

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 5 DEL 31.03.2023



RELAZIONE ANNUALE AL CONSIGLIO REGIONALE ANNO 2022

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

PRESENTAZIONE DI ACSS E FUNZIONI	1
EVOLUZIONE ASSETTO ORGANIZZATIVO E FUNZIONAMENTO	4
POLITICHE DEL PERSONALE	6
DINAMICHE FINANZIARIE	7
ATTIVITA' ISTITUZIONALE	8
PIANO DEI CONTROLLI E PROTOCOLLI- lettera a) del comma 4 art.11 l.r. 33/2009 e s.m.i.)	8
FUNZIONI NON TARIFFATE – lettera e) del comma 4 art.11 l.r. 33/2009 e s.m.i.	12
MAGGIORAZIONI TARIFFARIE - lettera f) del comma 4 art.11 l.r. 33/2009 e S.M.I.:	18
SICUREZZA DEL PERSONALE SANITARIO	21
SISTEMA DI NEGOZIAZIONE PRESTAZIONI DEL SSR - ai sensi dell'art.11 c.4 lett. D)	38
CONTROLLI OPERATIVI	45
TEMPI D'ATTESA.....	45
MONITORAGGIO RILIEVI COLLEGI SINDACALI	50
AUDIT SULLE ATTIVITÀ DI SCREENING	52
PROVVEDIMENTI 2022.....	57
DELIBERAZIONI DEL COMITATO DI DIREZIONE.....	57
PRINCIPALI DETERMINAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE.....	57

PRESENTAZIONE DI ACSS E FUNZIONI

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 dalla L.R. n. 22/2021 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 modifiche normative che hanno attribuito ad ACSS la competenza di verificare *"la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS"* (lettera a-bis, c. 4, art. 11), funzione a sé stante rispetto alla citata previsione di cui alla lettera a), ha determinato, rispetto al testo previgente, un ampliamento della portata applicativa della disposizione.

Con la legge regionale 22/2021 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, appare evidente l'importanza che il tema 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 all'attività di monitoraggio degli agiti aggressivi, si rimanda all'apposita sezione del presente documento che rendiconta il monitoraggio attuato nel 2022 da ACSS e fornisce un quadro generale del fenomeno.

L'annualità 2022 è stata caratterizzata da nuove funzioni assegnate all'Agenzia attraverso specifici provvedimenti regionali che hanno riguardato le seguenti attività:

- partecipazione alla Unità di intervento per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (ex DGR n. XI / 7475 e DGR 7758);
- monitoraggio, in collaborazione con DG Welfare, del rispetto dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, nell'ambito delle funzioni svolte dall'Unità di intervento costituita con la DGR n. XI/6610 del 30/06/2022 e monitoraggio dell'attività degli erogatori dei servizi ospedalieri e territoriali, pubblici e privati, nell'ambito del contenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, attribuita con DGR n. XI/7758 del 2022);
- monitoraggio sperimentale in merito ai rilievi dei Collegi sindacali delle Aziende sanitarie relativamente ai profili di legittimità e liceità dei provvedimenti e delle azioni delle Aziende/Agenzie (DGR n. XI/6396 del 23/05/2022);
- collaborazione con DG Welfare per la verifica dell'utilizzo dei finanziamenti assegnati con DGR n. XI/164/2018 e DGR n. XI/2464/2019 (DGR n. XI/6869 del 02/08/2022);
- supporto alla DG Welfare nella conduzione di audit ai fini degli obiettivi previsti per gli screening incluso screening HCV (DGR n. XI/6370).

Le modifiche e le integrazioni normative hanno confermato 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"*.

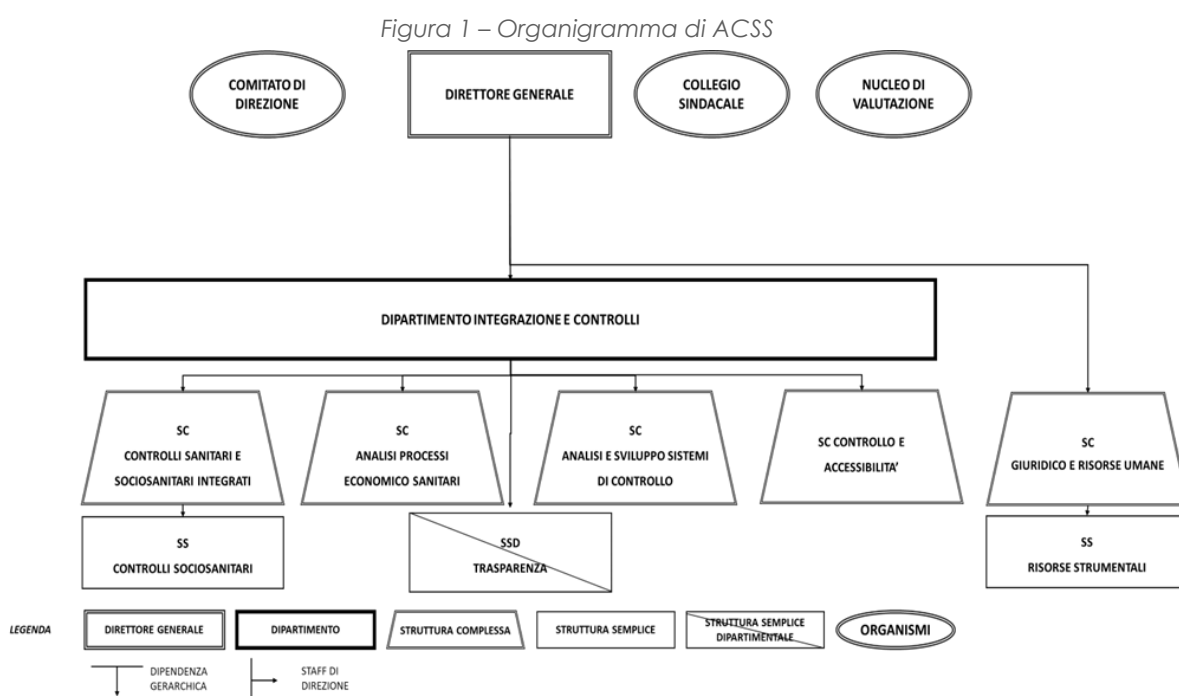
EVOLUZIONE ASSETTO ORGANIZZATIVO E FUNZIONAMENTO

L'organizzazione dell'Agenzia è rappresentata nell'assetto organizzativo approvato dalla Giunta di Regione Lombardia con DGR n. X/5512 del 02/08/2016, aggiornato, da ultimo e nella versione vigente, dalle Determinazioni del Direttore Generale n. 14 del 02/02/2021 e n. 49 del 05/12/2022.

Alla luce degli adeguamenti applicativi derivanti dall'attuazione della Legge regionale 14 dicembre 2021 n. 22, di riforma del Sistema Sociosanitario in Lombardia e delle ulteriori attività assegnate ad ACSS dalla Giunta di Regione Lombardia, l'operato dell'Agenzia è risultato, anche nel 2022, in costante evoluzione.

Il Comitato di Direzione, vista la DGR n. 7315 del 14/11/2022, relativa all'approvazione del "Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022-2023" e, nelle more dell'approvazione del POAS, ha provveduto alla ridefinizione delle competenze della SC Analisi e Sviluppo Sistemi di Controllo e alle modifiche inerenti alla SC Affari Generali e Istituzionali, recepite con la citata determinazione n. 49/2022.

Si riporta, di seguito, l'organigramma analitico che delinea l'articolazione organizzativa dell'Agenzia alla luce della ridefinizione delle competenze sopra citata.



L'organizzazione di ACSS, delineata dalla Giunta regionale (DGR n. X/5512 del 02/08/2016), prevede una dotazione organica di un massimo 25 unità di personale.

L'organizzazione dell'Agenzia è articolata in:

- 1 Dipartimento funzionale;
- 5 Strutture Complesse;
- 1 Struttura Semplice Dipartimentale;
- 2 Strutture Semplici.

La Struttura Complessa Giuridico e Risorse Umane, che prevede al suo interno la Struttura Semplice "Risorse Strumentali", afferisce direttamente alla Direzione Generale. Gli ambiti di competenza della Struttura Complessa e Semplice sono declinati dalla determinazione n. 49/2022.

Il Dipartimento Integrazione e Controlli aggrega funzionalmente strutture sia semplici che complesse al fine di realizzare, in maniera coordinata ed omogenea, obiettivi comuni e/o programmi di rilevanza strategica.

Afferiscono al Dipartimento n. 4 Strutture Complesse e n. 1 Struttura Semplice Dipartimentale:

1. Struttura Complessa Analisi dei Processi Economico Sanitari (ambiti di competenza di cui alla determinazione n. 81/2017);
2. Struttura Complessa Controllo Accessibilità (ambiti di competenza di cui alla determinazione n. 81/2017);
3. Struttura Complessa Controlli Sanitari e Sociosanitari Integrati cui afferisce la Struttura Semplice Controlli Sociosanitari (ambiti di competenza di cui alla determinazione n. 81/2017);
4. Struttura Complessa Analisi e Sviluppo Sistemi di Controllo (ambiti di competenza di cui alla determinazione n. 49/2022);
5. Struttura Semplice Dipartimentale Trasparenza (ambiti di competenza di cui alla determinazione n. 31/2021).

Nel corso dell'esercizio 2022, le attività dell'Agenzia sono proseguite nell'ottica del consolidamento dell'assetto organizzativo e di funzionamento, con l'obiettivo di garantire lo svolgimento dei compiti e delle funzioni istituzionali assegnate dal legislatore.

L'Agenzia, con determinazione n. 45/2022 ha adottato in via definitiva, il PTFP 2022-2023-2024, così come approvato da Regione Lombardia con DGR n. XI/7097 del 10/10/2022.

L'organico, per l'annualità 2022, risulta distribuito, all'interno dell'organizzazione, in maniera coerente con quanto previsto dalla DGR sopra citata e dalle successive modifiche sopra citate, tra le strutture dedicate all'attività core e le strutture di gestione e funzionamento, come di seguito riportato:

Tabella 1 – Distribuzione dell'organico – anno 2022

Struttura	N° Dirigenti	N° comparto	Dirigenti in servizio al 31/12	Comparto in servizio al 31/12
Staff Direzione	0	2	0	2
SC Giuridico e Risorse Umane	1	3	2	2
SS Risorse strumentali	1	1	0	0
SC Controlli sanitari e sociosanitari integrati	1	2	1	0
SS Controlli sociosanitari	1	1	0	0
SC Analisi e sviluppo sistemi di controllo	1	1	0	1
SC Controllo Accessibilità	1	3	1	1
SC Analisi dei processi economico sanitari	1	3	1	3
SSD Trasparenza	1	1	0	0
Totale organico	8	17	5	9
	25		14	

POLITICHE DEL PERSONALE

In attuazione di quanto disposto dal DL 36/2022 convertito con L. 29 giugno 2022, n. 79 recante: "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" che ha previsto la cessazione dei comandi relativi all'area del comparto al 31/12/2022 o alla naturale scadenza, il Piano Triennale di Fabbisogno del Personale si è orientato verso una programmazione di reclutamento indirizzata al passaggio da una politica di assunzione 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 che prevede l'inserimento in ruolo di personale tramite assunzione o istituto della mobilità.

Alla luce di quanto disposto dal D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, così come modificato e integrato dal D.lgs. 27 ottobre 2009, n.150 e dal D.lgs. 25 maggio 2017, n. 75 e in particolare l'articolo 6 "Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale", dall'articolo 6-ter "Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale, dal Decreto 8 maggio 2018 del Ministero per la semplificazione e la Pubblica Amministrazione e dal decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36, convertito con modificazioni dalla L. 29 giugno 2022, n. 79 recante: "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)", con determinazione n. 45/2022, ACSS ha adottato in via definitiva il PTFP 2022-2023- 2024, così come approvato da Regione Lombardia con DGR n. XI/7097 del 10/10/2022.

Al fine di garantire la pluralità delle professionalità necessarie allo svolgimento delle funzioni assegnate, ACSS nel 2022 ha sottoscritto con il Politecnico di Milano una convenzione per l'attivazione di tirocini. Anche questa forma di temporanea e parziale di inserimento di risorse ha contribuito a confermare la visibilità nel Sistema di ACSS.

DINAMICHE FINANZIARIE

Con decreto della Giunta Regionale n. 1.492 del 11/02/2022 è stata assegnata all'Agenzia, da Regione Lombardia, la dotazione finanziaria di euro 2.086.739, oltre ad un anticipo di cassa pari a euro 400.00, per un finanziamento complessivo annuo di euro 2.486.739.

Il Decreto di Assestamento n. 14896 del 18/10/2022, a seguito delle economie evidenziate e in coerenza rispetto al Piano triennale dei fabbisogni assegna risorse complessive per euro 2.216.170.

