATS, ASST, AREU, IRCCS pubblici, Strutture private accreditate e strutture sociosanitarie/Unità di Offerta;
- una indirizzata a Medici di Assistenza Primaria (Medicini di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) in forma libera o aggregata.

L'obiettivo di questo primo monitoraggio è stato di conoscere l'entità del fenomeno all'interno della Regione e raccogliere tutti i possibili spunti di intervento, da approfondire in seguito con le ATS, iniziando a creare, inoltre, una **cultura della segnalazione** secondo criteri più omogenei, una identificata classificazione e tassonomia, non essendo ancora presenti sistemi di rendicontazione molto precisi e diffusi.

La Survey è stata inoltrata il **20 agosto 2021** alle ATS, che hanno offerto massima collaborazione nella diffusione del link del questionario che è rimasto attivo fino al **30 settembre 2021**.

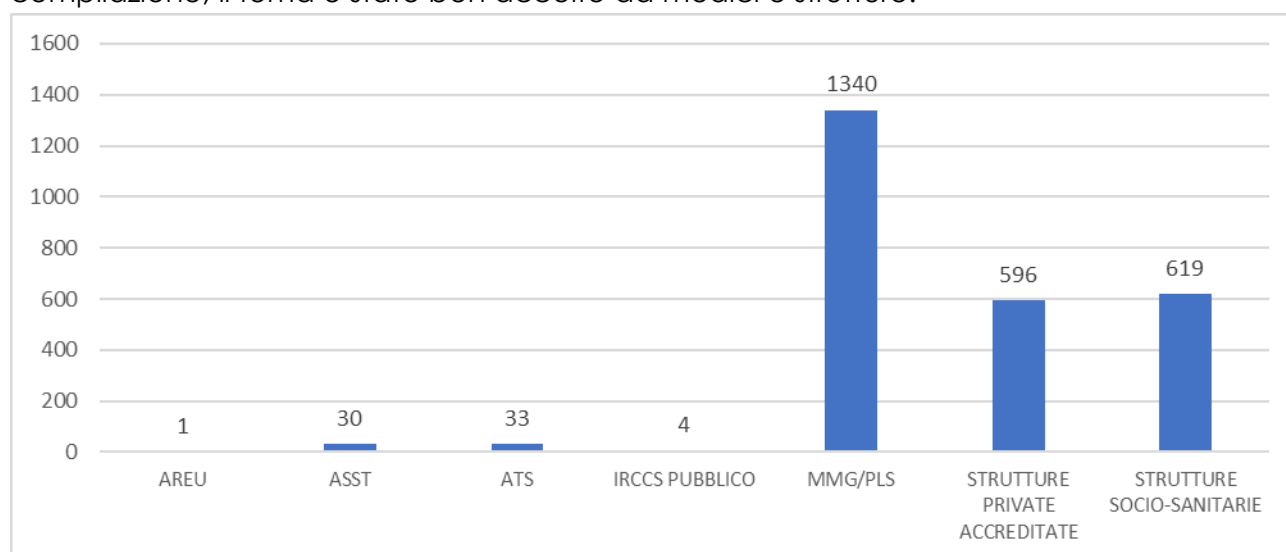
I dati sono stati analizzati con misure descrittive (medie e frequenze) ed è stato, inoltre, approfondito il tema delle differenze di genere calcolandone il Rischio Relativo.

Inoltre, è stata utilizzata la *Tassonomia di Vincent modificata* per analizzare i numerosi commenti e suggerimenti provenienti dai compilatori.

Si è scelto di utilizzare tale tassonomia, tipica del risk management, al fine di facilitare l'anonimizzazione ed una possibile classificazione delle criticità evidenziate e segnalate, seppur caratterizzate da forte soggettività degli autori, quali possibili fattori causali e contribuenti del fenomeno delle aggressioni a carico degli operatori sanitari e sociosanitari.

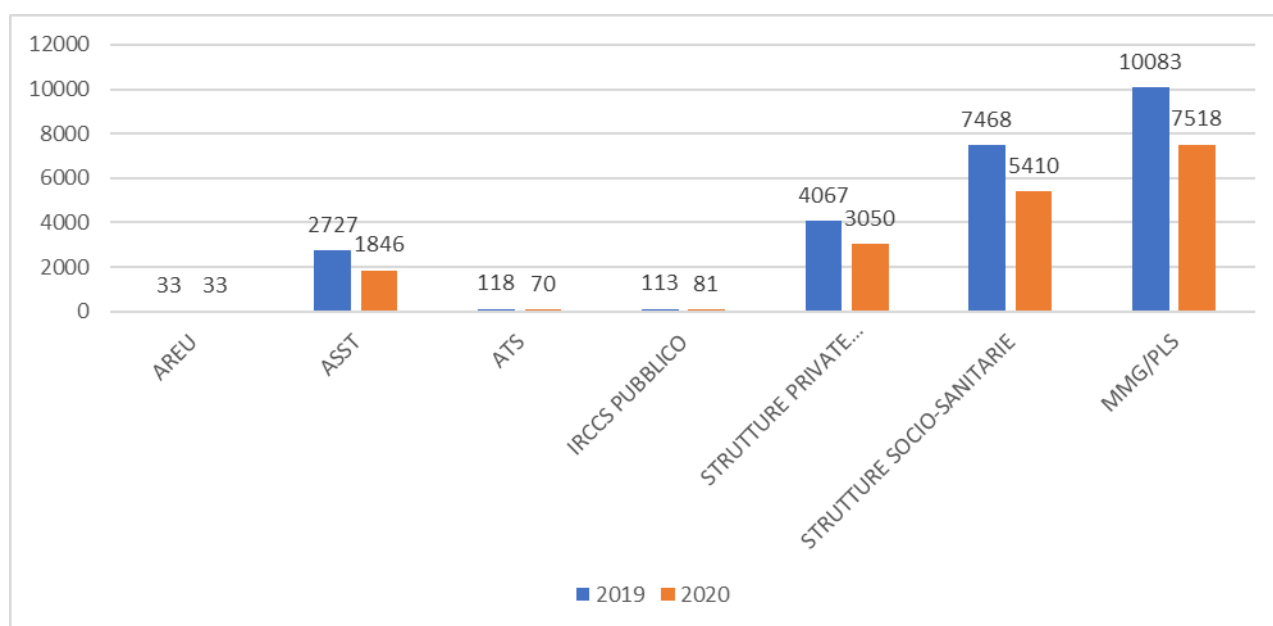
La tassonomia permette quindi di individuare un criterio di rischio e di priorità attribuito ai vari ambiti per individuare le possibili azioni correttive, volte al contenimento del rischio aggressivo.

Alla survey hanno aderito AREU, tutte le ATS, tutte le ASST, tutti gli IRCCS privati, 596 strutture private, 619 strutture sociosanitarie e 1340 tra MMG e PLS. Oltre alla significativa adesione, da quanto abbiamo percepito dai numerosi contatti telefonici nel periodo di compilazione, il tema è stato ben accolto da medici e strutture.



Distribuzione delle risposte per tipologia di compilatore.

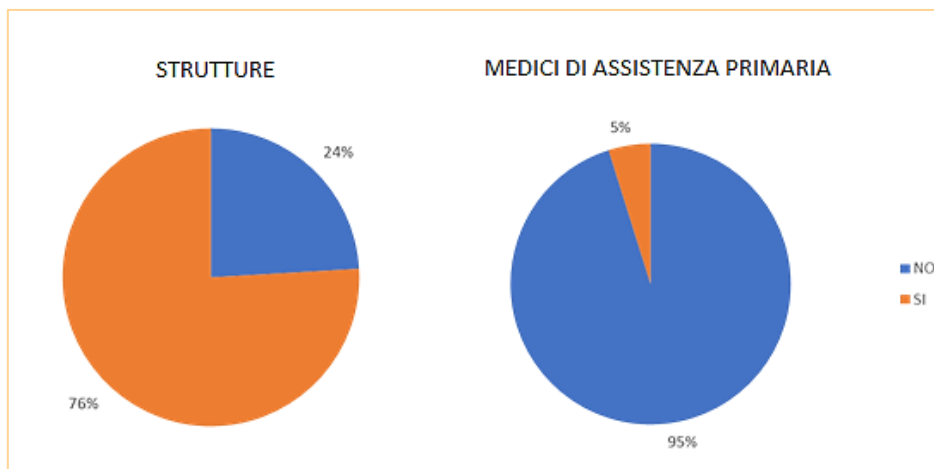
I numeri indicano medie di agiti aggressivi decisamente maggiori per strutture più complesse con un alto numero di dipendenti e di accessi, ad esempio le ASST riferiscono una media di 90 episodi all'anno, rispetto ai medici e alle piccole strutture sociosanitarie e strutture private accreditate che raccolgono 7-13 episodi in media all'anno. Tuttavia, se si osserva l'insieme delle aggressioni nella sua totalità, si nota che il fenomeno è maggiormente diffuso e numeroso all'interno delle realtà territoriali che, oltretutto spesso, non hanno dei sistemi di segnalazione e gestione del rischio strutturati.



Totale agiti aggressivi per tipologia di compilatore negli anni 2019-2020.

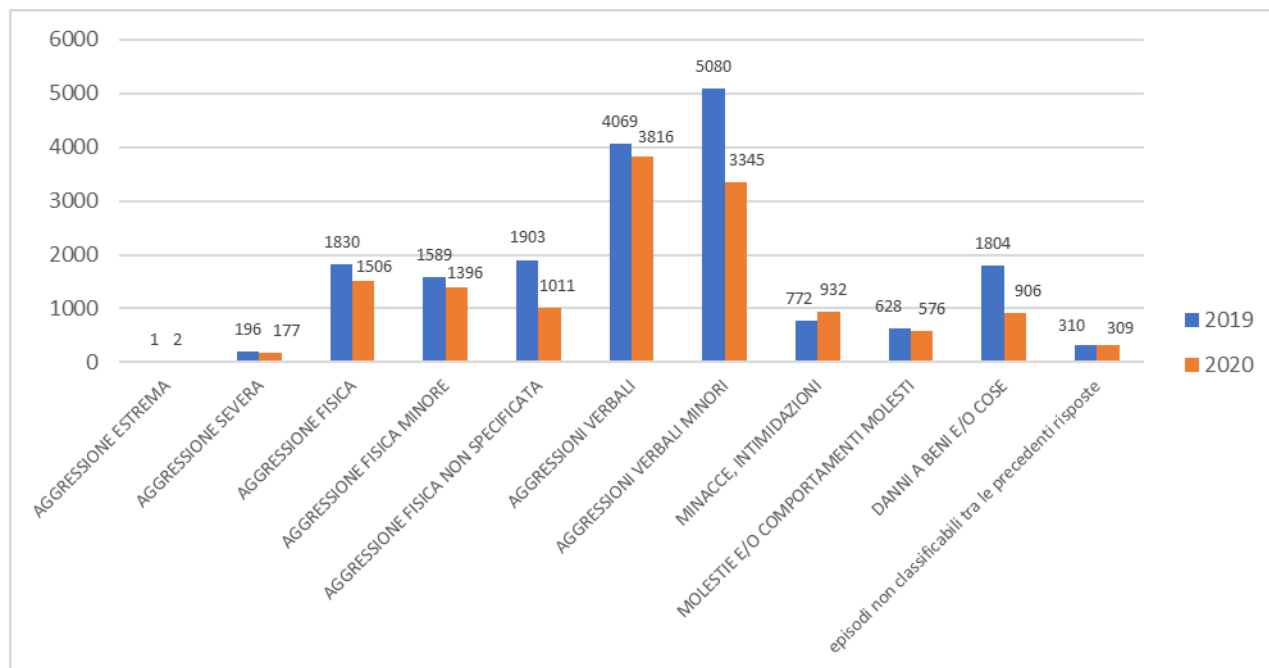
Le **tipologie** di aggressione più diffuse, sia nelle strutture che negli ambulatori medici, sono quelle verbali, anche se, in particolare per questa categoria, riteniamo che i dati siano sottostimati. Infatti, seppure il 76% delle strutture dichiara di avere un sistema di raccolta delle aggressioni, non è ben codificato che i sanitari siano formati per riconoscere un episodio di violenza e segnalare quello che per loro spesso è considerato parte della normalità nel lavoro che svolgono, in particolare quando l'episodio è un'aggressione verbale.

Meritevole di attenzione è la situazione dei Medici di Assistenza Primaria (MAP) che nel 95% dei casi dichiarano di non avere a disposizione uno strumento di segnalazione.