Per quanto riguarda la situazione finanziaria, l'Agenzia presenta una situazione consolidata, pertanto, nel corso dell'esercizio 2022 non si è effettuato alcun ricorso all'anticipazione di cassa.

Per quanto concerne il coefficiente ITP, tempi medi di pagamento, nell'esercizio 2022, si è registrato un coefficiente pari a -15, evidenziando una dilazione media di 45 gg, rispetto al limite massimo di 60 gg imposto dai competenti uffici regionali.

Al termine dell'esercizio 2022, 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.**

ATTIVITA' ISTITUZIONALE

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

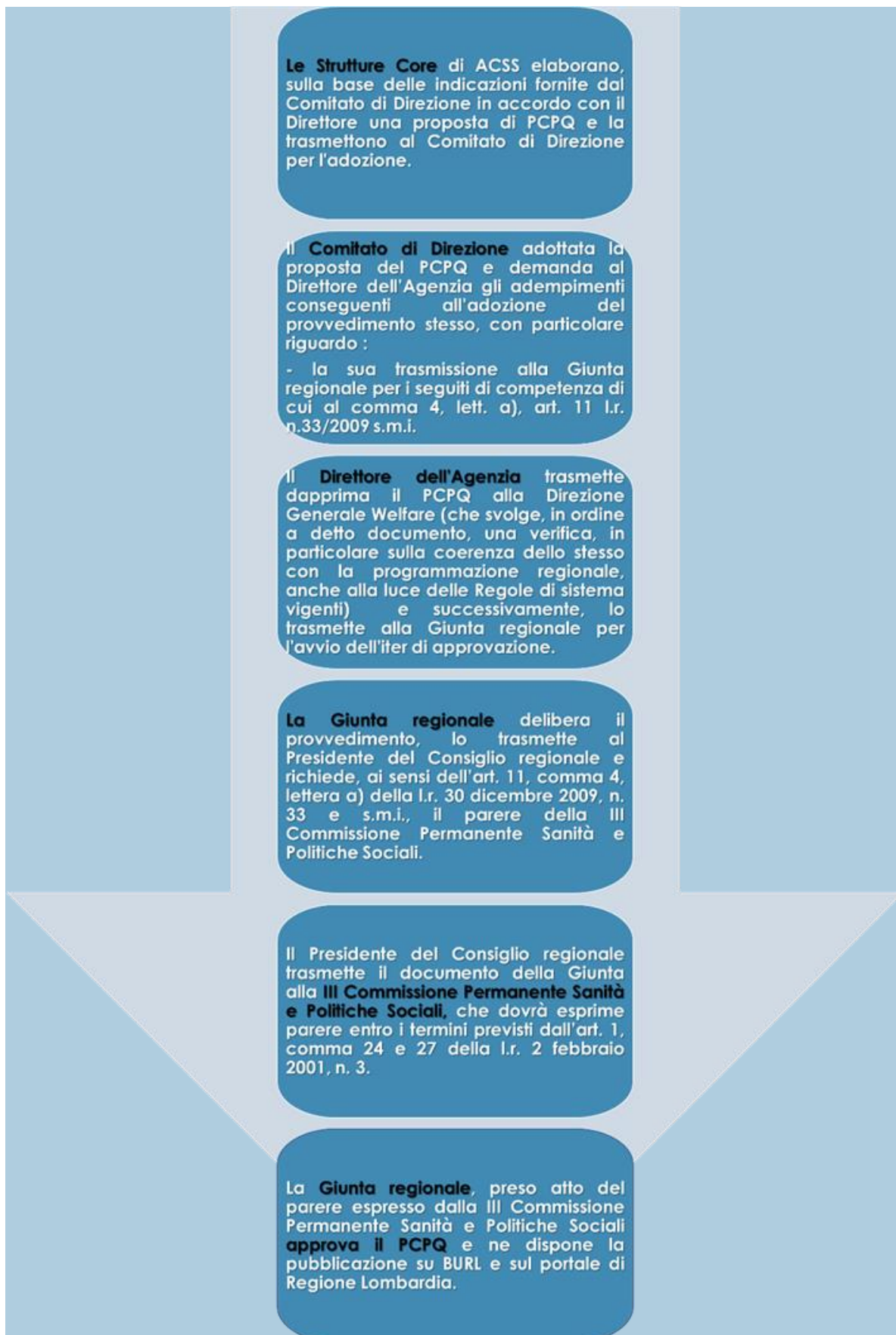
La progressione degli scenari in continua evoluzione nei quali le strutture sanitarie e sociosanitarie lombarde si trovano ad operare richiede una forte propensione ad una **programmazione flessibile e reattiva**, indirizzata a garantire sicurezza, equità e sostenibilità delle cure.

In ottemperanza al mandato della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n.33 e s.m.i., il Piano dei Controlli e Protocolli (nel seguito PCP) 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 PCP, e quindi il suo valore nei confronti delle ATS, è sancita dalla sua approvazione da parte della Giunta Regionale, previa acquisizione di parere formale da parte della competente Commissione Consiliare; a conclusione dell'iter di approvazione, le strategie indicate dal PCP divengono riferimento vincolante per il sistema dei controlli territoriali.

Di seguito si rappresentano sinteticamente le fasi dell'iter di approvazione del PCP.

Figura 2 - Fasi dell'iter di approvazione del PCP



PIANO DEI CONTROLLI E PROTOCOLLI 2022-23

Secondo l'iter di cui sopra, con la **deliberazione N. 2 del 21.04.2022**, il Comitato di Direzione ha adottato la proposta avente ad oggetto: "Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022-2023", 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 26 aprile 2022 (Nota prot. acssl.2022.0000597).

La Giunta regionale con **DGR n. XI/6396 del 23/05/2022** ha preso atto del "Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022-2023" e 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 in data **28/09/2023** il **parere favorevole** della Commissione consiliare competente, la Giunta Regionale ha definitivamente approvato il piano con **DGR n. XI/7315** del 14/11/2022.

In attuazione dell'articolo 6, comma 3, lettera i) della L.R. 33/2009 e s.m.i., le ATS sono tenute ad approvare annualmente i propri Piani di Controllo e, in ottemperanza al dettato dell'art.11 comma 4 lettera a), a coordinarne e integrarne i contenuti con le indicazioni fornite dal Piano dei Controlli dell'Agenzia di Controllo (di seguito Piano).

È stato chiesto alle ATS di esplicitare nel proprio Piano una programmazione che affrontasse **tutte le aree di attività di controllo in capo alle stesse**, anche se non espressamente richiamate nel documento, così come risultanti dall'applicazione dei contenuti normativi vigenti nonché dalle indicazioni contenute nei provvedimenti regionali.

Poiché l'efficacia della programmazione non può prescindere dall'analisi del **Contesto territoriale di riferimento**, è stato richiesto, per ciascun ambito di controllo, di rappresentare, in maniera sintetica, le principali variabili caratterizzanti il contesto nel quale ciascuna ATS si trova ad operare.

Per guidare le ATS nella stesura e per garantire omogeneità nella rilevazione delle informazioni, si è predisposto uno **strumento omogeneo di rilevazione del contesto di riferimento** contenente un set di informazioni minime da fornire in forma tabellare; ciascuna ATS ha avuto altresì la possibilità di integrare le tabelle con le altre informazioni ritenute rilevanti, ovvero accompagnare le medesime con un testo descrittivo.

Al fine di una chiara rappresentazione della programmazione è stato chiesto, inoltre, di esplicitare, in modo dettagliato, per ciascuna Area di controllo, gli **elementi chiave della programmazione identificati come segue:**

Figura 3 - Elementi chiave della programmazione per ciascuna area

la **modalità** con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/da remoto);

la **numerosità dei controlli programmati** in relazione al numero di erogatori/soggetti sottoposti a controllo, pubblici e privati;

eventuali **flussi o 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/ soggetti sottoposti a controllo che, ove applicabile, per le cartelle clinico-assistenziali (es.: SDO, FaSAS);

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.

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

La Giunta Regionale, con **DGR n. XI/2014 del 31/07/2019**, ha definito il nuovo impianto di remunerazione delle Funzioni Non Tariffate (FNT) per l'anno 2019, accogliendo alcune fra le osservazioni, i suggerimenti e le raccomandazioni espresse da ACSS nel documento "Parere preventivo Funzioni non Tariffate 2019" e adottando per la formulazione delle funzioni, di cui all'Allegato 1 della DGR, il format proposto. Rimandando, per i dettagli, al documento integrale disponibile sul sito web dell'Agenzia, la tabella seguente riassume quanto recepito:

Tabella 2 – Sintesi classificazione delle funzioni

Funzioni classificate da ACSS come "non più attuali"	Sono state espunte dalle funzioni quella della didattica universitaria, dell'ampiezza del case mix, della complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici e della molteplicità di presidi di erogazione di specialistica ambulatoriale
	È stata riorientata la formulazione della funzione dedicata al trattamento dei pazienti anziani
	È stata conservata la funzione legata alla formazione del personale delle professioni sanitarie
Funzioni classificate da ACSS come "aggiornabili"	È stato rivisto l'impianto delle funzioni relative al File F, Pronto Soccorso e le funzioni dedicate all'area materno infantile (rete STEN, culle neonatali, screening neonatale e minori in acuzie).
	Sono state introdotte nuove funzioni.

Sulla base del nuovo impianto, DG Welfare ha assegnato gli importi spettanti alle strutture, attraverso la DGR n. XI/3263 del 16/06/2020 (FNT 2019), DGR n. XI/4946 del 29/06/2021 (FNT 2020) e DGR n. XI/6708 del 18/07/2022 (FNT 2021).

OBIETTIVI

L'attività di analisi, confluita nella *Relazione sulle Funzioni Non Tariffate Anni 2019-2021*, ha l'obiettivo di fornire osservazioni, raccomandazioni e suggerimenti relativi all'istituto delle FNT riformulato con DGR n. XI/2014/2019 attraverso un'analisi del quadro economico complessivo per il triennio 2019-2021 e un confronto tra il vecchio e nuovo impianto, sia per quanto riguarda le funzioni che per quanto concerne il processo di definizione degli importi.

METODO

Attraverso gli approfondimenti condotti, si è, in primis, verificato che il razionale di ciascuna funzione fosse direttamente riconducibile al quadro normativo definito dal D.lgs. 502/1992 che, all'art. 8-sexies, introduce il concetto di "costo standard di produzione del programma di assistenza" per finanziare quelle attività assistenziali che non trovano una copertura nelle tariffe.

Si è verificato che, per ciascuna funzione, i seguenti elementi essenziali fossero identificati in maniera coerente:

Tabella 3 – Elementi caratterizzanti delle funzioni

RAPPRESENTAZIONE ECONOMICA E 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 rientreranno 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 DI ATTRIBUZIONE	Descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento.
DEFINIZIONE DEGLI IMPORTI SPETTANTI	Eventuali meccanismi di riproporzionamento del valore calcolato rispetto al valore stanziato.

Appurata l'aderenza con la normativa di riferimento, si è provveduto a verificare che l'algoritmo e la costruzione del costo standard fossero coerenti con il rationale espresso (giustificazione oggettiva del ricorso alla funzione).

Queste ultime verifiche sono state effettuate per l'annualità 2019, per la quale DG Welfare ha trasmesso ad ACSS i dati necessari per gli opportuni controlli, ai sensi dell'art. 11, comma 4, lett. d) della L.R. 33/2009 e s.m.i..

SINTESI

Nel triennio 2019-2021 l'ammontare complessivo delle risorse stanziate a finanziamento dell'istituto delle FNT è rimasto invariato, impegnando complessivamente fino a 817.5 milioni di euro, così ripartiti:

- fino a 702 milioni di euro per le strutture erogatrici pubbliche¹;
- fino a 115.5 euro per le strutture erogatrici private).

Si precisa che la dizione "fino a" sta ad indicare che l'importo riferito a ciascun comparto rappresenta un tetto massimo non superabile che tuttavia, non impegna la Regione al suo completo utilizzo, qualora lo sviluppo degli algoritmi attesti valori inferiori da erogare alle strutture beneficiarie.

Anche per quanto attiene lo stanziato sulla singola funzione, rimasto invariato nel triennio, viene indicato un valore rappresentativo del tetto massimo di spesa, riportato in Tabella 4.

¹ Solo nella DGR n. XI/3263/2020 (FNT 2019) questo tetto non è esplicitato, mentre lo è nelle due DD.GG.RR. successiva (n. XI/4946/2021 per l'esercizio 2020 e DGR n. XI/6708/2022 per l'esercizio 2021).