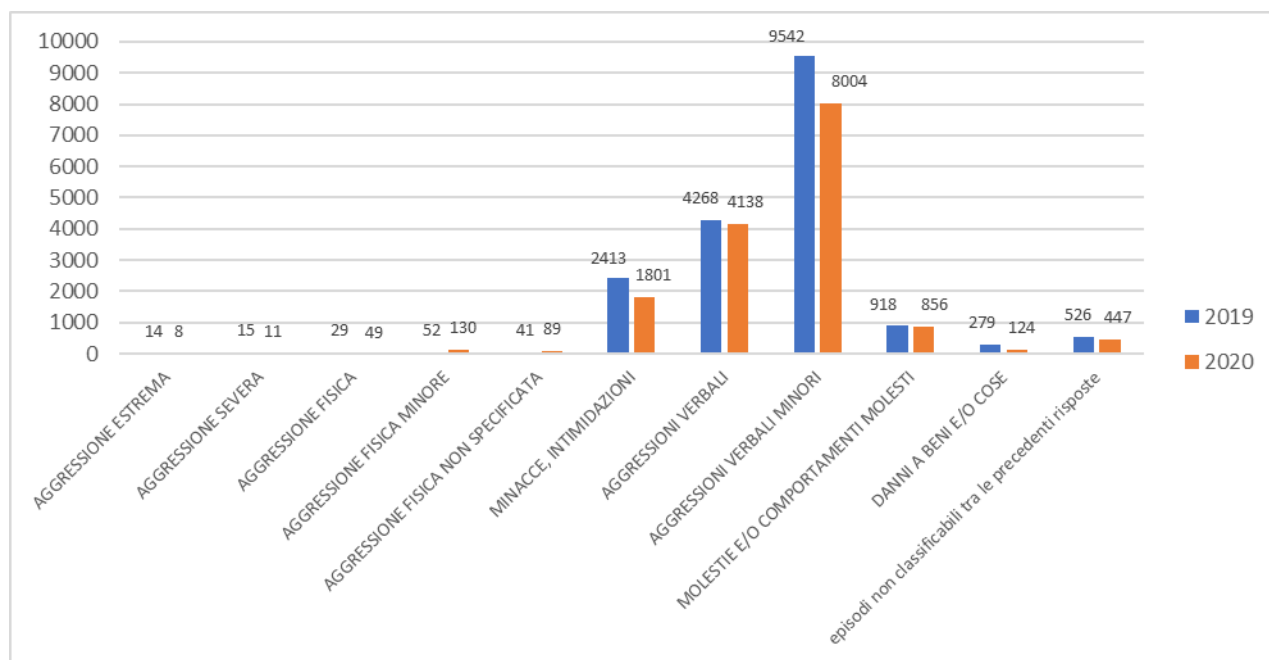


Presenza di un sistema di raccolta degli agiti aggressivi nelle strutture e negli ambulatori medici.

Anche la distribuzione restituita dai compilatori sulla classificazione delle aggressioni ci fornisce informazioni sulla necessità di formazione, infatti si trovano molti eventi descritti come **episodi non classificabili** o **non specificati**. Il risultato atteso nei prossimi anni è che questi casi siano sempre meno e che si riesca ad ottenere una tassonomia condivisa e diffusa tra le strutture.



Totale eventi segnalati dalle strutture per tipologia di aggressione negli anni 2019-2020.



Totale eventi segnalati dai medici (MMG/PLS/MCA) per tipologia di aggressione negli anni 2019-2020.

Oltre ai volumi delle aggressioni, per la sezione relativa alle strutture, sono state raccolte le informazioni sulle **misure preventive e contenitive** attivate nell'ultimo triennio, tra le quali:

- sistemi di sorveglianza
- presenza e composizione di un gruppo di lavoro aziendale
- strumenti di informazione e Policy
- percezione dei fattori di rischio
- formazione
- misure di intervento e relativi costi
- protocolli e procedure di gestione dell'evento e di rivalutazione dei rischi

Le risposte hanno fornito un quadro caratterizzato da una buona applicazione di tali misure, mostrando, ovviamente, alcune disparità tra le grandi aziende e le piccole strutture in termini di organizzazione e strutturazione del sistema. Lo scopo principale raggiunto con tali richieste è stato, però, quello di ottenere una fotografia anche degli ambiti di miglioramento e delle criticità su cui lavorare in sinergia con le ATS in un Tavolo di Lavoro.

Infine, la Survey prevedeva un box per eventuali commenti e proposte. Sono pervenuti un gran numero di opinioni, segnalazioni, suggerimenti ed alcune criticità che, ad un primo esame, appaiono molto disomogenee e dispersive.

Risulta pertanto fondamentale analizzare i dati quantitativi rilevati, andando al cuore ed al significato di ogni risposta, e di "riordinare" le informazioni in aree di cause e fattori contribuenti al fine di fornire una documentazione chiara e di facile consultazione e condivisione.

Da una prima analisi si evince come alcune strutture (es. UdO) sottostimino gli episodi di violenza classificandoli come diretta conseguenza dalla pratica clinica legata alle caratteristiche cliniche dei pazienti a loro affidati. Un altro aspetto che emerge dall'analisi quantitativa svolta attraverso la Tassonomia di Vincent¹² è la necessità di formare ed uniformare la formazione dei professionisti sanitari in modo da poter garantire una migliore conoscenza del fenomeno garantendo, soprattutto, un'ottima risposta allo stesso.

I FATTORI ORGANIZZATIVI e quelli legati all'AMBIENTE DI LAVORO (in particolare l'assenza di formazione) unitamente alla necessità di avere/uniformare/garantire procedure e sistemi di segnalazione risultano gli aspetti sui quali i professionisti del SSR ci chiedono di lavorare maggiormente insieme a loro.

1 - ORGANIZZAZIONE E FATTORI STRATEGICI		FREQUENZA	TOTALE
1a	Struttura organizzativa (inclusa la gerarchica)		
i pazienti sono arrabbiati con il sistema e sfogano la rabbia con i professionisti		6	64
richiesto maggior contatto con RL ed ATS		15	
richiesto servizio sorveglianza		17	
maggiore sensibilità da parte del Ministero della salute		3	
maggiore tutela per singolo medico/evitare studi con un solo medico		23	
1b	Politica aziendale, indirizzi di standard e obiettivi, mission e obiettivi		
inserire violenza di genere		17	61
inserire cyberviolenza (social media) e furto d'immagine		20	
maggiore sensibilità verso il fenomeno		15	
inserire violenza verbale/telefonica		9	
1c	Diffusione e implicazione dei rischi		
sensibilizzare sul fenomeno in maniera capillare		14	14
1d	Cultura della safety e diffusione e implicazione dei rischi		
UdO considerano il fenomeno "normale"		33	49
le aggressioni sono "all'ordine del giorno" e routinarie		9	
vulnerabilità in quanto donne		7	
1e	Risorse e vincoli finanziari		
/		0	0
TOTALE ORGANIZZAZIONE E FATTORI STRATEGICI		188	

¹² Vincent, C., Taylor-Adams, S., Chapman, E.J., Hewett, D., Prior, S., Strange, P. et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management Protocol, Br Med J. 2000;320:777-81

2e	Formazione e addestramento - influenza della direzione sulla direzione		
	formazione specifica UdO	9	125
	formazione per pazienti e campagne informative/poster condivisi anche utilizzando i media	42	
	organizzare corsi di difesa personale	7	
	formazione per prevenzione evento aggressivo	9	
	formazione da RL, ATS, ACSS (corsi FAD, in presenza, etc)	58	
2f	Supporto amministrativo e gestionale (tempistiche, ritardi e inadempienze)		
	programma/gestionali ATS non funzionano	2	5
	prenotazioni tamponi Covid difficoltose	3	
2g	Ambiente fisico		
	presenza personale amministrativo in sala d'aspetto	5	9
	le contenzioni aumentano la violenza del paziente	2	
	sala d'attesa indispetta i pazienti	2	
TOTALE FATTORI LEGATI ALL'AMBIENTE DI LAVORO		234	

5 - PROCEDURE, COMPITI E PROCESSI			
5a	Disponibilità e utilizzo di protocolli - Procedure per rivedere e aggiornare i protocolli	FREQUENZA	TOTALE
	misure e protocolli condivisi in merito all'argomento	52	135
	modulo/link/database/supporto informatico/modulo/piattaforma di raccolta delle segnalazioni	70	
	fornire specifiche indicazioni/protocolli su come agire	13	
5b	Disponibilità e accuratezza dei risultati degli esami diagnostici		
	/	0	0
5c	Definizione dei compiti e chiarezza dei processi		
	comprendere e definire maggiormente le modalità di ricusazione del paziente (migliorare la tempistica)	38	38
5d	Strumenti per le decisioni - Disponibilità, utilizzo e affidabilità di tipologie specifiche di strumenti.		
	strumento informatico a supporto del professionista in caso di subita violenza	32	60
	utile uno strumento di segnalazione e benchmarking	28	
5e	Progettazione del compito		
	/	0	0
5f	supporto nel processo decisionale		
	comunicazione diretta con ATS	13	18
	poter avere un riferimento in caso di necessità con interlocutori dedicati	5	
TOTALE PROCEDURE COMPITI E PROCESSI		251	

TIPOLOGIA FATTORI	FREQUENZA TOTALE
ORGANIZZAZIONE E FATTORI STRATEGICI	188
AMBIENTE DI LAVORO	234
TEAM E GRUPPO DI LAVORO	149
FATTORI UMANI E STAFF	34
PROCEDURE, COMPITI E PROCESSI	251
FATTORI LEGATI AL PAZIENTE	39
FATTORI INDIVIDUALI	42
CONTESTO ISTITUZIONALE	56

Sintesi dei risultati forniti dall'applicazione della Tassonomia di Vincent sui commenti dei compilatori.

CONCLUSIONI E SVILUPPI FUTURI

L'analisi della Survey ci fornisce un quadro piuttosto ampio sulle misure di prevenzione e gestione del rischio nelle diverse realtà del territorio lombardo, offrendoci, inoltre, una serie di elementi e informazioni che saranno oggetto di approfondimenti tecnici con le aziende sanitarie lombarde.

Dalla prima Survey Regionale effettuata pare ben evidente come siano numerose le attività da svolgere: alcune sono già state prese in esame da ACSS ed altre verranno pianificate per i prossimi anni.

Emerge la necessità, inoltre, di lavorare al fine di concordare alcuni interventi con Regione Lombardia, unitamente alla presa in carico di alcune segnalazioni di vario tipo (legate, ad esempio, alla differenza di genere ed alcune difficoltà ad essa legate) che alcuni professionisti hanno indicato all'interno della Survey, così come risulta necessaria la predisposizione di strumenti di raccolta condivisi, indispensabili per mettere in atto le linee guida della LR 15/2020, che verranno presentati da ACSS al tavolo DGW (non ancora attivato).

Da un punto di vista preventivo i dati ricavati dalla Survey forniscono un'importante base dati a livello regionale e per ogni singolo Ente e favoriscono un metodo di analisi per la gestione di tale rischio che, per sua peculiare natura, prevede un approccio multidisciplinare alla sua gestione.

ACSS propone un approccio a "ciclo di controllo" analogo a quello indicato nei modelli di gestione dei rischi convenzionali, includendo le seguenti fasi:

1. **azione preliminare alla valutazione del rischio** attraverso l'istituzione del gruppo che coordina e presidia l'intero percorso di valutazione (che potrebbe essere composto dagli Organismi Regionali, DGW, ACSS, ATS... come previsto dalla normativa vigente);
2. **sensibilizzazione dell'organizzazione** favorendo la formazione e l'informazione (come richiesto dai professionisti all'interno dei dati raccolti in fase di analisi qualitativa) ed analizzando il rischio mediante l'elaborazione di un documento di Policy al fine di sensibilizzare in maniera uniforme operatori sanitari e cittadini;
3. **analisi del fenomeno e dei fattori di rischio specifici** attraverso Survey sempre più definite e sensibili come richiesto, ad esempio, dalle UdO e, soprattutto, da AREU che necessiterebbero di strumenti personalizzati alla luce della loro specifica attività nel panorama sanitario lombardo ed al fine, inoltre, di una corretta analisi del fenomeno che, altrimenti, rischia di essere sottostimato;
4. **analisi dei risultati** delle Survey che risulteranno essere sempre più sensibili e specifici;
5. **definizione delle azioni preventive/correttive** attraverso l'individuazione delle misure tecniche, organizzative, procedurali, formative necessarie e definizione del programma di

attuazione che si evinceranno in corso di analisi e che, come durante questa prima analisi, derivano dall'analisi qualitativa;

6. **attuazione del programma di intervento** attraverso la predisposizione di misure formative e mediante la disponibilità di risorse umane/strutturali/materiali/economiche idonee in relazione ai rischi evidenziati in corso di analisi;

7. **monitoraggio costante** mediante la verifica dell'efficacia delle misure adottate;

8. **riesame** attraverso l'aggiornamento e la relativa rivalutazione del rischio in funzione dei dati che emergeranno dalle analisi future.

Interventi e modifiche già apportate da parte di ACSS	Richiesta di condivisione dei dati raccolti ed analizzati (era prevista)
Elementi che ACSS terrà in considerazione per future analisi ai sensi della LR 15/2020	somministrazione annuale della survey con analisi dell'andamento - redazione di un link di segnalazione degli episodi di violenza/numero dedicato alla segnalazione telefonica (richiesto soprattutto da MMG e PLS) - creazione/redazione di una bozza regionale di registro per gli agiti aggressivi - inserire la "cyber violenza", diffamazione e violenza verbale sui siti dei MMG/PLS/ASST - rendere più "snello" il questionario (questa era una prima analisi) - semplificare domanda sui fattori di rischio degli agiti aggressivi prevedere un apposito questionario/strumento per UDO, per MMG/PLS e per Strutture Socio Sanitarie e per le dipendenze - inserire raccolta dati per diffamazione e calunnia - prevedere corsi regionali sul tema - programmare aggiornamenti sul tema analizzando quali sono le criticità che fanno sfociare nell'agito aggressivi - prevedere la possibilità di inserire gli anni di anzianità di servizio dei MMG - possibilità di inserire le minacce subite da parte dei colleghi
Elementi per Tavoli di Lavoro Regionali	- prevedere la possibilità di fornire maggiore sicurezza all'interno degli ambulatori degli MMG/PLS - redigere dei poster/remind regionali/ATS per ambulatori e UDO possibilità per il MMG/PLS di ricusare con maggiore semplicità un paziente violento - interventi educativi per i pazienti
Ulteriori elementi	"le donne medico sono lasciate sole" "mancato rispetto da parte del paziente" "gli adempimenti burocratici sono peggio delle aggressioni, non inserisco suggerimenti tanto non verranno prese in considerazione" "nessun suggerimento tanto i furbi continueranno a fare i furbi" "sono aumentate le violenze telefoniche" "fate attenzione alla violenza di genere" "con il Covid i pazienti sono diventati più maleducati"

ULTERIORI ATTIVITA' - LETTERE D) E G) DEL COMMA 4 ART.11 LR 33/2009 E S.M.I.

Di seguito si rappresentano ulteriori approfondimenti svolti nel corso del 2021.

ANALISI TRASVERSALE ATTIVITÀ DI VIGILANZA SOCIOSANITARIA PER I REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE-ACCREDITAMENTO

Regione Lombardia, a partire dai primi anni 2000, ha attivato specifici flussi di rendicontazione dell'attività inerente alle prestazioni sociosanitarie erogate che, con l'andare degli anni, hanno visto un'evoluzione in ragione sia di nuovi interessi informativi, sia dell'inserimento di nuove tipologie di Unità di Offerta (UdO) sociosanitarie.

Oltre ai flussi connessi alla remunerazione delle prestazioni erogate, con un percorso non perfettamente tracciabile, è stato introdotto un Monitoraggio semestrale, rappresentativo di tutta l'attività svolta in ambito di vigilanza e controllo sociosanitario.

Attualmente il detto flusso è destinato alla verifica dell'assolvimento degli adempimenti in termini di volumi di vigilanza e controllo, prevedendo una trasmissione semestrale dei dati di attività, secondo un format -strutturato su foglio di calcolo- definito da RL; ACSS, dalla sua istituzione, è stata inserita quale destinatario di tale flusso.

METODI

L'Agenzia ha usualmente utilizzato i dati pervenuti, dopo loro preventiva normalizzazione e sistematizzazione per valutare l'attività svolta dalle singole ATS con una modalità "a Silos", ovvero valutando l'entità e modalità di lavoro -nell'arco dell'annualità- da parte della singola entità territoriale.

In considerazione a quanto sopra, per i dati relativi all'anno 2019, è stato svolto un lavoro orientato a:

- valutare l'eventualità di miglioramenti nello strumento di raccolta dati
- sviluppare un'analisi "sovra territoriale" dove la ricerca non fosse orientata alla performance della singola Agenzia di Tutela, bensì alla visione della maggiore o minore omogeneità comportamentale su tutto il territorio lombardo.

In quest'ottica, si è provveduto ad una valutazione del flusso rispetto alle capacità di raccolta informativa, alla facilità d'analisi ed alla fruibilità delle informazioni acquisite.

Inoltre, si è mirato ad integrare le analisi di risultato a livello di singola ATS con una lettura trasversale dei comportamenti della vigilanza in senso lato, con identificazione delle possibili aree di miglioramento.

Le ATS sono state rese anonime mediante una transcodifica alfabetica al fine di dare una valutazione complessiva del sistema e della singola porzione di territorio.

SINTESI

L'analisi condotta, su dati 2019 e come descritta sopra, ha messo in luce la possibilità di miglioramenti che coinvolgono sia lo strumento di rendicontazione, al fine di ottimizzare il flusso ed i suoi successivi utilizzi, sia aspetti organizzativi per poter ottenere quell'omogeneità operativa che la normativa prevede per l'azione delle ATS; alcuni degli elementi riscontrati sono di seguito riportati.

Una delle funzioni connesse con il Flusso di monitoraggio è la determinazione del rispetto quantitativo dell'attività svolta dalle ATS secondo quanto previsto dai Piani dei Controlli redatti da ogni ATS.

Infatti, a fronte dell'obbligo di gestire tutte le Istanze e Segnalazioni pervenute, l'attività programmata di verifica del mantenimento dei requisiti d'Autorizzazione ed Accredimento (convenzionalmente detta *Routinaria*) deve essere assolta, nell'ambito di ogni anno, per un terzo di tutte le Unità d'Offerta (UdO) presenti su ogni territorio ATS così da determinarne la Vigilanza totale nell'arco di un triennio, come disposto dalla normativa regionale.

In tale senso, la **conoscenza del** numero complessivo delle UdO presenti, in ogni ATS, diviene il riferimento (**denominatore**) per calcolare il volume dell'attività svolta.

ACSS ha confrontato -per ogni ATS- l'entità di tale valore numerico, acquisendo informazioni da tre differenti fonti:

- l'anagrafica regionale AFAM, base dati di proprietà di Regione Lombardia che le ATS hanno obbligo di aggiornare, in relazione a quanto occorre ad ogni UdO in termini di apertura-chiusura, variazioni di sede o Legale Rappresentante;
- i dati riassuntivi riportati nei Piani Controlli, rappresentativi dei territori di riferimento;
- la cifra indicata nelle schede di monitoraggio stesso

Nelle otto ATS il valore complessivo delle strutture territoriali, confrontando le tre fonti citate (AFAM, Piano Controlli, Schede Monitoraggio), non sempre risulta allineato. Condizione rilevabile -per ogni territorio- nel documento "Esiti attività Vigilanza sociosanitaria – anno 2019: approfondimento analitico e verifiche dei dati rendicontati" pubblicato sul sito di ACSS.

Risulta evidente che qualunque considerazione inerente al volume di attività svolta, in ragione della fonte del denominatore adottata, potrebbe condurre a valutazioni differenti.

La raccolta dati, proveniente da fonti (le 8 ATS) differenti e supportata da uno strumento quale un foglio di calcolo, espone la base dati al rischio di **errori di compilazione**, tanto più l'imputazione non sia guidata o vincolata.

Si sono quindi rilevate le anomalie di compilazione riscontrate la cui elencazione è presentata nella Tabella seguente.

Non corrispondenza tra tipologia di UdO e CUDES
Stesso CUDES afferente a diverse UdO
CUDES incompleti / assenti
Record doppi
Dati mancanti
Compilazione erronea dei campi
Uso formati differenti (es: data)
Rendicontazione sedi secondarie
Inserimento numeratore/denominatore
Condivisione CUDES con sede principale

Nella maggioranza dei casi, si tratta di criticità tipiche derivanti da imputazioni manuali dei dati, quali ad esempio erronee corrispondenze nelle anagrafiche delle UdO soggette a Vigilanza, inserimenti ripetuti, dati mancanti, compilazione erronea dei campi ed esteso utilizzo del campo "Note".

Significativa risulta, inoltre, la problematica connessa all'identificazione delle sedi secondarie. Nello specifico, alcune tipologie di Unità, come ad esempio i Consultori Familiari, possono prevedere l'erogazione su più sedi dislocate nel territorio. Una di queste costituisce la sede principale, oggetto d'identificazione anagrafica (vedi AFAM), mentre le altre strutture -seppur separate- s'intendono come ad essa afferenti. La normativa, tuttavia, considera ogni sede come "entità" a sé stante e -conseguentemente- suscettibile di Vigilanza. Da quanto detto ne consegue la difficoltà di rendicontazione per le sedi secondarie in quanto il format di registrazione non ne consente una facile identificazione.

Complessivamente se ne deduce l'opportunità di una riflessione sullo strumento di raccolta dei dati, anche considerando la complessità delle informazioni raccolte e la molteplicità degli operatori addetti all'imputazione.

La condizione di grande variabilità del territorio lombardo (orografica, demografica ed economica) può, culturalmente, influenzare l'espressione delle realtà sociosanitarie, pur in presenza di una normativa valida su tutto il territorio regionale.

La possibile variabilità espressiva si tradurrebbe, inevitabilmente, in condizioni e carichi di lavoro differenti all'interno delle ATS, impegnate nell'attività di Vigilanza che è stata quindi indagata nei suoi tipici aspetti procedurali, le Istanze, la vigilanza di Routine e le Segnalazioni.

La frequenza di presentazione delle Istanze può essere considerata come proxy della **dinamicità del territorio** stesso. Tale dinamicità, oltre ad incidere sull'organizzazione delle attività programmata interrompendone il flusso, determina un incremento del carico di lavoro nel complesso per le Unità Operative ed individualmente per gli operatori in quanto attività aggiuntiva.

Nella Tabella sottostante, per l'annualità 2019, si sono poste a confronto le ATS anonimizzate per quanto concerne questa caratteristica territoriale con l'ulteriore suddivisione per tipologie di UdO.

Vigilanza Istanze per tipologia di UdO									
TIPOLOGIA UDO	ATS								TOTALE
	A	B	C	D	E	F	G	H	
ADI	9,62%	18,75%	11,76%	26,7%	25,00%	11,54%	14,71%	12,50%	15,4%
CDD	5,43%	14,29%	-	34,4%	13,04%	3,45%	16,67%	-	10,9%
CDI	2,94%	21,21%	-	35,3%	19,35%	11,11%	26,53%	3,57%	15,0%
CF	6,25%	20,83%	25,00%	9,5%	8,33%	6,67%	33,33%	-	11,4%
CSS	16,36%	7,41%	16,67%	7,1%	31,58%	9,09%	17,65%	15,38%	15,0%
DIP_AMB	22,73%	40,00%	-	-	75,00%	69,23%	20,00%	-	29,5%
DIP_BAS	18,18%	-	-	-	36,36%	66,67%	-	-	23,5%
DIP_COM	5,88%	15,79%	-	33,3%	-	9,09%	15,79%	20,00%	11,5%
HOSPICE	15,38%	-	-	33,3%	40,00%	-	-	33,33%	16,2%
INT_RIA	2,44%	21,43%	-	54,5%	20,00%	28,57%	8,70%	22,22%	15,4%
RSA	23,90%	27,36%	8,51%	47,0%	12,31%	9,30%	27,06%	23,81%	23,1%
RSD	10,34%	35,71%	-	66,7%	18,18%	-	8,33%	30,00%	20,0%
UCPDOM	-	7,14%	20,00%	37,5%	16,00%	18,75%	12,50%	-	12,6%
UOCP	-	20,00%	-	-	-	-	80,00%	-	13,5%
TOT	11,45%	20,88%	7,59%	32,9%	18,71%	12,38%	21,86%	15,15%	17,0%

Le percentuali, riportate nelle colonne, sono state calcolate sul totale delle UdO presenti nello specifico territorio di ogni ATS; mentre le percentuali totali di riga (UdO specifiche) hanno – come denominatore – il quantitativo regionale delle singole tipologie di struttura. Osservando le percentuali totali, per singola ATS, il range ci mostra una forbice piuttosto ampia (7,6% - 32,9%); i dati evidenziano incidenze, con conseguenti impegni, disomogenee sui differenti ambiti territoriali.

La presentazione delle Istanze, all'interno delle ATS, coinvolge -generalmente- tutte le tipologie di UdO, fatta eccezione per un ambito territoriale dove sembra esserci maggiore stabilità.

Nel suo insieme l'ambito regionale manifesta una dinamicità disomogenea, concentrata in aree e settori specifici; condizione esclusivamente attribuibile alle specifiche territoriali e non all'attività di Vigilanza, o alle modalità di rendicontazione.

L'attività di **Vigilanza Routinaria** rappresenta il **corpo principale dell'azione condotta** dalle Unità Operative dedicate.

Considerando che, su base normativa, la Vigilanza Routinaria prevede obbligatoriamente -per ogni procedimento- la verifica di tutte le tipologie di requisiti, si è valutato se ciò è effettivamente avvenuto.

Nella Tabella sottostante, per l'annualità 2019, viene presentata l'attività Routinaria rendicontata dalle ATS rese anonime, identificando l'entità di quella completa, ovvero per la quale la verifica di tutti i requisiti è stata rendicontata. Inoltre, all'interno di quest'ultimo novero ovvero con tutti i requisiti vigilati, quanti sopralluoghi sono stati

effettuati in un'unica giornata, sia in termini assoluti sia percentuali; questi ultimi sono sempre in rapporto al numero totale delle Vigilanze effettuate.

ATS	Vigilanza Routine - Completezza e Timing				
	n° Vigilanze Tot	Vigilanze complete		Timing Vigilanze complete	
		n°	%	n°	%
A	208	167	80%	165	79%
B	116	115	99%	101	87%
C	44	44	100%	44	100%
D	93	85	91%	19	20%
E	109	81	74%	21	19%
F	131	131	100%	130	99%
G	102	102	100%	102	100%
H	73	73	100%	73	100%
RL	876	798	91%	655	75%

Considerando che la completezza delle Vigilanze dovrebbe essere corrispondente al 100%, attività svolte a cavallo tra due annualità potrebbero essere esplicative di minime differenze, il dato complessivo indica che la grande parte (91%) delle attività è risultata completa.

Il valore medio è, tuttavia, influenzato da comportamenti territoriali diversi; infatti, quattro ATS hanno raggiunto il 100% ed una è ad esso prossima; tale risultato può essere determinato da un'efficace organizzazione intra-interdipartimentale oppure dalla presenza, all'interno della UO Vigilanza, di competenze in grado di valutare i requisiti Strutturali – Tecnologici. Nei restanti ambiti territoriali la percentuale di completezza si mostra inferiore, con un minimo al 74%. Un tale difetto (26%) difficilmente può essere ascrivibile ad attività prossime all'inizio-fine anno e, considerando alquanto improbabile Vigilanze non portate a termine in simile portata, si può ipotizzare più probabilmente una mancata trasmissione d'informazioni.