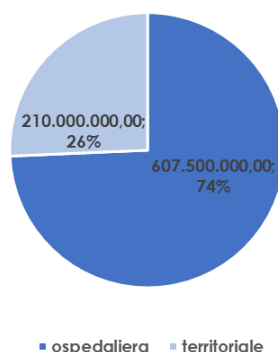
Tabella 4 – Importi stanziati per ciascuna FNT nel triennio 2019-2021

FNT	TITOLO FNT	Importi stanziati (2019-2020- 2021)
1	Funzionamento della rete di emergenza urgenza ospedaliera	235.000.000
2	Stroke unit e neuroradiologia interventistica nella gestione dell'ictus	15.000.000
3	Standard aggiuntivi previsti per il sistema integrato per l'assistenza al trauma	40.000.000
4	Standard aggiuntivi rete trattamento pazienti con infarto con sopraslivellamento tratto ST	25.000.000
5	Disponibilità posti ECMO	10.000.000
6	Rete sten culle neonatali in pronta disponibilità screening neonatale	8.000.000
7	Centri di riferimento regionali nell'area dell'emergenza urgenza	4.500.000
8	Minori in acuzie	20.000.000
9	Anziani in acuzie	100.000.000
10	Centri di riferimento regionali	19.000.000
11	Complessità di gestione del file F	21.000.000
12	Costo della gestione monitoraggio dei pazienti in carico per assunzione farmaci HIV	8.000.000
13	Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro (U.O.O.M.L.)	3.500.000
14	Prelievo di organi e tessuti – altre attività connesse al trapianto d'organi	15.000.000
15	Ricerca corrente negli IRCCS	73.000.000
16	Formazione personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario	25.000.000
17	Rete d'offerta specialistica extraospedaliera ASST	25.000.000
18	Rete della neuropsichiatria infantile territoriale ASST	30.000.000
19	Integrazione ospedale territorio dei percorsi relativi alla gestione del disagio mentale ASST	60.000.000
20	Attività consultoriali garantite dal polo territoriale delle ASST	20.000.000
21	Rete dei centri vaccinali ASST	30.000.000
22	Sanità penitenziaria	14.500.000
23	Obiettivi previsti dal Piano Regionale triennale integrato della Sanità pubblica veterinaria	16.000.000
TOTALE		817.500.000

Collocando ciascuna funzione all'interno delle macroaree territoriale e ospedaliera emerge che, sebbene rispetto agli anni antecedenti il 2019 le risorse destinate all'area territoriale siano aumentate, esse rimangono notevolmente inferiori a quelle destinate all'area ospedaliera.

Nell'area ospedaliera confluiscono infatti 15 delle 23 funzioni, che assorbono complessivamente il 74% delle risorse complessivamente stanziati.

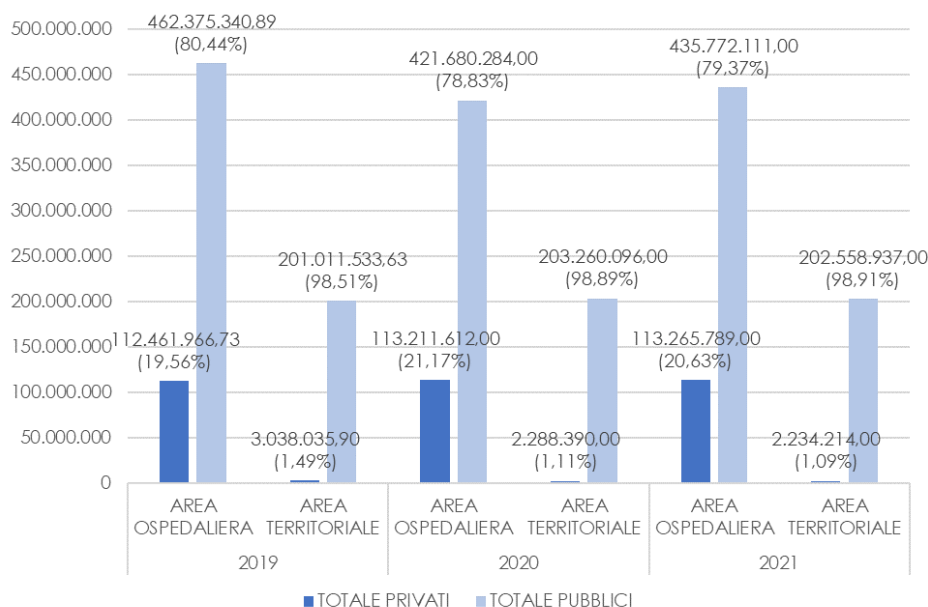
Figura 4 - Risorse stanziare per l'istituto delle FNT per area di destinazione (ospedaliera/territoriale) – triennio 2019-2021



Analogamente, analizzando gli **importi distribuiti**, oltre a quelli stanziati, si nota che la percentuale di risorse distribuite per l'area territoriale si attesta sempre intorno al 27% e rimane pressoché invariata nei 3 anni.

Suddividendo i dati relativi agli importi distribuiti in base al comparto di appartenenza (pubblico/privato) e alla tipologia di ente beneficiario, emerge inoltre che l'**area territoriale** è quasi esclusivamente di pertinenza del comparto pubblico, che assorbe più del 98% delle risorse distribuite in quest'area. Per l'**area ospedaliera**, invece, la percentuale di risorse erogate al pubblico è pari a circa l'80% del totale delle risorse distribuite nell'area (Figura 5).

Figura 5 - Importi distribuiti per l'istituto delle FNT area ospedaliera e territoriale, suddivisi per comparto (privato/pubblico) – triennio 2019-2021



Rispetto al totale delle risorse erogate ai privati, quelle destinate all'area territoriale rappresentano circa il 2-3%, mentre per i pubblici si attestano intorno al 30-33% circa nel triennio considerato.

Nel dettaglio, dalla Tabella 5 si nota altresì che, nell'area ospedaliera, il ruolo degli IRCCS pubblici e privati è, in termini economici, sostanzialmente equivalente, con una leggera prevalenza nell'ultimo biennio a favore degli erogatori privati.

Inoltre, la componente IRCCS è la più rilevante in termini economici nel settore privato, mentre nel pubblico è l'ASST la destinataria della maggior parte delle risorse.

Tabella 5 - Importi distribuiti per area (ospedaliera / territoriale) e tipo di beneficiario – triennio 2019-2021

TIPO ENTE		2019		2020		2021	
		IMPORTI DISTRIBUITI		IMPORTI DISTRIBUITI		IMPORTI DISTRIBUITI	
		AREA OSPEDALIERA	AREA TERRITORIALE	AREA OSPEDALIERA	AREA TERRITORIALE	AREA OSPEDALIERA	AREA TERRITORIALE
PRIVATI	CDC	41.418.117,00	287.765,00	39.831.366,00	230.523,00	39.803.355,00	239.008,00
	IRCCS	70.974.147,20	2.750.270,90	73.242.601,00	2.057.867,00	73.327.123,00	1.995.206,00
	STRUTTURE NON OSPEDALIERE	69.702,53	0,00	137.645,00	0,00	135.311,00	0,00
TOTALE PRIVATI		112.461.966,73	3.038.035,90	113.211.612,00	2.288.390,00	113.265.789,00	2.234.214,00
PUBBLICI	ASST	387.193.514,72	181.257.273,36	348.941.818,00	183.454.420,00	362.563.038,00	183.137.123,00
	ATS	2.333.044,20	15.370.715,00	2.266.012,00	15.370.715,00	2.519.131,00	14.999.999,00
	IRCCS	72.848.781,97	4.383.545,27	70.472.454,00	4.434.961,00	70.689.942,00	4.421.815,00
TOTALE PUBBLICI		462.375.340,89	201.011.533,63	421.680.284,00	203.260.096,00	435.772.111,00	202.558.937,00
TOTALE COMPLESSIVO		574.837.307,62	204.049.569,53	534.891.896,00	205.548.486,00	549.037.900,00	204.793.151,00

La nuova impostazione introdotta dalla DGR 2014/2019 è esitata in un aumento nel numero delle Funzioni, passato da 19 a 23 funzioni.

Le nuove funzioni finanziano per la maggior parte, sebbene con mix diversi, le medesime macroaree finanziate precedentemente.

Al fine di valutare i cambiamenti sostanziali intervenuti si è proceduto a svolgere un'analisi comparata tra i due assetti da cui è emerso che:

- **8 funzioni** hanno subito una **ristrutturazione sostanziale** nell'algoritmo e/o nel titolo mantenendo invariata l'oggetto di finanziamento, divenendo complessivamente 9 funzioni;
- **8 funzioni** sono state **confermate**, fra esse 2 sono state accorpate in un'unica funzione, divenendo quindi 7;
- **3 funzioni** sono state **espunte** dal novero;
- **7 funzioni** risultano **completamente di nuova istituzione** sia per l'oggetto di finanziamento sia per la costruzione dell'algoritmo di calcolo degli importi.

Sebbene le risorse stanziare complessivamente per l'istituto delle FNT siano rimaste pari a 817,5 mln euro in entrambe le annualità, la classificazione delle stesse FNT in ambiti di attività rileva una diversa allocazione degli **importi stanziati** nei due impianti: in particolare, le risorse vengono riallocate **a favore dell'ambito di Emergenza-urgenza e della Neuropsichiatria e disagio mentale**, attingendo in particolare dall'ambito della Complessità territoriale ed organizzativa.

ESITI

Stante il fatto che l'impianto complessivo delle funzioni e le modalità di calcolo di ciascuna delle stesse (Allegato 1 alla DGR n. XI/2014/2019) non hanno subito modifiche

nel biennio successivo all'annualità 2019 presa in esame, le osservazioni e i suggerimenti formulati nella "Relazione sulle Funzioni non Tariffate anno 2016"² - a cui si rinvia- ad eccezione di quelli relativi ad errori computazionali, sono validi anche per le annualità 2020 e 2021.

² Determina ACSS n. 59 del 27/07/2018.

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

ATTIVITA' PROFESSIONALIZZANTE PRESSO I REPARTI CONVENZIONATI

Il percorso formativo per gli studenti del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia prevede che la formazione in aula (didattica frontale) sia integrata con attività formativa al letto del paziente (*bedside*) svolta presso **reparti convenzionati** con l'Università, sotto la supervisione di **tutor ospedalieri** formalmente individuati dall'Ateneo.

Il Decreto ministeriale 16 marzo 2007 stabilisce che, per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia, debbano essere svolti almeno 60 crediti formativi universitari (CFU) derivanti da *attività formative volte alla maturazione di specifiche capacità professionali*. Considerato che 1 CFU equivale a circa 25 ore, è atteso che ciascuno studente svolga nell'intero percorso didattico complessivamente almeno 1500 ore di attività professionalizzante, collocata prevalentemente, ma non esclusivamente, nel corso del cd. **Triennio clinico** (4°, 5° e 6° anno di corso).

A fronte della considerazione che la presenza di studenti in formazione comporti maggiori costi per i reparti di ricovero ospitanti, allungandone i tempi clinici, Regione Lombardia ha introdotto con la L.R. 7/2010, in aggiornamento alla L.R. 33/2009 e coerentemente con la normativa a livello nazionale, l'istituto delle **maggiorazioni tariffarie**.

L'istituto, per la parte di didattica universitaria, si concretizza nell'attribuzione di una remunerazione aggiuntiva pari a un **incremento percentuale** applicato al valore della produzione finanziata derivante dalla **attività di ricovero di ciascun reparto clinicizzato** sede di attività professionalizzante.

La percentuale di incremento è attribuita in virtù dei valori assunti da un **set di indicatori** definiti dalla Giunta Regionale con la DGR n. XI/350/2010 e s.m.i. sulla base dei criteri indicati all'art. 27 bis comma 2 e specificatamente:

- a) N° dei posti letto attivi destinati alle attività didattiche;
- b) N° degli studenti frequentanti il polo didattico;
- c) N° del personale formalmente dedicato alla formazione ed al tutoraggio.

OBBIETTIVO

In ottica di miglioramento del sistema, si è elaborata un'ipotesi di nuovo modello di attribuzione basato su indicatori, partendo dall'**assunto**, alla base del dettato normativo, che il **finanziamento sia rivolto alla sola attività professionalizzante svolta presso i reparti**, e che, pertanto, il riconoscimento del contributo debba avvenire **proporzionalmente all'attività svolta** solo per i reparti che soddisfano in simultaneità i seguenti elementi:

- il reparto è **convenzionato**;
- il reparto **ospita studenti**;
- per il reparto sono stati formalmente individuati i **tutor didattici**.

METODI

Al fine di ottenere le informazioni di dettaglio necessarie ad una più completa analisi del fenomeno, si è predisposta una **survey**, riferita all'**A.A. 2018/2019**, trasmessa per la compilazione a tutti gli **Atenei lombardi sedi del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia** (Tabella 6).