Per quanto concerne il timing, si nota che l'effettuazione del sopralluogo -in un'unica giornata- si è verificato nel 75% dei casi, con percentuali prossime al 100% nelle stesse ATS che hanno rendicontato pari livelli di completezza delle Vigilanze. Va sottolineato come, in due ambiti territoriali, l'uscita unica è avvenuta solo in un quinto dei casi.

La necessità di completare i sopralluoghi in più di una giornata, in percentuale così elevata (80% circa), non può essere giustificato -esclusivamente- da condizioni di complessità delle UdO sottoposte a Vigilanza; si possono quindi ipotizzare difficoltà organizzative tali da determinare, in contrasto con quanto prescritto dalla norma, l'assenza d'integrazione nella programmazione ed una gestione separata delle uscite da parte delle figure professionali coinvolte.

La **Vigilanza Straordinaria** costituisce un tipo di attività a cui le ATS devono attendere, prevalentemente determinata dalla ricezione di segnalazioni provenienti da terzi, ovvero condizioni non previste e non prevedibili quantitativamente.

La Vigilanza Straordinaria, quindi può essere considerata una proxy del **fermento presente sul territorio** e, parimenti alle Istanze, incide alterando l'organizzazione del lavoro, determinandone un incremento.

Nell'elenco delle voci rappresentative di Segnalazioni, si nota il riferimento a condizioni connesse a carenze, inadempienze se non a sciente malpractice, tipici motivi contenuti nelle segnalazioni. Ulteriori voci integrative – invece – risultano piuttosto eterogenee, a volte d'interpretazione non intuitiva o tali da far ipotizzare un erroneo inserimento; comunque, non tutte riconducibili a condizioni attinenti al contesto delle segnalazioni.

Sulla base dei dati si è rappresentata -vedi Tabella sottostante relativa all'anno 2019 – l'attività della Vigilanza Straordinaria nelle ATS- anonimizzate- con l'ulteriore suddivisione per tipologie di UdO.

Vigilanza Straordinaria per tipologia di UdO								
	ATS							
Tipologia UdO	A	B	C	D	E	F	G	H
ADI	1,9%	9,38%		40,00%			2,94%	
CDD		5,71%						
CDI	1,5%			2,94%			2,04%	
CF								
CSS	1,8%							
DIP_AMB								
DIP_BAS				25,00%				
DIP_COM								
HOSPICE								33,33%
INT_RIA	4,9%	7,14%			10,0%			
RSA	6,9%	9,43%	6,38%	10,61%	15,4%	4,65%	3,53%	7,14%
RSD	3,4%	14,29%	14,29%					20,00%
UCPDOM				12,50%				
UOCP								
Tot	2,5%	5,29%	2,76%	6,58%	4,0%	1,24%	1,61%	3,90%

Le percentuali, riportate nelle colonne, sono state calcolate sul totale delle UdO per specifica tipologia e complessivamente per il territorio di ogni ATS.

I dati mostrano un range, per le ATS, compreso tra l'1,24 ed il 6,58%, da cui si percepisce un fenomeno di fermento non omogeneamente distribuito.

Anche all'interno di ciascuna ATS, si rileva una variabilità nella distribuzione: infatti, in alcune (n° 3) non sono coinvolte più di due tipologie di UdO, mentre in altre, si arriva fino a sei tipologie.

L'entità dell'attività dettata da condizioni non previste e non prevedibili, seppur percentualmente contenuta rispetto alla totalità delle strutture presenti sul territorio, si presenta quantitativamente non uniforme tra le varie ATS lasciando presumere attenzione-fermento differenti nelle varie aree geografiche.

ESITI

Le proposte e raccomandazioni che ACSS ha ritenuto presentare vengono di seguito riassunte schematicamente, tenendo presente che lo strumento di raccolta dei dati, ovvero il foglio di calcolo, è stato definito, realizzato e distribuito da Regione Lombardia.

Le proposte organizzative presentate vengono rappresentate considerando il coinvolgimento di differenti variabili, prevedendo una modularità di adozione associata alla possibilità d'impegno economico ed ai livelli di responsabilità coinvolti (Regione Lombardia, ACSS, ATS).

In caso di auspicato impegno economico, viene proposta una modifica strutturale dello strumento di raccolta del flusso informativo, immaginando applicativi web-based e collegamenti con altre basi dati.

Viene, inoltre, proposta una serie di suggerimenti comunque ritenuti utili al miglioramento del flusso informativo ed alla valutazione dell'omogeneità dei comportamenti adottati nelle diverse aree territoriali, anche in assenza d'impegno economico; gli stessi interessano il livello normativo, la definizione di modalità operative comportamentali, fino a specifiche migliorie del foglio di calcolo in uso.

Presenza d'impegno economico	Modifica dello strumento	Sostituzione dell'attuale file Excel con portale per la raccolta dati Web-Based
		Connessione all'anagrafica AFAM per caricamento univoco Enti Gestori
Assenza d'impegno economico	Modifica dello strumento	Revisione delle sezioni-colonne presenti per incremento informativo
		<i>Rilevazione dedicata Misure e Sperimentazioni</i>
		<i>Differenziazione delle tipologie di Vigilanza rendicontate (SV, Extracampione)</i>
		Revisione singole celle foglio di calcolo per aumento della correttezza d'inserimento
		<i>Realizzazione campi a compilazione obbligata</i>
		<i>Vincoli d'accesso ed inserimento in relazione alla compilazione di altre celle</i>
		<i>Implementazione delle opzioni nelle tendine a scelta predefinita</i>
	Organizzativo Operativo	Definizione convenzionale della fonte e data di acquisizione del numero di UdO presenti in ogni territorio
		Realizzazione di un documento contenente le Istruzioni Operative per la rendicontazione, con esplicitazione delle specifiche di compilazione
		Esplicitazione delle modalità di rendicontazione per Misure e Sperimentazioni, anche nel Piano Controlli
		Identificazione di raggruppamenti convenzionali delle tipologie di Vigilanza, per la relativa rendicontazione
		Riattivazione del Tavolo di Lavoro Vigilanza Sociosanitaria
		Sviluppo di Survey inerente le modalità di coordinamento delle equipe di Vigilanza
	Istituzionale Normativo	Identificazione univoca delle Sedi secondarie Unità d'Offerta
		Declinazione delle caratteristiche di ricevibilità delle segnalazioni, al fine di darne seguito in modo efficace ed efficiente
		Revisione dei parametri normativi che sottendono la programmazione dell'attività di Vigilanza in ragione di criteri connessi ai precedenti riscontri e ad indicatori di rischio

Al fine di condividere le criticità e fornire uno spunto per il miglioramento, il lavoro è stato inizialmente presentato (slide pubblicate sul sito aziendale) in occasione della riattivazione del Tavolo di Lavoro Unità di Vigilanza Sociosanitaria, avvenuta il 25/06/2021.

RAFFRONTO DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE DI VIGILANZA SOCIOSANITARIA E SOCIALE RISPETTO ALLA VERIFICA REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO

INTRODUZIONE

La normativa inerente alla vigilanza sul possesso e mantenimento dei requisiti di Autorizzazione ed Accredimento prevede la verifica di differenti tipologie di requisiti (Organizzativo – Gestionali e Tecnologico – Strutturali), per i quali -in relazione anche alle tipologie di UdO- sono state declinati specifici items.

L'attività di vigilanza viene, regolarmente, rendicontata semestralmente dalle ATS in un flusso informativo che consente di rappresentare l'attività svolta.

Nell'ambito dell'analisi del flusso sopracitato sono emersi elementi suggestivi di eterogeneità organizzativa all'interno delle ATS.

OBIETTIVI

Al fine di acquisire elementi utili alla comprensione dei fenomeni osservati, è stato sviluppato un progetto di approfondimento degli assetti organizzativi delle strutture territoriali, dedite all'attività di vigilanza.

Considerando che per la valutazione dei requisiti Tecnologico/Strutturali di Autorizzazione-Accreditamento, sono necessari specifici apporti professionali anche afferenti ad altre Unità Operative dell'ATS, condizione che determina maggiori necessità organizzative, l'indagine si è focalizzata su tale tipo di attività.

METODI

Nello specifico si è indagata la provenienza delle professionalità dedicate alla vigilanza dei Requisiti Tecnologico/Strutturali e, in caso di afferenza ad Unità Operative differenti dalla Vigilanza, sono state approfondite le modalità di coordinamento tra Unità – Dipartimenti in relazione alla programmazione dell'attività, all'effettuazione dei sopralluoghi, oltre alla relativa rendicontazione.

Al fine di limitare l'impatto sull'attività delle ATS, accelerare la velocità di risposta ed ottenere la maggior compliance possibile, si è previsto l'uso di uno strumento di Survey, per la fruizione del quale ai Referenti delle Vigilanze Sociosanitaria di tutte le otto ATS è stata descritta la metodologia di rilevazione, lo strumento con le peculiarità di funzionamento ed un'esemplificazione di compilazione.

Le risposte pervenute sono state soggette ad una prima valutazione in termini di congruenza complessiva, condizione che ha determinato -in alcuni casi- la necessità di confronto con le strutture territoriali ed eventuali re-inoltri del questionario.

RISULTATI

L'analisi condotta ha messo in luce un sistema alquanto eterogeneo per quanto attiene alla vigilanza dei Requisiti Tecnologico/Strutturali, con l'ambito sociosanitario organizzativamente più strutturato, un coinvolgimento piuttosto consistente del DIPS (Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria), soprattutto nell'area sociale, associato a margini di miglioramento per quanto attiene il coordinamento tra le Unità Operative e Dipartimenti coinvolti nella vigilanza; alcuni degli elementi riscontrati sono di seguito riportati.

Il coinvolgimento, nell'attività di vigilanza dei Requisiti Tecnologico/Strutturali, di specifiche professionalità ha indotto ad approfondire se le stesse rientrano nell'organico delle UO di Vigilanza o siano afferenti ad altre Unità del **Dipartimento PAAPS (Programmazione, Accredimento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie), o altro, quale il DIPS.**

La Tabella sottostante rappresenta le risposte fornite alle domande in cui si chiedeva se l'UO Vigilanza è esclusivamente coinvolta o, invece, sia supportata da altre Strutture e, in tal caso, afferenti a quale Dipartimento.

Si è riscontrato che, in due casi, tutta l'attività di vigilanza è condotta all'interno dell'UO di Vigilanza; mentre nei restanti ambiti territoriali si ha il regolare coinvolgimento di operatori provenienti da UO afferenti sia al PAAPSS, sia al DIPS.

Tranne la gestione "in House" di due ATS, risulta piuttosto consolidata la partecipazione di più UUOO, afferenti anche ad un Dipartimento diverso le cui modalità organizzative e di coinvolgimento sono state approfondite nelle successive sezioni della Survey.

Regolare coinvolgimento di altre UUOO, oltre alla Vigilanza, e afferenza a Dipartimenti				
ATS	NO	SI a:		
		PAAPSS	DIPS	Entrambi
A				X
B	X			
C				X
D				X
E				X
F				X
G	X			
H				X

L'indagine dell'attività di vigilanza svolta all'interno delle strutture del PAAPSS ha valutato l'impegno degli operatori in base alle aree (Sociosanitaria e Sociale).

La Tabella sottostante rappresenta le risposte fornite alle domande in cui venivano proposte le aree di attività (Sociosanitaria e Sociale) richiedendo se le stesse sono presidiate o meno e, nel primo caso in toto o parzialmente, lasciando la possibilità d'inserimento di un testo descrittivo – integrativo.

Va, inizialmente, precisato che un'ATS ha totalmente affidato la vigilanza dei Requisiti Tecnologico – Strutturali ad operatori del DIPS, non partecipando direttamente a tale attività, tuttavia per la caratteristica del profilo professionale del Direttore della struttura, in caso si verificasse l'indisponibilità di operatori del DIPS, lo stesso ne vicaria le funzioni.

Le risposte hanno dimostrato che sei ATS su sette gestiscono in toto la vigilanza dei Requisiti Tecnologico – Strutturali nell'ambito del Sociosanitario; la settima in modo parziale, in quanto ha scelto una suddivisione delle attività in ragione della tipologia dei procedimenti.

Per quanto attiene all'area Sociale, invece, si nota un'evidente differenziazione. A fronte di due strutture che gestiscono tutto "in House", altre tre ATS hanno affidato l'intera attività all'opera del DIPS mentre le restanti tre prevedono una partecipazione parziale con modalità differenti, in base ai procedimenti o fornendo attività di coordinamento.

Il quadro che ne deriva, per la vigilanza dei Requisiti Tecnologico/Strutturali, è di un'elevata presenza del PAAPSS sull'area Sociosanitaria, mentre un minor impegno per quanto attiene all'ambito Sociale.

Aree (Sociosanitario - Sociale) con vigilanza gestita dal PAAPSS						
ATS	SocioSanitaira			Sociale		
	In toto	Mai	Parzialmente	In toto	Mai	Parzialmente
A	X				X	
B	X			X		
C		X			X	
D	X					X
E			X			X
F	X				X	
G	X			X		
H	X					X

Parimenti a quanto effettuato per il PAAPSS, l'indagine dell'attività di vigilanza svolta all'interno del DIPS ha valutato l'impegno degli operatori in base alle aree (Sociosanitaria e Sociale).

La Tabella sottostante rappresenta le risposte fornite alle domande in cui venivano proposte, come nel caso del PAAPSS, le aree di attività (Sociosanitaria e Sociale) richiedendo se le stesse sono presidiate o meno e, nel primo caso in toto o parzialmente, lasciando la possibilità d'inserimento di un testo descrittivo – integrativo.

Le sei ATS interessate hanno fornito risposte speculari e complementari a quanto indicato come aree di competenza del PAAPSS.

Il Dipartimento DIPS nell'ambito del Sociosanitario, ad eccezione dell'ATS in cui gestisce in toto la vigilanza dei Requisiti Tecnologico – Strutturali, risulta assente o coinvolto, come già detto per un'ATS, solo parzialmente ed in ragione della tipologia dei procedimenti.

Per quanto attiene all'area Sociale, invece, si ripresenta la differenziazione precedentemente rilevata. A fronte di tre strutture in cui l'attività è svolta in toto dal DIPS, nelle altre tre si ha una partecipazione parziale, seppur con caratteristiche differenti, in base ai procedimenti o fornendo operatori, soggetti all'attività di coordinamento del PAAPSS.

Il quadro della vigilanza dei Requisiti Tecnologico/Strutturali che ne deriva è di un'elevata presenza del DIPS sull'area Sociale con un impegno minimo per quanto attiene all'ambito Sociosanitario.

Aree (Sociosanitario - Sociale) con vigilanza gestita dal DIPS

ATS	SocioSanitaria			Sociale		
	In toto	Mai	Parzialmente	In toto	Mai	Parzialmente
A		X		X		
B						
C	X			X		
D		X				X
E			X			X
F		X		X		
G						
H		X				X

A fronte di una definizione delle attività svolte dalle Unità Operative coinvolte si è approfondito la modalità di pianificazione, tra esse in corso d'anno.

La Tabella sottostante rappresenta le risposte fornite alle domande in cui venivano proposte alcune modalità per la pianificazione delle attività (formale, informale od entrambe), oltre alla possibilità d'inserimento di un testo descrittivo – integrativo inerente eventuali difficoltà connesse alla pianificazione nel suo complesso.

Le risposte hanno evidenziato come la modalità sempre presente sia quella informale, a cui si associa -solo in due casi- una formalizzazione del coordinamento; la percezione di un'interazione tra Dipartimenti prevalentemente non strutturata è anche sostanziata, nelle criticità dichiarate, di difficoltà nel rapporto organizzativa tra PAAPSS e DIPS.

Inoltre, in tre casi, viene segnalata la carenza di personale disponibile.

Modalità di coordinamento per la pianificazione in corso d'anno			
ATS	Formale	Informale	Entrambe
A		Area Sociale	Area SS
B			
C			X
D			X
E		X	
F		X	
G			
H		X	

Da ultimo, nelle sei ATS che hanno dichiarato la partecipazione anche di altre UUOO, eventualmente appartenenti anche ad un Dipartimento differente dal PAAPSS all'attività di vigilanza si è indagata la presenza ed eventuale strutturazione di momenti di raccordo tra dette Unità.

La Tabella sottostante rappresenta le risposte fornite alle domande in cui veniva proposto d'indicare la presenza/assenza di momenti di raccordo o dell'eventuale non sistematicità degli stessi; un campo testo forniva, inoltre la possibilità d'inserirne una descrizione.

Quattro ATS su sei hanno dichiarato l'effettuazione di momenti di raccordo non sistematici; le interazioni avvengono in modo puntuale, in relazione all'operatività di specifici procedimenti ed in modo informale; in un caso, la partecipazione del DIPS viene esplicitamente dichiarata come assente.

Un ATS segnala condizioni differenti a seconda dell'ambito coinvolto, mentre nell'area sociosanitaria si rileva l'indicazione di riunioni di confronto, nell'ambito Sociale ciò accade solo "al bisogno".

L'area territoriale che dichiara l'effettuazione di momenti di raccordo le descrive con modalità varie (mail, incontri, confronti telefonici, video call).

Nell'insieme, a fronte dello sforzo svolto dagli operatori per condurre professionalmente l'attività quotidiana non risulta esserci una strutturazione dei momenti di raccordo o degli strumenti utilizzabili.

Presenza di momenti di raccordo tra UUOO coinvolte nella vigilanza			
ATS	SI	NO	Non sistematici
A	SS		Sociale
B			
C			X
D			X
E	X		
F			X
G			
H			X

CONCLUSIONI

L'analisi condotta inerente all'organizzazione e gestione della vigilanza dei requisiti Tecnologico – Strutturali in ambito sociosanitario, mostra come, sul territorio lombardo, non sia possibile rintracciare un unico filo conduttore organizzativo.

Infatti, il panorama che si delinea mostra una notevole disomogeneità; già a livello macroscopico si rilevano due ATS dotate di Unità Operative totalmente indipendenti, mentre nel resto del territorio regionale vengono coinvolte Unità afferenti sia al PAAPSS sia al DIPS; l'osservazione di dettaglio dimostra una eterogeneità ancora più spiccata per quanto attiene alle modalità organizzative ed interattive tra le Unità coinvolte nella vigilanza.

Le differenti strutturazioni organizzative rilevate, lasciano prevedere che, a fronte dello svolgimento dell'attività di vigilanza prevista dalla normativa, la stessa possa essere influenzata dalle peculiarità presenti in ogni ATS.

La Survey, così come costruita, non ha consentito l'approfondimento puntuale di tutte le specifiche realtà rilevate, al fine di acquisire ulteriori dettagli utili a descrivere la funzionalità ed efficacia delle diverse organizzazioni, nella misura in cui una simile frammentazione delle fattispecie era difficilmente prevedibile a priori.

Le cause di una così elevata variabilità potrebbero essere rinvenute nella specificità del profilo professionale (Tecnici della Prevenzione) necessario al tipo di attività e ad una loro contingente carenza rispetto al carico di lavoro a cui devono attendere, all'interno delle ATS.

Al fine di fronteggiare tale condizione ogni ATS, nell'ambito della propria indipendenza organizzativa, ha tentato di compensare utilizzando strategie differenti, derivanti - probabilmente- da assetti organizzativi antecedenti e disponibilità di personale specifici delle realtà locali.

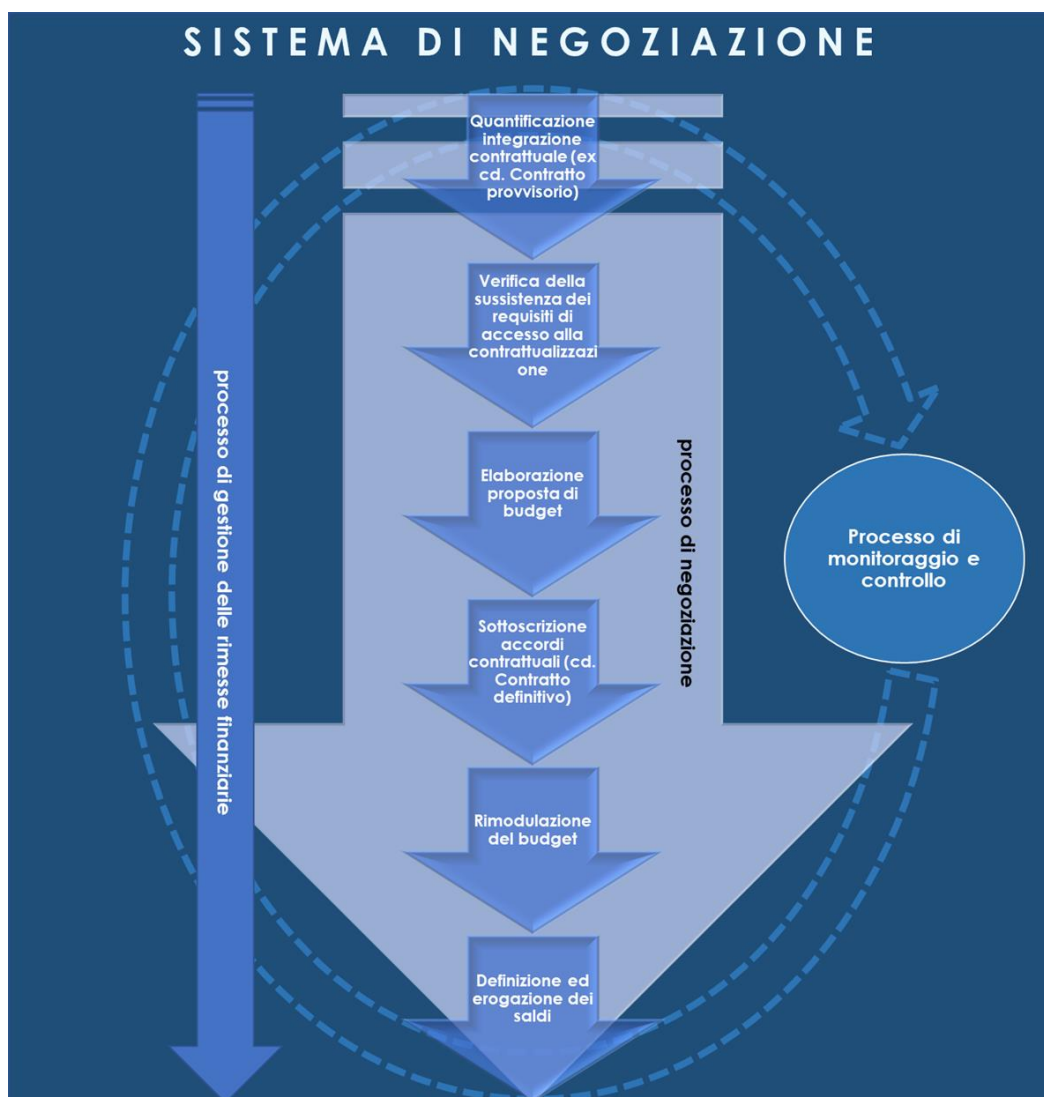
Si percepisce -sicuramente- lo sforzo, teso al raggiungimento del mandato normativo, per la completezza dell'attività di vigilanza, ciò associato all'impegno delle professionalità al fine di garantire, per ogni procedimento, la migliore performance qualitativa, sfruttando tutti gli strumenti possibili (formali e non) utili al superamento delle difficoltà dovute alla frammentazione organizzativa.

La possibilità di valutare se alcuni pattern organizzativi siano più performanti di altri dovrebbe prevedere l'incrocio di quanto emerso dalla presente Survey con l'analisi dell'attività di vigilanza rendicontata dalle ATS, attraverso il flusso di monitoraggio periodico, l'entità del personale dedicato ed il dimensionamento del carico di lavoro.

Da quanto emerso dal presente studio sembrerebbe che l'inserimento dei Tecnici della Prevenzione all'interno delle UOC Vigilanza -in numero adeguato- consentirebbe l'indipendenza nelle attività di vigilanza con uscite congiunte e verbali unici; condizioni ottenibili anche tramite il coinvolgimento di altre strutture, ma implicando un costo organizzativo superiore e variabile a seconda delle modalità adottate e nell'ipotesi non garantita di pari efficienza.

MONITORAGGIO E CONTROLLO DEL SISTEMA DI NEGOZIAZIONE ED ACQUISTO DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE DEL SSR: DI VERIFICA DELLA SUSSISTENZA DEI REQUISITI DI ACCESSO ALLA CONTRATTUALIZZAZIONE

Per sistema di negoziazione qui si intende il complesso iter procedurale attraverso il quale il sistema persegue il soddisfacimento del fabbisogno quali-quantitativo di prestazioni del territorio attraverso l'"acquisto" delle medesime dagli erogatori, pubblici e privati, accreditati.



Il sistema di negoziazione può essere rappresentato da un insieme di processi trasversali distinti che si svolgono nel medesimo arco temporale (un anno) con caratteristiche e finalità specifiche ma che risultano strettamente interconnessi fra loro e cioè:

- il **processo di negoziazione** tradizionalmente inteso, caratterizzato da fasi sequenziali e distinte fra loro finalizzate al perfezionamento e all'esecuzione dell'accordo fra parti sulle risorse di sistema da assegnare a ciascun erogatore al

fine di perseguire gli obiettivi di politica sanitaria definiti dalla programmazione regionale;

- il **processo di monitoraggio e controllo**, che assume la caratteristica di un processo temporalmente trasversale atto a garantire che i presupposti alla contrattualizzazione e le clausole contrattuali siano rispettate. Si precisa che gli esiti di questa attività si pongono a garanzia non solo del soddisfacimento quantitativo della domanda espressa ma anche del livello della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate; gli esiti delle attività di monitoraggio e controllo possono incidere sulle fasi del precedente;
- Il **processo di gestione delle rimesse finanziarie**, anch'esso trasversale, che riguarda l'attività di erogazione di acconti e saldi in base alle prestazioni erogate e validate dal sistema regionale, gestito da ATS, sulla base delle indicazioni fornite da DG Welfare.

I provvedimenti attuativi regionali collocano tali funzioni trasversali nel Dipartimento per la Programmazione, Accreditemento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (PAAPSS) delle ATS, che, espressione della Direzione Strategica e gerarchicamente facente capo alla Direzione Generale, opera attraverso articolazioni organizzative che garantiscono la multidisciplinarietà richiesta al presidio dalle funzioni assegnate.