La survey è stata strutturata assumendo come **unità di osservazione** il **binomio reparto/corso di laurea e ha** raccolto sia informazioni di tipo **qualitativo**, finalizzate all'identificazione delle caratteristiche di ciascun reparto, sia i dati **quantitativi** necessari al dimensionamento dello sforzo profuso da ogni reparto in termini di studenti accolti e numero di tutor impegnati.

SINTESI

Dall'analisi condotta sono emersi:

- una panoramica regionale dell'attività professionalizzante che fornisce spunti di riflessione per possibili evoluzioni future dell'istituto;
- elementi informativi rilevanti sulla cui base è stata elaborata la proposta di un **nuovo format di rilevazione**.

ESITI

Di seguito si rappresentano, in forma sintetica, gli esiti del lavoro svolto.

La survey ha rilevato che le strutture ospedaliere ospitanti i reparti convenzionati presso cui gli studenti iscritti svolgono attività "bedside" offerte dal percorso formativo sono complessivamente **42** afferenti a **28 enti** e risultano distribuite come in **Tabella 6**.

Tabella 6 - Strutture sanitarie per Ente, Corso di laurea e Ateneo.

ATNEO	CORSO DI LAUREA	ENTE	STRUTTURA SANITARIA
HUNIMED	Medicina e Chirurgia	HUMANITAS MIRASOLE S.P.A.	IST. CLIN. HUMANITAS*
UNIBS	Medicina e Chirurgia	ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	SPEDALI CIVILI BRESCIA OSPEDALE DEI BAMBINI - BRESCIA
UNISR	HSR ITA - Medicina e Chirurgia	OSPEDALE SAN RAFFAELE SRL	IRCCS S. RAFFAELE* SAN RAFFAELE TURRO*
	HSR IMD - International Medical Doctor Program	OSPEDALE SAN RAFFAELE SRL	IRCCS S. RAFFAELE* SAN RAFFAELE TURRO*
UNIPV	Medicina e Chirurgia	IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO FONDAZIONE ISTITUTO NEUROLOGICO CASIMIRO MONDINO ISTITUTI CLINICI SCIENTIFICI MAUGERI SPA SB	POLICLINICO S. MATTEO FOND. IST. NEUROLOGICO C.MONDINO IRCCS CENTRO MEDICO DI PAVIA*
UNINSUBRIA	Medicina e Chirurgia	ASST DEI SETTE LAGHI ASST LARIANA	OSPEDALE DI CIRCOLO E FONDAZIONE MACCHI - OSPEDALE F. DEL PONTE OSPEDALE DI CITTEGLIO - OSPEDALE DI LUINO OSPEDALE DI TRADATE OSPEDALE S. ANNA PRESIDIO OSPEDALIERO SANT'ANTONIO ABATE
UNIMI	UNIMI IMS - International Medical School	ASST CENTRO SPEC. ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO G. PINI/CTC ASST FATEBENEFRATELLI SACCO ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA ASST SANI PAOLO E CARLO CENTRO CARDIOLOGICO S.P.A. FONDAZIONE MONZINO IRCCS CA' GRANDA - OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO IRCCS IST. NAZ. PER LO STUDIO E LA CURA DEI TUMORI DI MILANO IRCCS POLICLINICO SAN DONATO ISTITUTO AUOLOGICO ITALIANO ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA S.R.L. ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI S.P.A. HUMANITAS MIRASOLE S.P.A.	ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI* OSPEDALE L. SACCO* ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA* OSPEDALE S. PAOLO* PRESIDIO OSPEDALE SAN CARLO* CENTRO CARDIOLOGICO "FOND. MONZINO**" IRCCS CA' GRANDA - OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO* IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI* IRCCS POLICLINICO SAN DONATO* OSPEDALE S. LUCA - AUOLOGICO* ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA* IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI* IST. CLIN. HUMANITAS*
	UNIMI CENTRALE - Medicina e chirurgia	IRCCS CA' GRANDA - OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO ASST CENTRO SPEC. ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO G. PINI/CTC ASST FATEBENEFRATELLI SACCO CENTRO CARDIOLOGICO S.P.A. FONDAZIONE MONZINO IRCCS POLICLINICO SAN DONATO MULTIMEDICA SPA	IRCCS CA' GRANDA - OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO* ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI* OSPEDALE M. MELLONI CENTRO CARDIOLOGICO "FOND. MONZINO**" IRCCS POLICLINICO SAN DONATO* OSPEDALE S. GIUSEPPE
	UNIMI SAN PAOLO - Medicina e chirurgia	ASST SANI PAOLO E CARLO IRCCS IST. NAZ. PER LO STUDIO E LA CURA DEI TUMORI DI MILANO ISTITUTO AUOLOGICO ITALIANO ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA S.R.L.	OSPEDALE S. PAOLO* IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI* OSPEDALE S. LUCA - AUOLOGICO* ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA*
	UNIMI VIALBA - Medicina e chirurgia	ASST FATEBENEFRATELLI SACCO ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA ASST RHODENSE ASST SANI PAOLO E CARLO CENTRO CARDIOLOGICO S.P.A. FONDAZIONE MONZINO IRCCS ISTITUTO NAZIONALE NEUROLOGICO CARLO BESTA ISTITUTI CLINICI SCIENTIFICI MAUGERI SPA SB ISTITUTO AUOLOGICO ITALIANO ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI S.P.A.	OSPEDALE L. SACCO* OSPEDALE FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO PRESIDIO OSPED. V. BUZZI ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA* OSPEDALE "G. SALVINI" PRESIDIO OSPEDALE SAN CARLO* CENTRO CARDIOLOGICO "FOND. MONZINO**" ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA IRCCS CENTRO MEDICO DI PAVIA* OSPEDALE S. LUCA - AUOLOGICO* IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI*
UNIMIB	Medicina e Chirurgia	ASST DI MONZA ASST DELLA BRIANZA ASST DI LECCO ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA ASST NORD MILANO FOND. MB PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA ONLUS ISTITUTI CLINICI ZUCCHI S.P.A. ISTITUTO AUOLOGICO ITALIANO	OSPEDALE S. GERARDO OSPEDALE DESIO PRESIDIO OSPEDALIERO DI VIMERCATE PRESIDIO OSPEDALIERO DI CARATE OSPEDALE DI CIRCOLO A. MANZONI - LECCO OSPEDALE DI CIRCOLO S. MANDIC MERATE ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA* OSPEDALE BASSINI - CINISELLO BALSAMO P.O. CITTA' DI SESTO S. GIOVANNI FONDAZIONE MB PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA ISTITUTI CLINICI ZUCCHI - CARATE ISTITUTI CLINICI ZUCCHI - MONZA OSPEDALE S. LUCA - AUOLOGICO*

*STRUTTURE I CUI REPARTI SONO CONVENZIONATI CON DIVERSI CORSI DI LAUREA

SICUREZZA DEL PERSONALE SANITARIO

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, ancora oggi, eventi avversi, sino ad essere, in taluni casi, 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.

Il tema deve essere affrontato sia in termini di prevenzione, che di contenimento con adeguate misure, come previsto dalla Raccomandazione n. 8/2007 del Ministero della Salute, che prevede il monitoraggio e anche la segnalazione come evento sentinella, quando ne ricorrano le condizioni.

Con la **Legge 113 del 14.08.2020 "le disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni"** sono state fornite specifiche indicazioni volte a tutelare i lavoratori e a garantire che tutte le regioni monitorino efficacemente il fenomeno.

In Regione Lombardia, già con il Sub Allegato C della **DGR Lombardia n. XI/1986 del 23/07/2019 "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio"** si affronta il tema delle aggressioni fornendo indicazioni organizzative e metodologie di analisi al fine di poter prevenire e contrastare tale fenomeno.

Queste indicazioni e i dati rilevati, erano limitati alla realtà ospedaliera e non considerano la totalità dei setting esposti al rischio aggressivo.

La successiva **Legge regionale 8 luglio 2020 - n. 15 "Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"** relativa al contrasto e alla 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), 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 le funzioni di attività consultiva, in particolare per l'applicazione delle linee guida.

OBBIETTIVO

Con riferimento all'art.5, comma 1 della Legge regionale 8 luglio 2020 n. 15, sopra citata, 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.

Obiettivo della Survey è il monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie.

La survey produce, indirettamente, il miglioramento della cultura della segnalazione secondo criteri più omogenei non essendo ancora presenti sistemi di rendicontazione molto precisi e diffusi.

METODI

In data 20 agosto 2021 ACSS ha predisposto e avviato una prima Survey e in data 19 settembre 2022, a seguito dell'emanazione della DGR n. XI/6902 del 05.09.2022 *"Determinazioni in merito all'organizzazione delle attese e alla prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari nel contesto del pronto soccorso"*, è stata avviata e condotta una nuova Survey.

Le Survey condotte hanno permesso di quantificare gli episodi di violenza relativamente agli anni 2019, 2020 e 2021 e di individuare misure preventive e contenitive.

Strumento:

Le Survey sono state condotte attraverso questionari progettati e realizzati sulla piattaforma "Google Moduli"; strumento flessibile che permette di operare in autonomia a revisioni e modifiche.

In fase di progettazione, il questionario è stato sottoposto all'attenzione preliminare di un gruppo di lavoro, costituito da Risk Manager e RSPP delle ATS ai fini della validazione. Il Questionario si articola in due macro-sezioni:

Sezione 1: indirizzata alle ATS, ASST, AREU, IRCCS pubblici, Strutture private accreditate e strutture socio-sanitarie/Unità di Offerta.

Sezione 2: indirizzata a Medici di Assistenza Primaria (Medicini di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) in forma libera o aggregata.

Il questionario è caratterizzato da:

Domande a risposta chiusa, atte a indagare aspetti organizzativi e a quantificare i dati relativi agli agiti aggressivi subiti dagli esercenti le professioni sanitarie suddivisi per i vari profili.

Domande aperte, circa eventuali criticità, suggerimenti in merito all'argomento trattato, spunti di miglioramento, necessità dei professionisti ed opinioni in merito al fenomeno oggetto di analisi al fine di migliorare sempre di più lo strumento di monitoraggio che deve essere garantito nel corso del tempo.

Grazie alle indicazioni ricevute dai compilatori durante la survey 2021 e all'osservazione di alcune criticità rilevate in fase di compilazione e analisi da ACSS, nonché dopo il parere del Tavolo Tecnico, sono state apportate le seguenti modifiche per l'avvio della **survey 2022**:

- **Anagrafica più strutturata**: è possibile dividere le strutture pubbliche dalle strutture private accreditate e dividere le risposte per unità d'offerta;
- Migliorati i piccoli bug segnalati dai compilatori (es. salti di domanda scorretti, domande obbligatorie che non prevedono zero come risposta...);
- Aggiunta sezione sulla gestione del rischio per MMG e PLS;
- Aggiunte alcune domande relative alle attività sanitarie presso le **case circondariali, gli istituti penitenziari, le comunità REMS, ambulatori**;
- Migliorata la raccolta dei dati di **genere**;

- Aggiunta sezione per indagare gli "effetti" della **survey dell'anno precedente**;
- Previsto un modulo parallelo per **raccogliere eventuali domande di chiarimento e segnalazione**: che permette di analizzare le richieste più frequenti e **intervenire in modo tempestivo** direttamente sulla survey;
- Aggiunte alcune didascalie ove si è notato un maggior numero di richieste di chiarimento;
- Previsto l'invio automatico ai compilatori della risposta alla survey;
- Prevista la possibilità di modificare la risposta inviata, di sospendere la compilazione e terminare in un secondo momento (con accesso a Google).

SINTESI

Nel 2022 (dati 2021) sono state raccolte **1786 risposte**, di cui **1158** provenienti da **Enti e Strutture** e **629** da **medici di medicina generale, pediatri di libera scelta o medici di continuità assistenziale**. L'aderenza ottenuta è inferiore rispetto alla survey 2021 (dati 2019-2020) nella quale erano state raccolte 1283 risposte da enti e strutture e ben 1340 dai medici, quindi rispettivamente il 7,7% e il 53,1% in meno in confronto alla survey dell'anno precedente. Alla survey hanno aderito AREU, tutte le ATS e tutte le ASST (100%) e 1116 enti sanitari o sociosanitari.