Il PAAPSS si identifica quindi come *process owner* del sistema di negoziazione e in quanto tale rappresenta l'articolazione organizzativa incaricata a presidiare tale processo con le strutture pubbliche e private accreditate.

In capo al PAAPSS vi sono infatti anche le funzioni di controllo, per cui il Dipartimento costituisce il collegamento funzionale con l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo.

In ottemperanza a quanto disposto dalla L.R. 33/2009 e s.m.i. art.11 c.4 lettera d)¹³, ACSS ha avviato un'attività di analisi tecnica finalizzata all'identificazione di possibili item di monitoraggio improntati al rafforzamento dei controlli e alla costruzione di uno strumento di monitoraggio del sistema di negoziazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie in regione Lombardia.

Stante le difficoltà di costruzione di un quadro organico rappresentativo delle fasi componenti il sistema, **il progetto ha natura pluriennale.**

In concomitanza con l'elaborazione della proposta di Piano dei Controlli e Protocolli Quadro 2022-2023, ACSS ha prodotto un primo documento denominato *Verifica della sussistenza dei requisiti di accesso alla contrattualizzazione*, che nel descrivere le attività

¹³ "L'Agenzia di controllo, quale organismo tecnico-scientifico terzo ed indipendente [...] individua e valuta un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli, non limitato all'esame a campione, ma articolato in un diffuso raffronto di dati e indicazioni per prestazioni omogenee che garantiscano la rispondenza ai criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati, anche attraverso l'analisi dell'incidenza dei costi sui fattori di produzione dei soggetti erogatori"

di controllo e verifica preliminari alla stipula dei contratti integrativi annuali fornisce alle ATS raccomandazioni e suggerimenti per il miglioramento identificando le verifiche attese in questa fase.

All'interno del PCPQ è stata altresì fatta espressa richiesta alle ATS di rappresentare la programmazione dei controlli (piano dei controlli di ATS).

METODI

Stante che il sistema di negoziazione non è rappresentato nella sua interezza in nessun documento formalizzato, ACSS ha preliminarmente, attraverso l'analisi della normativa e delle disposizioni regionali fornite negli anni, analizzato il processo di negoziazione individuando i sottoprocessi che lo compongono ed in particolare:

- Sottoprocesso 1 - Quantificazione integrazione contrattuale (ex cd. Contratto provvisorio);
- Sottoprocesso 2 - Verifica della sussistenza dei requisiti di accesso alla contrattualizzazione;
- Sottoprocesso 3 - Elaborazione proposta di budget;
- Sottoprocesso 4 - Sottoscrizione accordi contrattuali (cd. Contratto definitivo);
- Sottoprocesso 5 - Rimodulazione del budget;
- Sottoprocesso 6 - Definizione ed erogazione dei saldi.

Ciascun sottoprocesso è stato a sua volta scomposto in azioni caratterizzanti con la finalità di estrapolarne i punti nodali che diverranno oggetto del monitoraggio

Con particolare riferimento alla Verifica della sussistenza dei requisiti di accesso alla contrattualizzazione, stante la numerosità dei requisiti di accesso e permanenza all'interno del sistema negoziale e l'assenza di un protocollo operativo ufficiale di esecuzione della fase, è apparso opportuno approfondire, seppur sinteticamente, il contesto normativo da cui deriva ciascun requisito, estrapolandone gli adempimenti previsti sia per l'erogatore che per ATS e fornire osservazioni e suggerimenti migliorativi dell'esecuzione della fase sia in termini di efficienza del processo sia in termini di efficacia dell'attività di vigilanza.

Il documento si conclude con una proposta generale di perfezionamento dell'esecuzione della fase in oggetto corredata da un quadro sinottico che schematizza adempimenti, modalità e tempistiche dei controlli in capo ad ATS.

SINTESI

A partire dall'anno 2020, con l'approvazione dell'ultima versione dello **Schema di contratto** per l'area sanitaria e per l'area sociosanitaria, che richiama in premessa tutti i **requisiti per l'accesso alla contrattualizzazione**, la Giunta Regionale impegna ATS, in

qualità di parte contraente, alla verifica e monitoraggio della sussistenza dei requisiti di seguito elencati, per tutti gli erogatori, derivanti sia dalle disposizioni regionali che dalla norma nazionale:

- Adozione del codice etico comportamentale e corretta applicazione del modello di organizzazione e gestione (D.lgs. 231/2001);
- Regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità dell'ente (dell'art. 2409 bis C.C.);
- Insussistenza di motivi di esclusione a causa di sentenze penali di condanna (art. 80, comma 1 lett. A), b), b bis), c), d), e), f), g) d. Lgs. 50/2016);
- Acquisizione certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 d.lgs. 50/2016);
- Regolarità contributiva di imposte, tasse e contributi previdenziali (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016);
- Assolvimento obblighi in materia di sanzioni amministrative e carichi pendenti dipendenti da reato (art. 80, comma 5, lett. F d.lgs. 50/2016);
- Rispetto obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013);
- Incompatibilità del personale, in caso di Pantouflage (l. 190/2012);
- Ulteriori requisiti previsti dall'art. 80, comma 5 d.lgs. 50/2016.

Per ognuno dei requisiti ACSS ha analizzato sia il contesto normativo all'interno del quale si colloca ciascun requisito sia gli adempimenti previsti per l'erogatore e per ATS, elaborando raccomandazioni e suggerimenti migliorativi per una più accurata pianificazione delle attività di monitoraggio.

Al fine di fornire uno strumento schematico per le azioni di controllo e gli strumenti da utilizzare per le verifiche il documento propone una tabella che rappresenta in sintesi gli elementi essenziali per ciascun requisito da utilizzarsi anche in sede di programmazione dei controlli.

REQUISITO	DEBITO EROGATORE	ATS
MODELLO DI ORGANIZZAZIONE (D.LGS. 231/2001)	Estratto della relazione annuale dell'organismo di vigilanza (D.lgs. 231/2001)	- Acquisizione della relazione dell'organismo di vigilanza - Verifica che emerga <i>"in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità"</i>
CONTINUITÀ GESTIONALE E FINANZIARIA	Relazione sull'ultimo bilancio approvato e relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato	- Acquisizione della relazione sul bilancio - Verifica che emerga la <i>"regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo rilasciato nel rispetto dei limiti di quanto attestabile secondo il Principio di Revisione n. 570, par. 10 e deve riguardare tutte le attività sanitarie e sociosanitarie in capo alla proprietà"</i>
INSUSSISTENZA DI MOTIVI DI ESCLUSIONE A CAUSA DI CONDANNA (ART. 80, COMMA 1 LETT. A), B), B BIS), C), D), E), F), G) D. LGS. 50/2016)	Dichiarazione sostitutiva del legale rappresentante di assenza di condanne penali riferite a sé e di non essere a conoscenza di condanne penali a carico dei soggetti indicati all'art. 80, comma 3 del D. Lgs. 50/2016 (per tali soggetti, è richiesto di <u>indicare i dati identificativi o la banca dati ufficiale/pubblico registro da cui si possono ricavare tali dati aggiornati</u>)	- Acquisizione dichiarazioni sostitutive - Acquisizione tramite sistema CERPA o richiesta all'ufficio competente istituito presso le Procure della Repubblica di: certificato del casellario giudiziale certificato dei carichi pendenti
CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA (ART. 80, COMMI 2 E 3 D.LGS. 50/2016)	Certificato camerale o dichiarazione sostitutiva con informazioni ex art.85 D. Lgs.159/2011 o autocertificazione (solo comunicazione) + dichiarazione sostitutiva relativa a familiari conviventi maggiorenni di soggetti ex art. 85 (solo informazione)	- Acquisizione delle informazioni necessarie utilizzando la modulistica predisposta dalle Prefetture - Acquisizione delle comunicazioni e delle informazioni antimafia tramite consultazione Banca Dati Nazionale Antimafia (BDNA) o richiesta alla Prefettura
REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA (ART. 80, COMMA 4 D.LGS. 50/2016)	Attestazione del pagamento di imposte, tasse e contributi previdenziali	- Verifica della regolarità contributiva attraverso l'acquisizione del DURC tramite interrogazione on line sul sito INPS (https://serviziweb2.inps.it/durconlineweb/preparaSceltaPosizioneIniziale.do?MODEL_VERIFICA_REGOLARITA_FLOW=false&MODEL_ALTERNATIVE_RETURN=&MODEL_ALTRE_DELEGHE_FLOW=false&MODEL_TIPOUTENTE_DM_AGCKECKIN) / INAIL (https://www.inail.it/cs/internet/accedi-ai-servizi-online.html) o richiesta ad altri enti previdenziali non aderenti al sistema dello sportello unico previdenziale e accertamento del mantenimento del requisito in corso d'anno - Verifica della regolarità del pagamento di imposte e tasse tramite richiesta (via PEC) all'Agenzia delle Entrate di competenza territoriale del contraente
SANZIONI AMMINISTRATIVE E CARICHI PENDENTI DA REATO (ART. 80, COMMA 5, LETT. F D.LGS. 50/2016)	Dichiarazione sostitutiva, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, del legale rappresentante e, se esistenti, dei componenti dell'organo di amministrazione, attestante l'insussistenza di sentenze penali di condanna a carico degli stessi di cui al DD. LLgss. 231/2001, 81/2008, 231/2002	- Eventuale acquisizione tramite sistema CERPA o richiesta al Casellario giudiziale presso le Procure della Repubblica del: certificato dell'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato certificato del casellario giudiziale - Valutazione della "gravità dei fatti imputati, dell'eventuale rimozione degli stessi e delle relative conseguenze, dell'eventuale dissociazione dell'ente dalle condotte illecite"
TRASPARENZA (D.LGS. 33/2013)	- Obblighi di pubblicazione e per l'attività di pubblico interesse ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e s.m.i. - Elenco di richieste di accesso generalizzato pervenute nell'anno precedente	Verifica del rispetto delle disposizioni in merito, sia riguardo alla pubblicazione sui siti web dei dati e dei documenti obbligatori che all'esercizio del diritto di accesso civico
INCOMPATIBILITÀ DEL PERSONALE (L. 190/2012)	Autocertificazione attestante l'assenza di incompatibilità di cui al D. Lgs. 190/2012 e riportante l'elenco del personale assunto nell'ultimo triennio	

ESITI

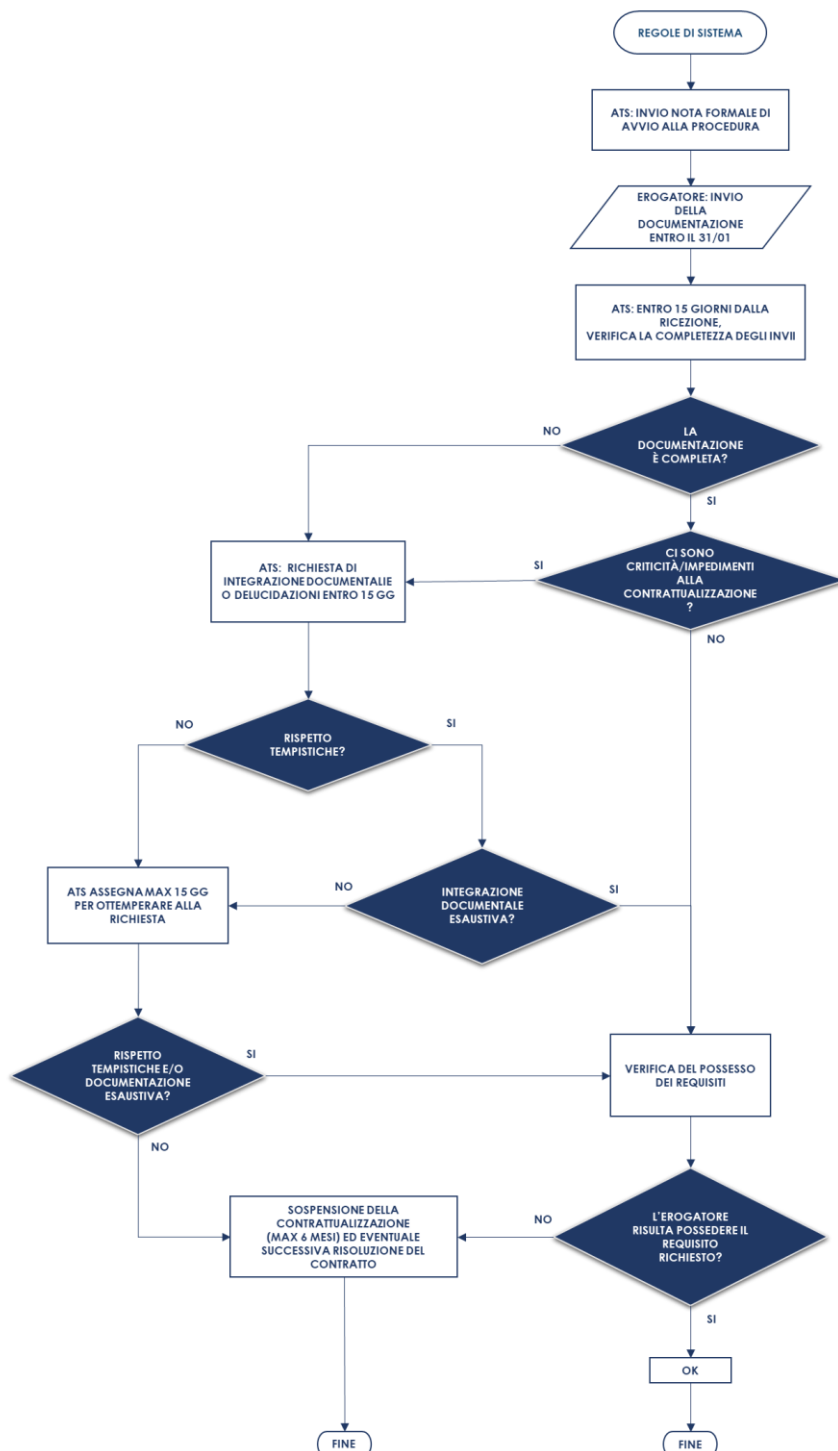
Alla luce delle osservazioni emerse nella trattazione, e al fine di promuovere l'omogeneizzazione dei comportamenti di ATS, di seguito si sono forniti infine specifici suggerimenti che, soprattutto se inseriti all'interno di un processo formalmente identificato nei suoi passaggi, potrebbe ovviare alcune delle criticità emerse dall'analisi e fornire alle ATS e agli erogatori elementi di certezza e in particolare:

- dare **formale avvio alla procedura** con una di nota che fornisca indicazioni in merito alla documentazione ed alle informazioni che dovranno essere forniti;
- definire un **unico modello di autocertificazione** che dettagli tutti i requisiti;
- prevedere che gli erogatori re-inviino la certificazione allo scadere della validità della stessa (quadrimestre o semestre);
- prevedere che tale dichiarazione, rilasciata dal rappresentante legale della struttura, sia altresì l'occasione per l'esplicitazione di un espresso e preventivo consenso alla contrattualizzazione, ai sensi dell'art. 6 comma 10 della LR 33/2009¹⁴;
- definire tempistiche certe per le scansioni delle diverse fasi (a partire da un **termine unico per l'acquisizione della documentazione**) che consenta alle ATS di espletare le verifiche necessarie prima della sottoscrizione dei contratti definitivi; si ipotizza che un congruo termine possa essere posto al **15/01** di ogni anno, in modo tale da bloccare – laddove sussistano cause ostative – anche la proroga per l'anno in corso del contratto provvisorio;
- **estendere gli adempimenti** di erogatori/gestori (e, conseguentemente, delle ATS), previsti per alcuni requisiti solo per alcuni erogatori/gestori, anche **a soggetti non esplicitamente previsti dalle disposizioni regionali**, in ottemperanza alla normativa nazionale;
- nel medio-lungo periodo, **informatizzare la procedura** per la richiesta di erogazione delle prestazioni per conto dell'SSN, affinché tutti i dati richiesti possano essere verificati automaticamente attraverso il collegamento con le banche dati di riferimento (Casellario giudiziale, Casellario informatico dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture – ANAC, dati dall'Agenzia delle Entrate, etc.);
- seppur non esplicitato si ritiene che nel caso di inottemperanza al debito informativo o laddove la documentazione presentata esprima criticità sia fatto obbligo ad ATS di avviare, per ciascuno dei requisiti, un formale iter temporalmente definito che conduca, in caso di reiterata inosservanza alla sospensione del processo di contrattualizzazione.

Al fine di contestualizzare i suggerimenti forniti e il processo "ideale" ipotizzato, si è fornisce di seguito una flow chart che identifica le principali azioni della fase in oggetto.

¹⁴ Nell'art. 6, al comma 10 della L.R. 33/2009 e s.m.i., riprendendo quanto espresso dall'art. 15 in tema di contrattualizzazione, si ribadisce la possibilità che "le ATS possono autorizzare la stipula di accordi anche con soggetti privati accreditati di cui all'articolo 8¹⁴, purché in possesso di tutti i requisiti necessari per lo svolgimento dell'attività richiesta e previo espresso e preventivo consenso degli stessi soggetti privati".

FASE 2: VERIFICA DEI REQUISITI DI ACCESSO ALLA NEGOZIAZIONE



ONE HEALTH

La visione olistica One Health, ossia un modello sanitario basato sull'integrazione di discipline diverse, si basa sul riconoscimento che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema siano legate indissolubilmente. In questo contesto l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (Acss) ha sottoscritto un accordo di collaborazione con la Sezione "One Health" del Dipartimento Scienze biomediche, chirurgiche e odontoiatriche (DSBCO) dell'Università degli Studi di Milano, che svolge ricerche nell'ambito dell'antimicrobico-resistenza (Amr) della medicina umana e veterinaria. Il tema è l'antimicrobico-resistenza (AMR), un problema di rilevanza mondiale con una valenza "One Health" che sta sempre più coinvolgendo oltre all'uomo e agli animali anche l'ambiente. In ambito veterinario, infatti, l'aumento della prevalenza di ceppi resistenti agli antimicrobici, oltre a rendere sempre più difficile il controllo delle patologie negli allevamenti e negli animali da compagnia, si pone come un serio problema di sanità pubblica. L'accordo prevede di sviluppare progetti innovativi nell'ambito dei controlli sociosanitari su fauna selvatica e animali da reddito, all'insegna di un'interazione tra la medicina umana e quella animale, e formazione su temi di interesse comune.

ACSS ha avviato un tavolo, in collaborazione con il Dipartimento Veterinario dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Bergamo e l'Associazione Regionale Allevatori della Lombardia (ARAL), per la redazione di un documento sulla cosiddetta "asciutta selettiva", cioè il periodo di 45-60 giorni antecedenti il parto delle bovine da latte. Nell'ambito della filiera di produzione del latte, infatti, è questo l'arco di tempo in cui vengono maggiormente usati gli antibiotici tramite l'inoculazione nella mammella dell'animale di farmaci specificamente sviluppati. Questa pratica, se ben gestita e realizzata, ha lo scopo sia di curare eventuali infezioni esistenti sia di prevenirne l'insorgenza, in modo da salvaguardare la salute della mammella e la qualità del latte prodotta subito dopo la nascita del vitello.

Le linee guida sull'uso prudente degli antimicrobici in medicina veterinaria (2015/C 299/04) e la necessità di ridurre complessivamente l'uso di antibiotici, indicata dal "Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza" 2017-2020 e dal "Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2023" della Lombardia, suggeriscono di definire e adottare nuovi protocolli che, mantenendo inalterate le garanzie per il benessere e la salute delle bovine, riducano l'uso degli antibiotici nella filiera del latte. Proprio in questo ambito il gruppo di lavoro dell'Ateneo milanese ha sviluppato e messo a punto un nuovo protocollo per il trattamento selettivo in asciutta delle bovine che ha dimostrato di essere in grado di ridurre di oltre il 45% il numero di trattamenti antibiotici in questo periodo, come risulta dall'articolo "Observational study on application of a selective dry-cow therapy protocol based on individual somatic cell count thresholds", pubblicato sulla rivista scientifica Italian Journal of Animal Science.

Nel corso del 2021 si sono ridefinite e avviate le attività relative al progetto di contrasto all'antibiotico resistenza in ambito veterinario da implementare sul territorio della provincia di Bergamo, ovvero:

- a) Incontri formativi atti a diffondere le nozioni tecniche di tenuta dei "registri dei trattamenti farmacologici elettronici" disposti dalla nuova normativa vigente;
- b) organizzazione di incontri formativi finalizzati a formare i titolari e gli operatori delle imprese agricole produttrici sul problema dell'antibiotico-resistenza;
- c) implementazione di misure atte a migliorare la gestione degli allevamenti per ridurre la necessità di utilizzo di antimicrobici in animali da reddito;

Sono state completati gli accordi con i portatori di interesse e definito un programma formativo gli allevatori del territorio in collaborazione con le associazioni maggiormente rappresentative.

È stato inoltre prodotto, grazie a ATS, Università e Aral il "*Documento di indirizzo operativo per l'applicazione della terapia in asciutta selettiva negli allevamenti bovini di latte*", che è stato poi approvato e condiviso con Izsler, Aral e Regione Lombardia.

SVILUPPI FUTURI

Proseguirà nei prossimi mesi il lavoro per l'identificazione di parametri standardizzati per valutare il consumo di farmaco negli allevamenti, condizione essenziale per l'implementazione di un sistema di monitoraggio adeguato.

Tale valutazione è già stata portata avanti dall'OMS, per i farmaci impiegati nella medicina umana, che ha sviluppato ed affinato due parametri per armonizzare il monitoraggio dei consumi umani: DDD (Defined Daily Doses) e DCD (Defined Course Doses). Nel corso degli anni sono stati proposti diversi indicatori in medicina veterinaria, sviluppati a partire dal concetto di DDD e DCD, tuttavia, ad oggi, non è ancora stato identificato uno standard univoco né per il bovino né per altri animali domestici destinati alla produzione di alimenti.

L'obiettivo a lungo termine del progetto resta quindi quello di applicare tutte le misure di sicurezza necessarie a ridurre l'antibiotico resistenza con un approccio One Health, che integri quindi la visione della parte veterinaria e ambientale per arrivare alla sicurezza dell'essere umano.

TEMPI D'ATTESA

INTRODUZIONE

L'emergenza pandemica ha inciso pesantemente sia sulla regolare attività degli erogatori nello svolgimento delle prestazioni, rallentando di fatto lo scorrimento delle liste d'attesa e allungando i tempi, sia sulle attività dei controllori, ovvero delle ATS, le cui energie sono state indirizzate quasi totalmente sulla gestione di vaccini, tamponi, tracciamento e altre attività legate all'emergenza.

Per questa ragione ACSS, durante il 2021, ha focalizzato la sua attenzione principalmente su due attività:

- analisi legislativa propedeutica per la ripresa delle attività di controllo con le ATS
- analisi dei dati 2019 e 2020 dal flusso 28san delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (DGR XI/1865 del 09/07/2019)

RISULTATI

ANALISI NORMATIVA

La gestione dei **TdA** in Lombardia è regolata dal PRGLA-Piano Regionale Governo Liste d'Attesa, approvato con DGR XI/1865 del 09/07/2019 in recepimento del PNGLA 2019-2021 -Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa.

La DGR n. XI/1865/2019, ha stabilito, nello specifico, i tempi entro cui devono essere erogate le prestazioni per ciascuna classe di priorità, introducendo una nuova soglia di garanzia **per la classe di priorità P** ossia programmabile (**da erogarsi entro 120 giorni** e non più entro 180 giorni **per le prestazioni prenotate dal 1° gennaio 2020**). Il nuovo PNGLA modifica e aggiorna poi l'elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero oggetto del monitoraggio dei tempi di attesa: l'abbinamento fra i codici ministeriali e quelli del nomenclatore tariffario regionale attualmente in vigore in Lombardia è stato oggetto di specifico documento tecnico dal titolo "Istruzioni operative MTA PNGLA 2019-2021 v. 01", pubblicato sulla piattaforma SMAF nella sezione MTA (mappatura [flussi] tempi di attesa) in data 15.07.2019, a cui si rimanda anche per la descrittiva delle prestazioni. Viene altresì stabilito che: x la soglia di rispetto dei tempi di attesa sia fissata al 90% per le prestazioni di specialistica ambulatoriale; x la percentuale di ricoveri programmati con priorità A eseguiti entro 30 giorni non sia inferiore al valore osservato relativo al III quartile dell'anno 2016, come da tabella contenuta nel testo del PNGLA 2019-2021, a cui si rimanda. Successivamente, a partire dal 2021, si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.

Per il governo dei tempi di attesa, viene inserita **la figura del Responsabile Unico Aziendale** (RUA), individuata dalla DGR n. X/7766/2017 che rappresenta un elemento

chiave. I compiti del RUA riguardano la verifica del corretto rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, la gestione esclusiva delle agende di prenotazione in sinergia con le Direzioni strategiche aziendali, l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili, il monitoraggio continuo, attraverso l'analisi dei dati dei sistemi informativi correnti, nonché l'esame delle eventuali criticità. La DGR n. XI/2672/2019 attribuisce al RUA anche competenze nella definizione degli interventi formativi finalizzati a garantire che siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati sia l'accoglienza dei pazienti, sia la comunicazione circa la permanenza nelle liste d'attesa. Il RUA è, altresì, deputato alla programmazione di azioni specifiche, quali l'adozione di iniziative rivolte alla riorganizzazione dei servizi in modo da ottenere, laddove possibile, incrementi di capacità produttiva senza aggravio di spesa. Il RUA è chiamato a svolgere un ruolo attivo di coordinamento anche nei casi in cui la struttura scelta dall'utente non sia in grado di garantire la prestazione rispettando le tempistiche previste dalla classe di priorità, in quanto è tenuto a individuare e proporre al cittadino altre strutture con tempi di prenotazione più brevi.

Per quanto concerne **il flusso MTA**, lo stesso è stato modificato, a partire dalla rilevazione di novembre 2019, nello specifico, limitatamente ai seguenti campi:

- ✓ flag cronicità dell'assistito
- ✓ data prescrizione
- ✓ codice IUP
- ✓ flag tolleranza
- ✓ flag approfondimento

I nuovi campi relativi ai flag non trovano, al momento, i corrispettivi all'interno del flusso 28/SAN.