Tabella 7 - Volume risposte survey 2022 a confronto con survey 2021

Tipologia Ente	Survey 2021		Survey 2022	
	n. Enti	n. risposte	n. Enti	n. risposte
AREU	1	1	1	1
ATS	8	33	8	11
ASST	27	30	27	30
ENTE SANITARIO O SOCIO SANITARIO	1219	1219	1116	1116
Totale strutture	1255	1283	1152	1158
Tipologia Medico	n. risposte		n. risposte	
Medico di Medicina Generale	980		456	
Pediatra di Libera Scelta	352		161	
Medico di Continuità Assistenziale	3		11	
Incaricato MMG	4		1	
Totale medici	1340		629	
Totale complessivo	2623		1786	

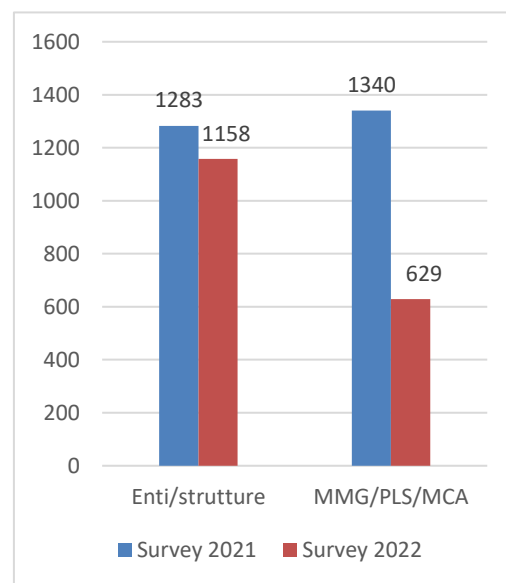
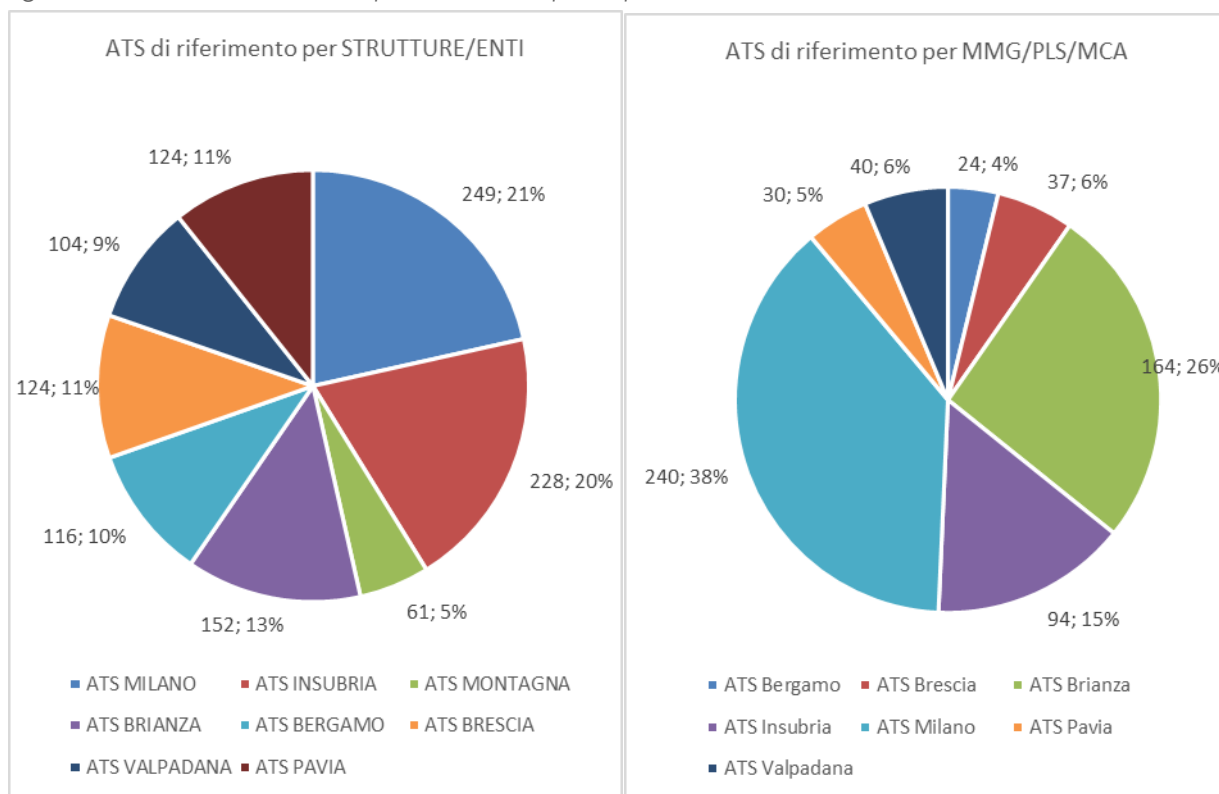


Figura 6 - Volume di risposte pervenute: confronto survey 2021 - 2022

L'aderenza delle strutture per ATS è stata piuttosto omogenea, considerando anche le differenze relative alle caratteristiche territoriali specifiche. Mentre risulta abbastanza disomogenea la situazione dei MMG/PLS/MCA e rispondenti, in quanto afferenti per la maggior parte ad ATS Milano, Brianza e Insubria. Per la ATS Montagna non sono pervenuti dati relativi alla dimensione del fenomeno indagato da parte dei MMG/PLS/MCA.

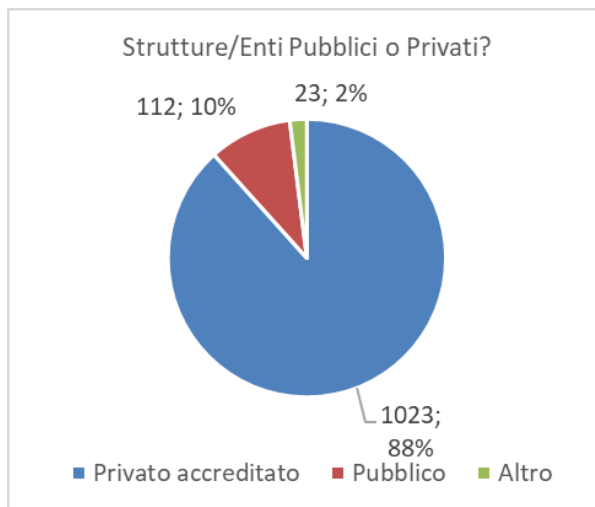
Figura 7 - Volumi e distribuzione per ATS delle risposte pervenute nel 2022 dalle strutture e dai MMG/PLS



Con la recente survey si sono apportate modifiche sulla parte anagrafica e si è tentata una definizione più precisa del panorama lombardo, a partire dalla divisione tra pubblico e privato.

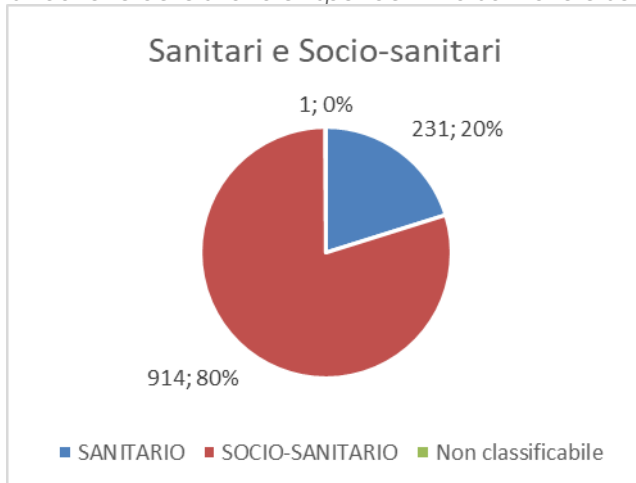
Tra le strutture che ci hanno risposto l'88% si classificano come privato accreditato, il 10% come pubblico e un ulteriore 2 % come altro (tendenzialmente privato non accreditato che ha aderito spontaneamente alla survey).

Figura 8 - Distribuzione delle strutture rispondenti tra pubblico e privato accreditato



Per quanto riguarda la compilazione da parte delle strutture sanitarie o sociosanitarie, l'80% si classificano come strutture sociosanitarie, mentre solo il 20% come strutture sanitarie.

Figura 9 - Distribuzione delle strutture rispondenti tra Sanitario e Socio-sanitario



Le strutture sociosanitarie che hanno risposto prevedono al loro interno diverse unità d'offerta. Più di metà di queste dichiarano di avere delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), seguiti in numerosità da Centri Diurni Integrati (CDI), Centri Diurni Disabili (CDD) e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Figura 10 - Distribuzione delle unità d'offerta presenti all'interno delle strutture socio-sanitarie



Mentre per il **mondo sanitario**, le risposte arrivano per il 13% da **ASST**, per il 9% da **IRCCS** e per il restante 78% da altre strutture sanitarie che si presentano come strutture ambulatoriali, nella maggior parte dei casi, seguite da strutture di ricovero e cura e strutture psichiatriche.

Figura 11 - Distribuzione delle strutture sanitarie

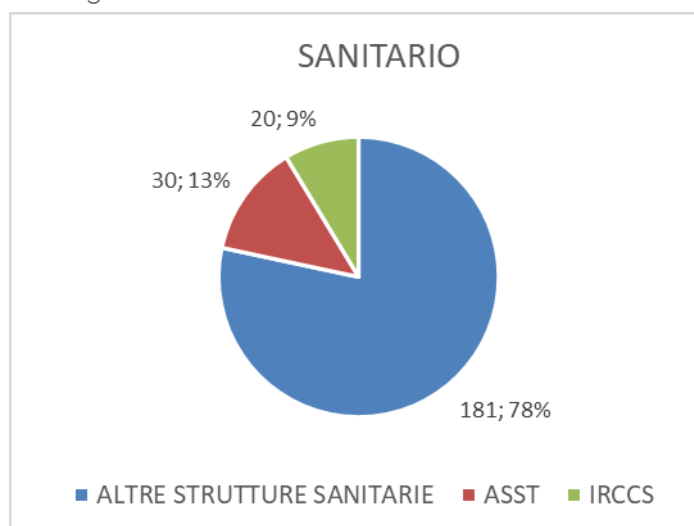
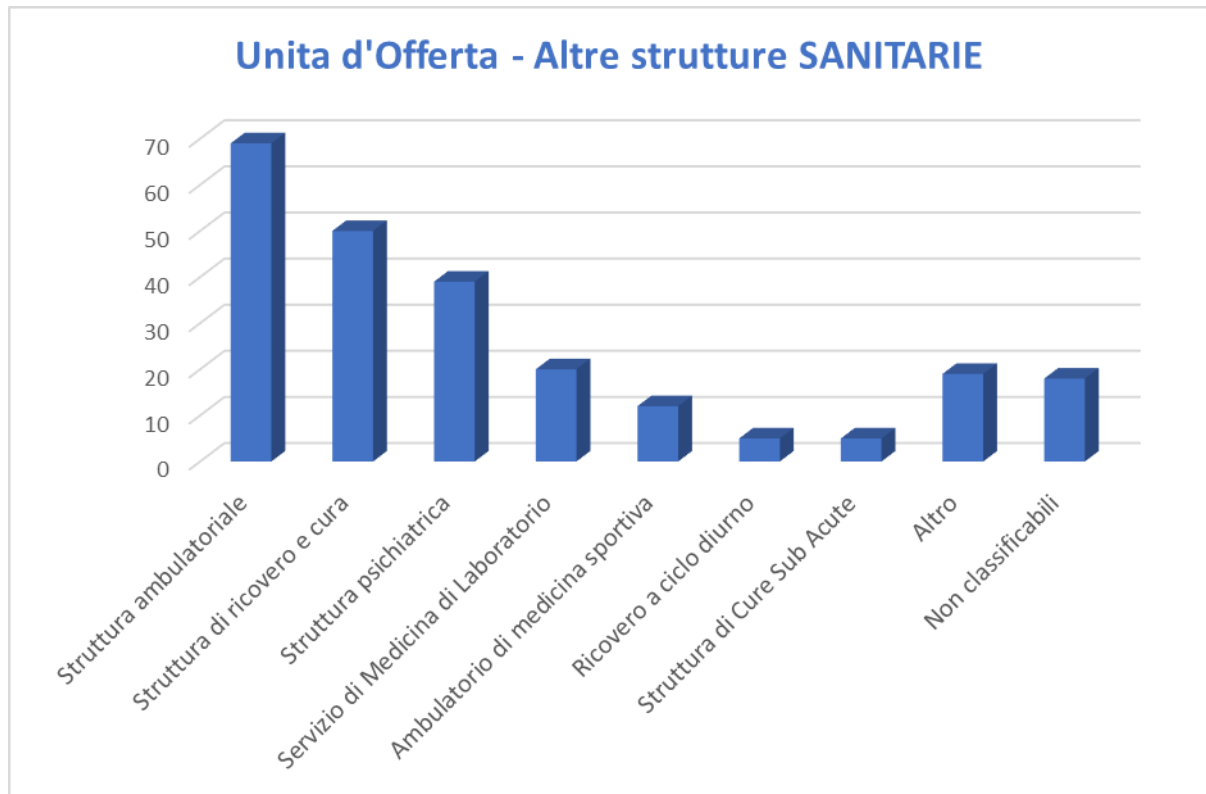