Per quanto riguarda, invece, **il flusso ALPI Prenotazioni** è stato modificato relativamente all'inserimento del campo data accesso, introdotte dalla DGR n. XI/1865/2019 e riprese dalla sua circolare esplicativa (nota regionale prot. n. G1.2019.0031891 del 27.09.2019), sono state oggetto del documento tecnico.

Per l'elenco delle prestazioni, oggetto di monitoraggio, con DGR 1865 e successiva circolare esplicativa, è stato modificato e aggiornato l'elenco delle prestazioni e si è stabilito che per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "a" entro 30 giorni venga assegnata, come soglia da raggiungere (soglia di garanzia): nel 2019 il valore mediano osservato della distribuzione riferita a tutte le strutture indicate nei piani attuativi aziendali (ii quartile) nell'anno 2016. Nel 2020 che il valore mediano non sia inferiore al valore osservato relativo al iii quartile. Dal 2021, si assegna come soglia il 90% indipendentemente dal regime erogativo. il valore del 90% è da considerarsi come valore

soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%. Tenuto conto delle premesse, relative al particolare andamento delle attività ospedaliere legate all'epidemia da COVID, è stato realizzato il monitoraggio dei tempi d'attesa MTA dei ricoveri ospedalieri da cui emerge come dato generale il raggiungimento della soglia per l'84,34% delle prestazioni.

Si rileva, nonostante tutto, la difficoltà nella compilazione del flusso MTA concernente le prestazioni di ricovero da parte delle strutture: al momento della prenotazione della prestazione di ricovero, non sempre si possono attribuire a priori i medesimi codici procedura e diagnosi che sono poi riportate nella SDO; le procedure correlate a patologie oncologiche sono difficilmente inquadrabili in fase di prenotazione; il dato ex ante, non può sempre rappresentare tutte le tipologie previste, né essere sempre analogo alle codifiche del flusso SDO.

A queste criticità, si aggiunge la presenza di alcuni **problemi nel flusso informativo** (in particolare il flusso 28/san) che consentono l'invio di record incompleti, inesatti o errati da parte degli erogatori, con conseguenze non indifferenti sulla **possibilità di lettura delle dinamiche legate ai TdA**.

In particolare, gli indicatori si concentrano su:

- ✓ distinzione **primo accesso/controllo**;
- ✓ **qualità del flusso** inviato dagli erogatori (TdA calcolabile, prima data prospettata-prenotazione, prima data prospettata - erogazione, indicazione classe di priorità);
- ✓ **rispetto classe di priorità**.

Nel tenere presente che le determinanti del fenomeno delle **liste di attesa** sono molteplici e attengono a tre grandi aree di intervento: il governo della (crescente) domanda di prestazioni, il governo dell'offerta di assistenza ed i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni, è bene ribadire che le **azioni** previste per perseguire il contenimento delle stesse, non possono prescindere dal coinvolgimento multilivello. **Le ATS** sono tenute a mettere in atto azioni finalizzate a garantire ai cittadini il rispetto dei tempi massimi d'attesa (ad almeno il 90% degli assistiti per le prestazioni oggetto di monitoraggio), secondo il codice di priorità individuato dal Medico curante (Medico di Medicina Generale, Pediatria di Libera Scelta, Medico Specialista) in base alla situazione clinica rilevata. **La Struttura sanitaria** è tenuta a garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto dei tempi previsti dalle classi di priorità a decorrere dal momento della presentazione della richiesta da parte del cittadino; nel caso in cui il cittadino si presenti oltre i termini di cui sopra, l'erogazione della prestazione dovrà essere garantita nei tempi previsti dalla classe di priorità immediatamente successiva. Qualora la struttura a cui si rivolge il cittadino non avesse disponibilità ad erogare la

prestazione entro i tempi previsti dalla specifica priorità, **il Responsabile Unico Aziendale** per i tempi d'attesa (RUA), così come definito dalla DGR X/7766/2018, si attiva per individuare altre strutture in grado di offrire la prestazione entro i tempi indicati. **Qualora sul territorio delle ATS non fossero presenti le disponibilità richieste, la struttura scelta è tenuta ad erogare la prestazione con oneri a proprio carico chiedendo al cittadino di riconoscere il solo valore relativo al ticket se dovuto.** Tale opzione non è prevista nel caso in cui il cittadino non dovesse accettare la prestazione offerta presso altra struttura nei tempi previsti dalla classe di priorità. In osservanza alla DGR XI/1865/2019, **le prestazioni successive al primo accesso dovranno essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione.** A tale fine **le Aziende** dovranno adottare idonee modalità affinché le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. **Il prescrittore**, affinché il proprio paziente possa effettuare la prestazione entro un tempo di attesa idoneo, deve assegnare una specifica classe di priorità in base alle necessità cliniche rilevate e riportare sempre un quesito diagnostico valido.

Si richiama, altresì, all'obbligo per le strutture di mantenere costantemente aperte le agende di prenotazione (compatibilmente con la situazione del contesto epidemico), in modo da garantire la trasparenza delle liste di attesa. **L'interruzione dell'attività di erogazione delle prestazioni** (salvo i motivi determinati dalla pandemia) può essere adottata solo in casi eccezionali, deve essere documentata e deve essere tempestivamente comunicata, esclusivamente tramite PEC, alle ATS di competenza territoriale. **Le ATS valuteranno interventi volti a prevenire e sanzionare il fenomeno della chiusura delle agende salvo i casi riconducibili all'emergenza in corso.**

Altra azione, la gestione oculata delle agende di prenotazione.

In quest'ambito dovrebbero rientrare plurimi interventi che tengono conto della natura dinamica della lista di attesa:

- ☐ l'attività di verifica/pulizia delle liste, che significa scremare le prenotazioni multiple e accertare (via telefono, sms, etc.) la persistente volontà del paziente di ricevere la prestazione, approfittando di questa occasione di contatto con il cittadino per manifestare interesse nei suoi confronti e migliorare la qualità di cure percepita;
- ☐ la centralizzazione delle prenotazioni, volta a limitare il fenomeno delle "agende ombra" (una persistenza di prenotazioni a livello di servizio/reparto svincolate dal controllo centrale e prive di verifica);
- ☐ lo sfruttamento ottimale degli slot disponibili, che si realizza principalmente attraverso l'overbooking sistematico (si fissa un numero di prenotazioni superiore al di sopra delle disponibilità effettive di erogazione) volto a mitigare il fenomeno del no-show;
- ☐ la possibilità di prenotazione diretta delle visite di follow up da parte dello specialista, preferibilmente tramite un'agenda interna separata, per semplificare il percorso del

paziente, garantire la continuità delle cure e al tempo stesso rimuovere dal paniere questa componente della domanda.

ANALISI DATI - CONFRONTO ANNI 2019 - 2020

Nell'anno 2019 le prestazioni oggetto di monitoraggio erogate sono state 8.235.379, suddivise in 5.846.642 prime visite, 2.166.109 controlli e 222.628 prestazioni in urgenza. Molto diversa la situazione del 2020 che, con 4.198.817 prime visite, 1.560.879 controlli e 209.766 prestazioni in urgenza, arriva ad un totale di 5.969.462 prestazioni erogate. Si è persa quindi l'erogazione di più di 2 milioni di prestazioni oggetto di monitoraggio (2.265.917).

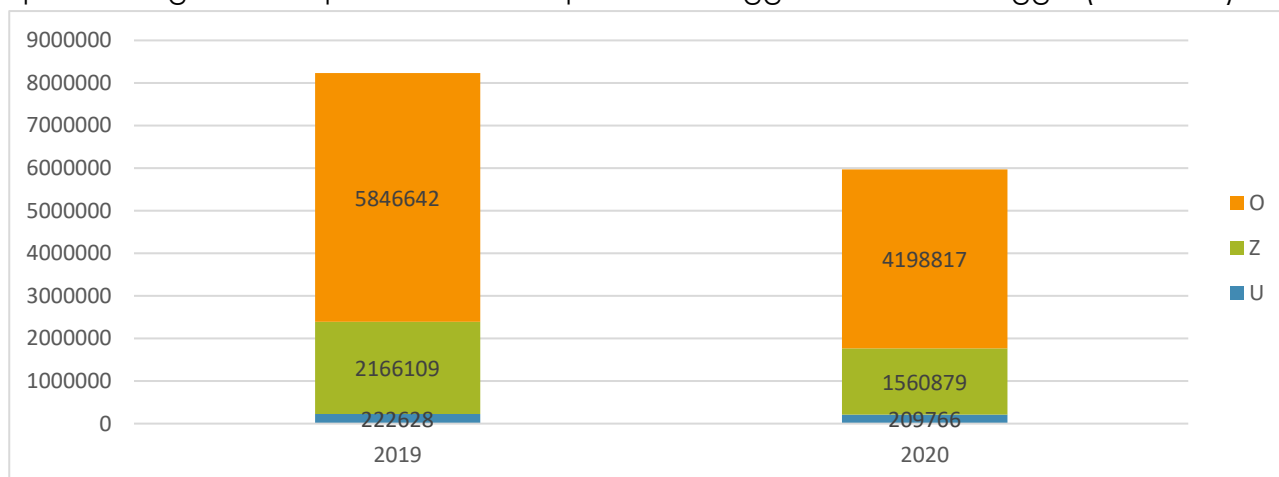


Grafico 1: volume di prestazioni in primo accesso, controllo e urgenza, divise per anno

A fronte di questa perdita di prestazioni, osserviamo il rispetto delle soglie per i tempi d'attesa all'interno delle classi di priorità, mettendo a confronto il 2019 e il 2020.

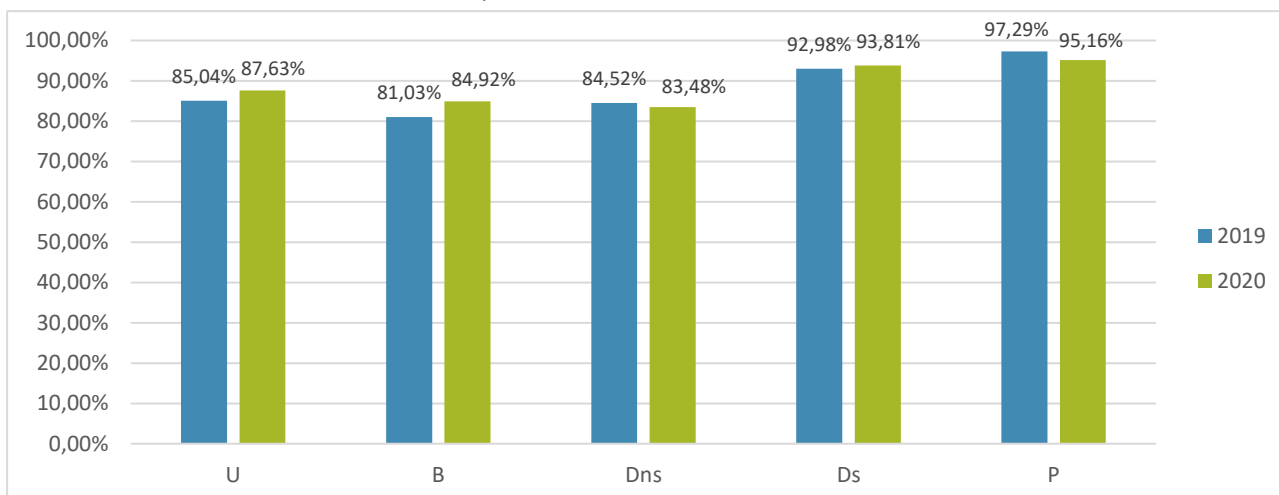


Grafico2: % di rispetto dei tempi d'attesa per classe di priorità

Si osserva che la situazione del 2020 è pressoché simile a quella del 2019. Per le classi di priorità U e B c'è una leggera tendenza a migliorare nel 2020, mentre risultano leggermente in peggioramento i tempi d'attesa per la classe P.

Questo risultato, unito alle prestazioni mancanti, non solleva rispetto alle preoccupazioni date dalle sospensioni delle erogazioni in periodo pandemico, anzi non esclude il ricorso dei cittadini a strutture private a causa di tempi d'attesa non soddisfacenti.

Deve essere considerato che la lettura dei dati si basa esclusivamente sulle prestazioni oggetto di monitoraggio previste dalla DGR XI/1865 del 09/7/2019.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

I vari capitoli della presente Relazione, dal punto di vista tecnico, illustrano, da un lato, le diverse attività di controllo che ACSS ha portato avanti nel 2021 e i relativi risultati conseguiti e, dall'altro, alcune delle progettualità avviate e intraprese che troveranno sviluppo nel corso del 2022. ACSS è attenta a condurre sia un'azione di monitoraggio delle attività di controllo in essere, ma altresì allo sviluppo di nuove modalità di verifica, anche con una prospettiva ex ante, e all'esecuzione di approfondimenti su determinati temi. Il tutto sempre inserito in una delle principali missioni di Agenzia, ovvero quella di rendere uniforme ed omogenea la modalità con cui vengono svolte le attività ispettive da parte delle ATS e di ridurre gli ambiti di discrezionalità.

I risultati ad oggi ottenuti rendono ACSS consapevole del valore aggiunto che è in grado di dare al sistema e delle potenzialità in essere che potranno trovare compimento con il consolidamento organizzativo e il raggiungimento di una piena e proficua collaborazione con il Consiglio Regionale, la Giunta Regionale, l'assessorato al Welfare e la Direzione Generale Welfare che conduca ad una completa integrazione tra Programmazione e Controllo.