Figura 12 - Distribuzione delle unità d'offerta presenti all'interno delle strutture sanitarie



ESITI

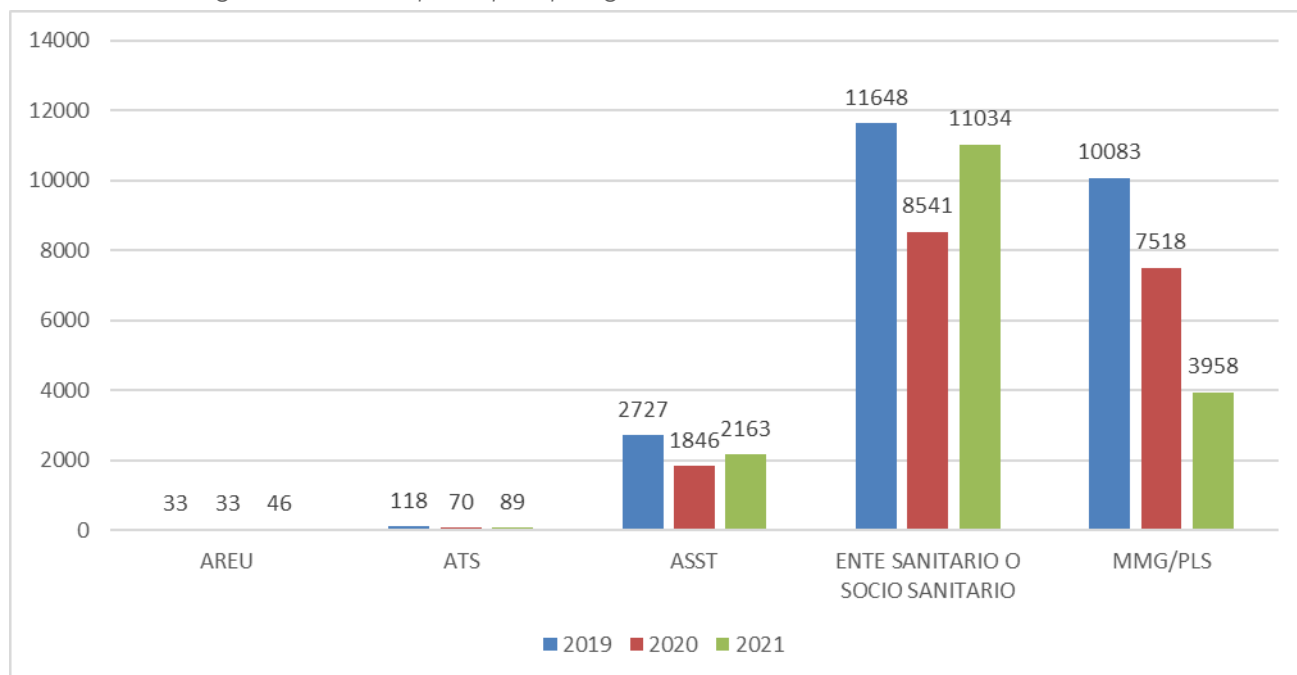
Dai risultati si può osservare la vasta diffusione del fenomeno nell'area territoriale, non strettamente ospedaliero, che comprende enti sanitari e sociosanitari e inclusi i medici sul territorio.

Se si confrontano i tre anni, si osserva un naturale decremento delle aggressioni durante il 2020 a causa della pandemia, per poi ritrovare un acuirimento degli episodi nuovamente nel 2021. L'eccezione sembrano farla i MMG, da cui raccogliamo un sostanziale decremento degli episodi, che tuttavia è dovuto al fatto che sono pervenute meno della metà delle risposte, rendendo i totali non paragonabili.

Tabella 8 - Totale episodi per tipologia di struttura anni 2019-2020-2021

Tipologia	Totale episodi		
	2019	2020	2021
AREU	33	33	46
ASST	2727	1846	89
ATS	118	70	2163
Enti sanitari o sociosanitari	11648	8541	11034
MMG/PLS	10083	7518	3958
Totale complessivo	24609	18008	17296

Figura 13 - Totale episodi per tipologia di struttura anni 2019-2020-2021



Per verificare l'andamento degli episodi nei tre anni osserviamo anche le medie. I numeri indicano medie di agiti aggressivi decisamente maggiori per le ASST, che collezionano in media 90 episodi all'anno nel 2019 e scendono a 64,13 nel 2021. Anche l'AREU dichiara circa 30-40 episodi all'anno, ma in questo caso non si tratta di una media essendo un unico ente. Si può comunque rilevare un aumento nell'ultimo anno.

Per quanto riguarda i medici, anche la media sembra confermare un trend decrescente, infatti, si passa dalle 8 aggressioni l'anno alle 6,5.

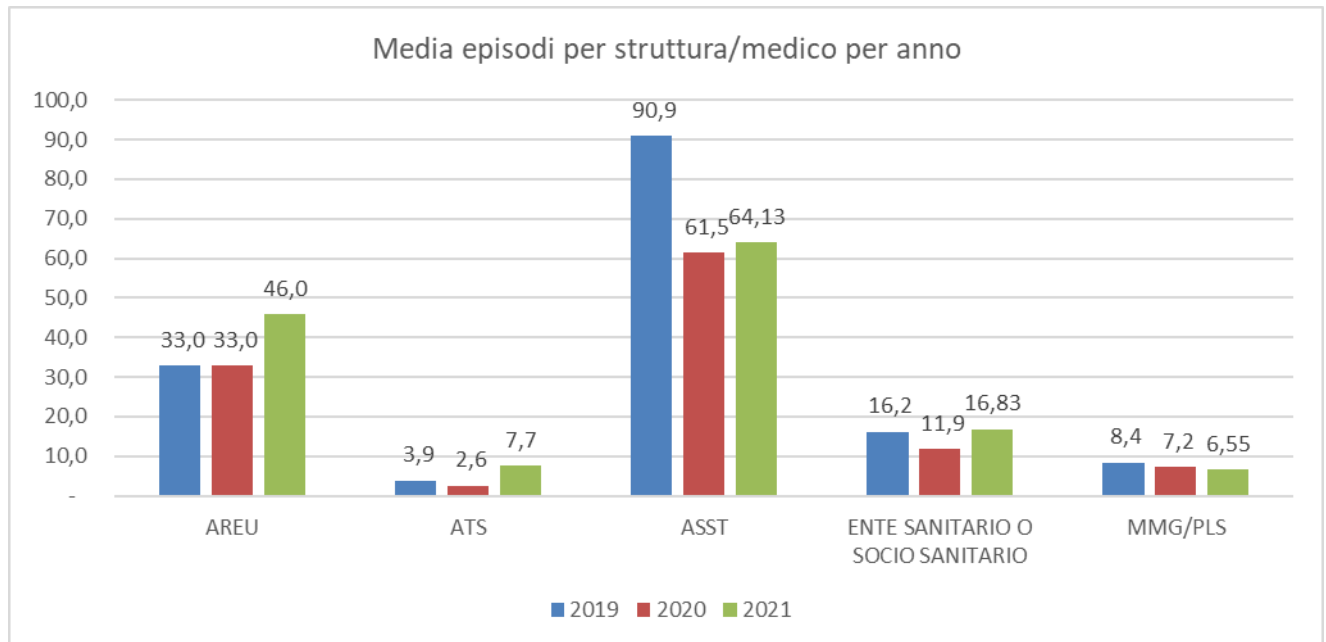
Le ATS rilevano invece un trend crescente con circa il doppio di aggressioni l'anno, da 3,9 del 2019 a 7,7 del 2021.

Gli altri enti sanitari e sociosanitari si riassessano, dopo la pandemia, su una media di circa 16-17 episodi l'anno.

Tabella 9 - Media episodi per struttura per tipologia - ANNI 2019-2020-2021

Tipologia	Media episodi		
	2019	2020	2021
AREU	33,0	33,0	46,0
ASST	3,9	2,6	7,7
ATS	90,9	61,5	64,13
Enti sanitari o sociosanitari	16,2	11,9	16,83
MMG/PLS	8,4	7,2	6,55
Totale complessivo	30,5	23,2	28,2

Figura 14 - Media episodi annui per struttura/medico - anni 2019-2020-2021



Analizzando nel dettaglio solo i dati delle strutture, le tipologie di aggressione più diffuse risultano essere quelle **verbali**, nonostante si ritiene che siano la categoria di episodi meno segnalati all'interno di un fenomeno già di per sé sottostimato.

Infatti, si può notare che gli episodi di aggressione estrema e/o severa (che prevedono, pertanto, l'inserimento all'interno del SIMES in quanto considerati eventi sentinella), se analizzati in via esclusiva, rappresentano solo la minima parte del fenomeno.

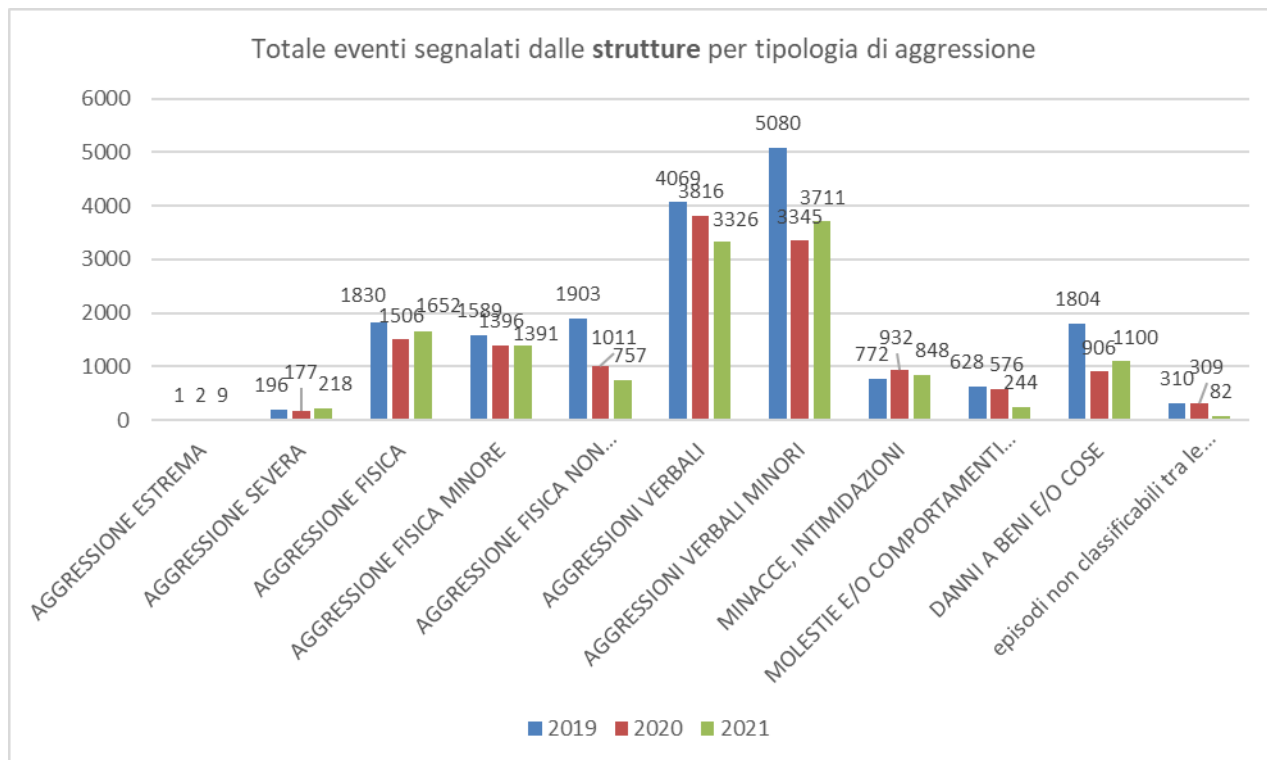
La distribuzione restituita dai compilatori sulla classificazione delle aggressioni ci suggerisce che ci sia spazio di miglioramento e formazione. Tuttavia, dalla prima compilazione della survey ad oggi, si può osservare che gli episodi di "Aggressione fisica non specificata" e di "Episodi non classificabili tra le precedenti risposte" sono in netta diminuzione. Ciò fa sperare che la tassonomia proposta nel 2020 con il primo invio sia stata correttamente recepita dalle strutture nel classificare gli eventi.

Il risultato atteso nei prossimi anni è che ci siano sempre meno episodi non classificabili o non specificati, correttamente inquadrati nell'attuale classificazione adottata.

Tabella 10 - N. episodi per tipologia anni 2019-2020-2021 - Tassonomia secondo il Work Safe Victoria "Prevention and management of aggression in health service – 2008", del Victorian Work Cover Authority - Australia

TIPOLOGIA DI AGGRESSIONE	2019	2020	2021
AGGRESSIONE ESTREMA	1	2	9
AGGRESSIONE SEVERA	196	177	218
AGGRESSIONE FISICA	1830	1506	1652
AGGRESSIONE FISICA MINORE	1589	1396	1391
AGGRESSIONE FISICA NON SPECIFICATA	1903	1011	757
AGGRESSIONI VERBALI	4069	3816	3326
AGGRESSIONI VERBALI MINORI	5080	3345	3711
MINACCE, INTIMIDAZIONI	772	932	848
MOLESTIE E/O COMPORTAMENTI MOLESTI	628	576	244
DANNI A BENI E/O COSE	1804	906	1100
EPISODI NON CLASSIFICABILI TRA LE PRECEDENTI RISPOSTE	310	309	82

Figura 15 - Totale eventi segnalati dalle strutture per tipologia di aggressione- anni 2019-2020-2021

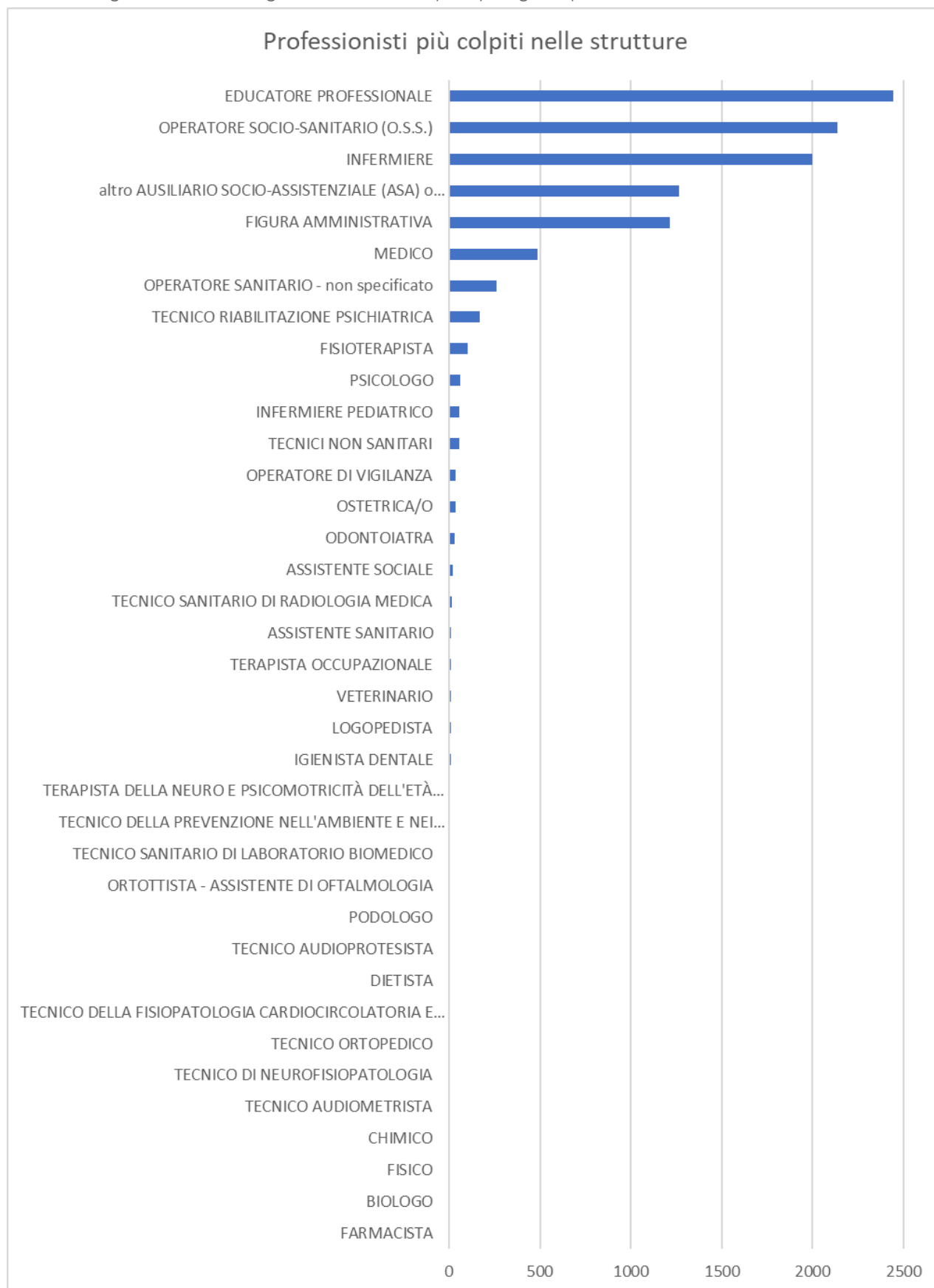


Sono stati indagati i dati per **singola professione**. Dai risultati mostrati nella tabella sottostante, emerge che la figura dell'Educatore professionale è la più colpita dagli agiti aggressivi. È un dato atteso, vista la numerosità di strutture sociosanitarie tra le risposte pervenute.

Tabella 11 - Totale episodi per Professionista anno 2021

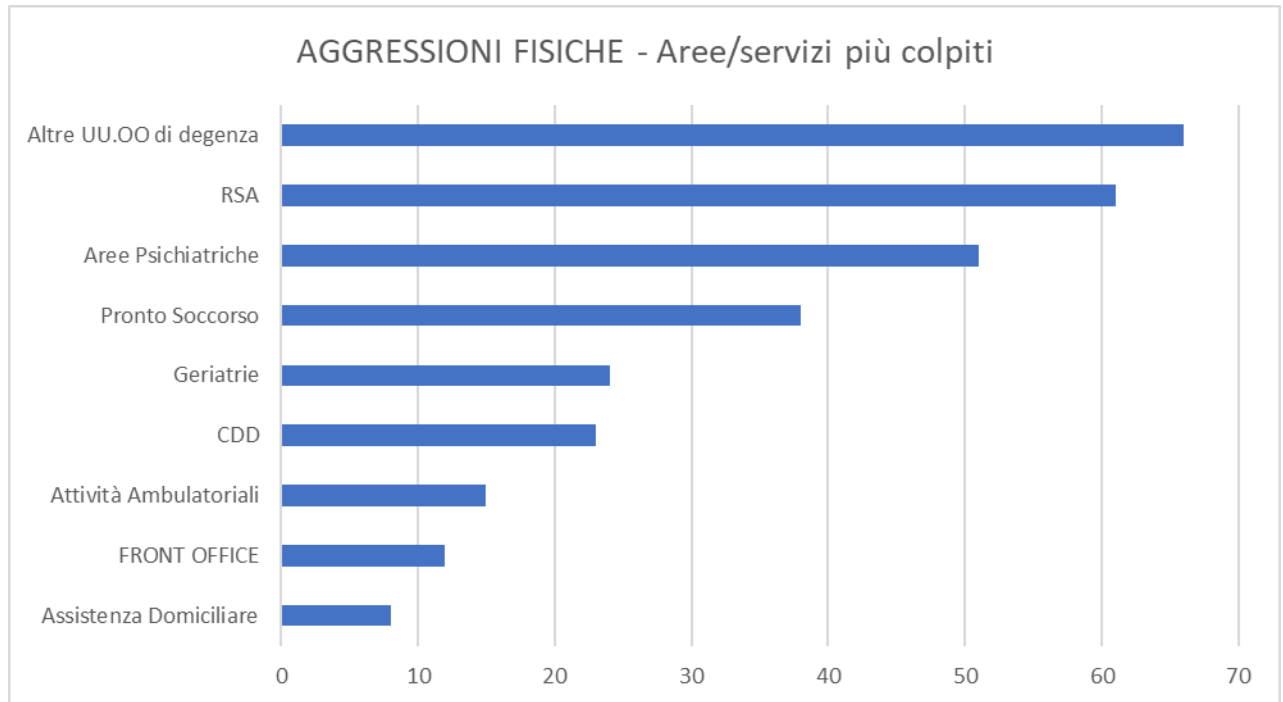
PROFESSIONISTA	N. EVENTI
EDUCATORE PROFESSIONALE	2443
OPERATORE SOCIO-SANITARIO (O.S.S.)	2136
INFERMIERE	2000
ALTRO AUSILIARIO SOCIO-ASSISTENZIALE (ASA) O OPERATORE TECNICO ADD. ASSISTENZA (OTA)	1267
FIGURA AMMINISTRATIVA	1212
MEDICO	488
OPERATORE SANITARIO - NON SPECIFICATO	264
TECNICO RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	169
FISIOTERAPISTA	105
PSICOLOGO	62
INFERMIERE PEDIATRICO	59
TECNICI NON SANITARI	56
OPERATORE DI VIGILANZA	36
OSTETRICA/O	34
ODONTOIATRA	30
ASSISTENTE SOCIALE	19
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	18
ASSISTENTE SANITARIO	13
VETERINARIO	11
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	11
IGIENISTA DENTALE	10
LOGOPEDISTA	10
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA	8
TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO	7
TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	1
FARMACISTA	0
BIOLOGO	0
FISICO	0
CHIMICO	0
TECNICO AUDIOMETRISTA	0
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	0
TECNICO ORTOPEDICO	0
TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE	0
DIETISTA	0
TECNICO AUDIOPROTESISTA	0
PODOLOGO	0
ORTOTTISTA - ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA	0

Figura 16 - Totale segnalazioni raccolte per tipologia di professionista – anno 2021



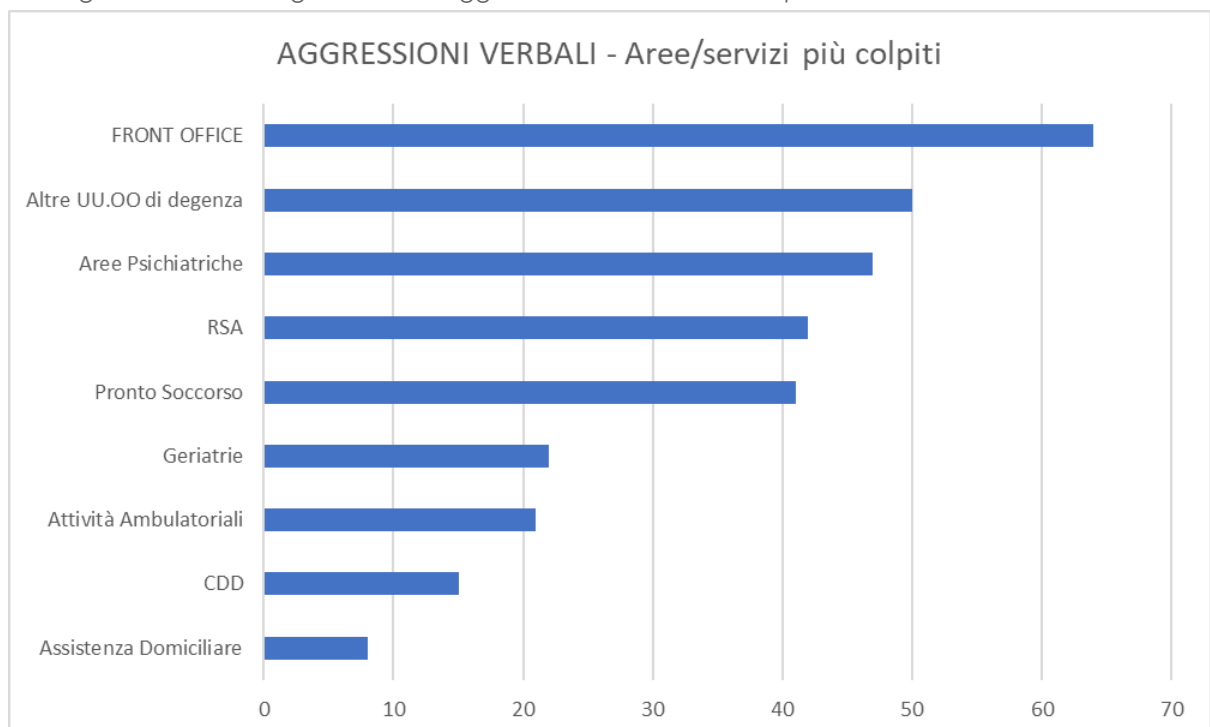
Inoltre, sono state richieste le **aree** in cui si verificano con maggior frequenza episodi di **VIOLENZA FISICA**. Le risposte indicano come aree maggiormente colpite RSA, Aree Psichiatriche e Pronto soccorso, oltre che più in generale le altre unità di degenza.

Figura 17 - Totale segnalazioni di aggressioni FISICHE raccolte per area o servizio – anno 2021



Mentre, per gli episodi di **VIOLENZA VERBALE** segnalati, è il Front Office il servizio maggiormente indicato dalle strutture.

Figura 18 - Totale segnalazioni di aggressioni VERBALI raccolte per area o servizio – anno 2021



DISTRIBUZIONE PER GENERE

Di seguito si è predisposta un'analisi relativa al "genere", considerando l'elevata presenza del genere femminile negli ambiti indagati.

Le strutture dichiarano un totale di 141.043 dipendenti o collaboratrici donne e 48.062 dipendenti o collaboratori uomini. Pertanto, il 75% delle persone impiegate nelle strutture sono di genere femminile. Per tale ragione i numeri sulle aggressioni sono decisamente **maggiori per le donne** rispetto agli uomini.

Tabella 12 - Totale episodi per genere con distribuzione percentuale sul totale – dati 2021

GENERE	N	%
DONNE	141043	75%
UOMINI	48062	25%
TOTALE	189105	

Tabella 13 - Distribuzione per genere di aggressioni fisiche, verbali e molestie – dati 2021

TIPOLOGIA	DONNE	UOMINI
FISICHE	2191	868
VERBALI	4157	1737
MOLESTIE	154	37

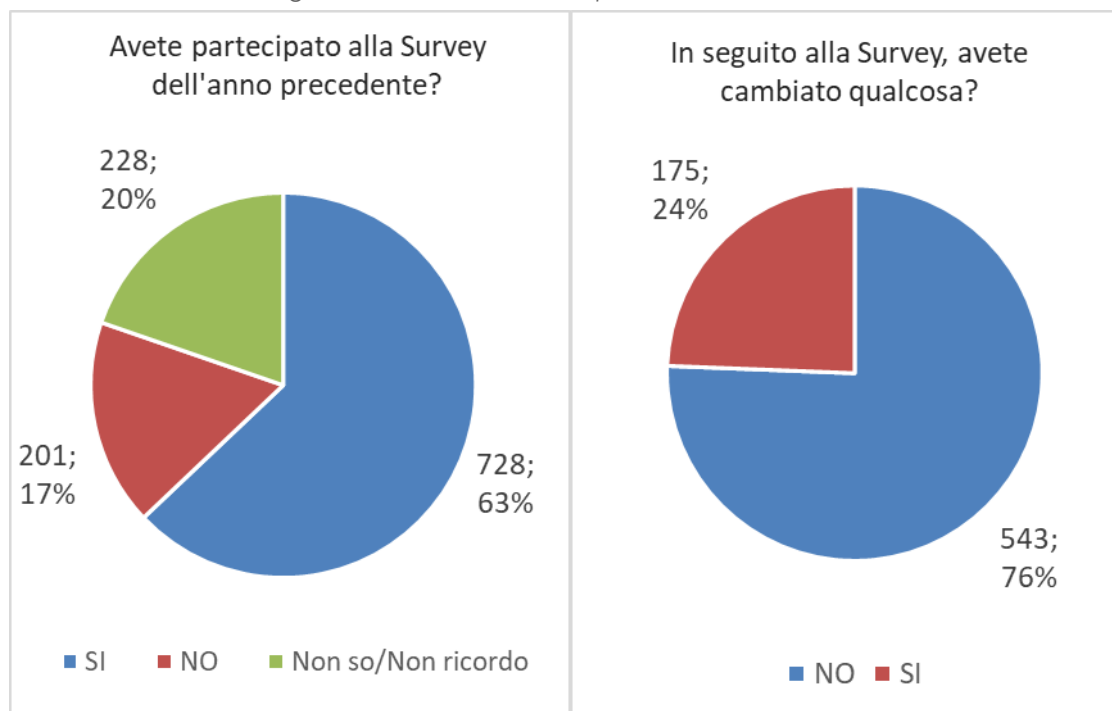
Ricadute della Survey 2021

A seguito della precedente survey, realizzata nel 2021, si è inteso valutare, inoltre, eventuali effetti sul contenimento degli agiti aggressivi a carico degli operatori, sia presso le Strutture che sui MMG/PLS/MCA, rispondendo ad alcune domande aggiuntive specifiche.

La seguente rappresentazione permette di fare alcune considerazioni.

ENTI/STRUTTURE

Figura 19 - Percentuale di risposta delle strutture



Il 63% dei rispondenti dichiarano di aver partecipato alla survey 2021. Tra questi il 24% hanno dichiarato di aver effettuato delle modifiche al fine di ottenere aspetti protettivi del fenomeno, in seguito alla partecipazione.

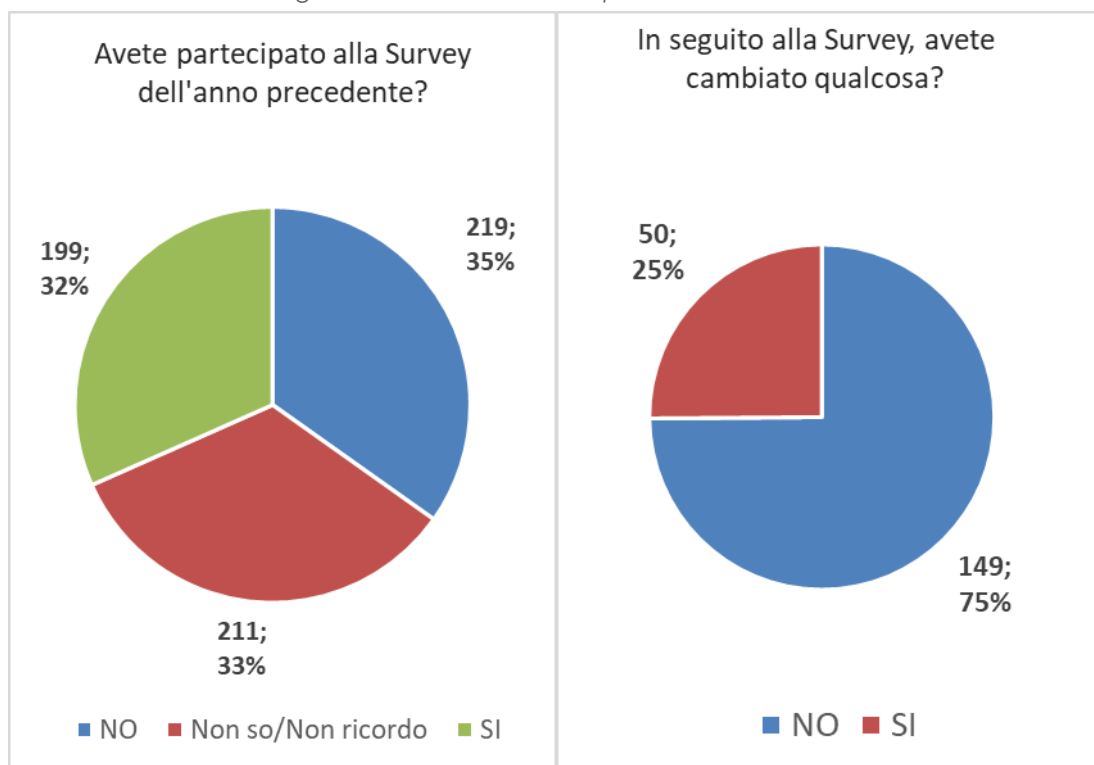
Di seguito alcuni interventi effettuati con la numerosità degli enti che li hanno dichiarati:

Tabella 14 - numero e tipologie dei principali interventi effettuati dalle strutture in seguito alla survey 2021

INTERVENTI	N
FORMAZIONE	85
MODALITÀ DI SEGNALAZIONE	63
MISURE DI PREVENZIONE	48
CLASSIFICAZIONE DEGLI EPISODI	46
PROGETTI SPECIFICI	35
IMPLEMENTAZIONE PROCEDURE	8

MMG/PLS

Figura 20 - Percentuale di risposta dei medici



Tra i medici, il 35% ha partecipato anche alla survey dell'anno precedente e tra questi il 25% ha dichiarato di aver apportato delle modifiche specifiche. Di seguito alcuni interventi effettuati con la numerosità dei medici che li hanno dichiarati:

Tabella 15 - numero e tipologie dei principali interventi effettuati dai medici delle cure primarie in seguito alla survey 2021

INTERVENTI	N
MISURE DI PREVENZIONE	30
FORMAZIONE	13
CLASSIFICAZIONE DEGLI EPISODI	10
MODALITÀ DI SEGNALAZIONE	12
SENSIBILIZZAZIONE DELL'UTENZA	4
PROGETTI SPECIFICI	3

SVILUPPI FUTURI

Nel corso del 2023, nel rispetto della L.r. 15/2020, si ipotizza di proseguire il monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie.

SISTEMA DI NEGOZIAZIONE PRESTAZIONI DEL SSR - AI SENSI DELL'ART. 11 C.4 LETT. D)

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

La normativa regionale assegna alle ATS la responsabilità di presidiare il processo di negoziazione, ponendo un accento particolare sul ruolo strategico delle attività volte alla programmazione, accreditamento, acquisto, negoziazione e contrattualizzazione locale con i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie (L.R. 33/2009 art. 15) e sul ruolo delle stesse ATS nelle attività di vigilanza (L.R. 33/2009 art. 6 comma 3 lett. i).

OBBIETTIVO

In ottemperanza a quanto disposto dalla L.R. 33/2009 e s.m.i., art. 11, c. 4, lettera d), l'obiettivo è lo sviluppo di un progetto tecnico finalizzato:

- all'identificazione di possibili **item di monitoraggio** improntati al rafforzamento dei controlli;
- alla costruzione di uno **strumento centralizzato di monitoraggio e controllo** delle fasi esecutive della negoziazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- alla promozione di **protocolli comportamentali omogenei** e condivisi fra ATS;
- alla definizione di **modelli di misurazione della capacità di risposta territoriale** ai bisogni.

METODI

L'analisi è stata condotta attraverso la metodologia del Process Mapping seguendo l'applicazione di una metodologia e di un procedimento rigorosi per l'identificazione e la modellazione di processi aziendali e perseguendo obiettivi di duplice natura:

- Organizzativi: al fine di identificare le attività principali, il valore che generano, le interdipendenze, le risorse, le criticità, ecc.;
- Informativi: al fine di identificare gli elementi chiave per la progettazione di sistemi informativi di monitoraggio (analisi "informativa" dei processi).

Fasi del Process Mapping:

1. Definizione del Quadro istituzionale di riferimento: è stato condotto un approfondimento normativo mirato dapprima alla disamina delle disposizioni nazionali e proseguito entrando nel merito delle relative applicazioni regionali e dei provvedimenti attuativi che, con particolare riferimento alle Regole di Sistema, anno per anno definiscono i contenuti e le modalità operative di esecuzione delle azioni del sistema di negoziazione;
2. Individuazione dei processi del sistema: in considerazione del quadro istituzionale definito, si sono individuati tre macro-processi che sottendono le attività del processo di negoziazione;

3. Raccolta delle informazioni per fornire una descrizione del processo: stante che il processo di negoziazione non è rappresentato in modo completo in alcun documento, si è ricostruita e delineata un'ipotesi di processo in considerazione delle logiche desumibili dalla normativa e sulla base di ipotesi dettate da approfondite conoscenze del sistema sanitario e sociosanitario;
4. Identificazione del processo o sottoprocessi processi da analizzare: Il processo proposto ha previsto l'identificazione di specifici sottoprocessi la cui sequenza logica e temporale è stata definita e per ognuno dei quali è stata elaborata una rappresentazione delle attività attese fornendone in dettaglio il contenuto operativo;
5. Modellazione del processo: per ogni processo e sottoprocessi individuato, sono state fornite delle rappresentazioni grafiche che agevolano la comprensione delle logiche in essi presenti;

Per ognuno dei sottoprocessi descritti, sono stati individuati fatti e/o eventi significativi (**punti nodali**), che si traducono in possibili elementi da monitorare per una migliore pianificazione delle attività e in considerazione dei quali ACSS ha proposto due strumenti informatici di monitoraggio e programmazione dei controlli.

SINTESI

Stante la complessità della materia, sono state condotte nel 2022 tre analisi condotte, nello specifico:

- L'analisi del **Contesto Normativo di Riferimento** con l'obiettivo di fornire il quadro normativo di riferimento rappresentandone l'evoluzione temporale e di descrivere gli strumenti utilizzati per la definizione dei rapporti giuridico-economici che condizionano le modalità operative del sistema di negoziazione;
- L'analisi dei **Requisiti di accesso alla contrattualizzazione** riferita agli adempimenti normativi previsti, per ogni requisito, sia per l'erogatore che per ATS, nonché alle frequenze di controllo e alle modalità di verifica. Al fine, inoltre, di supportare la programmazione di tale attività di controllo, è stato elaborato uno strumento informatico di pianificazione da proporre alle ATS.
- L'analisi dei sottoprocessi per identificare le azioni attese e i punti nodali per proporre uno strumento informativo di **Monitoraggio e controllo del sistema di negoziazione ed acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie del SSR**.

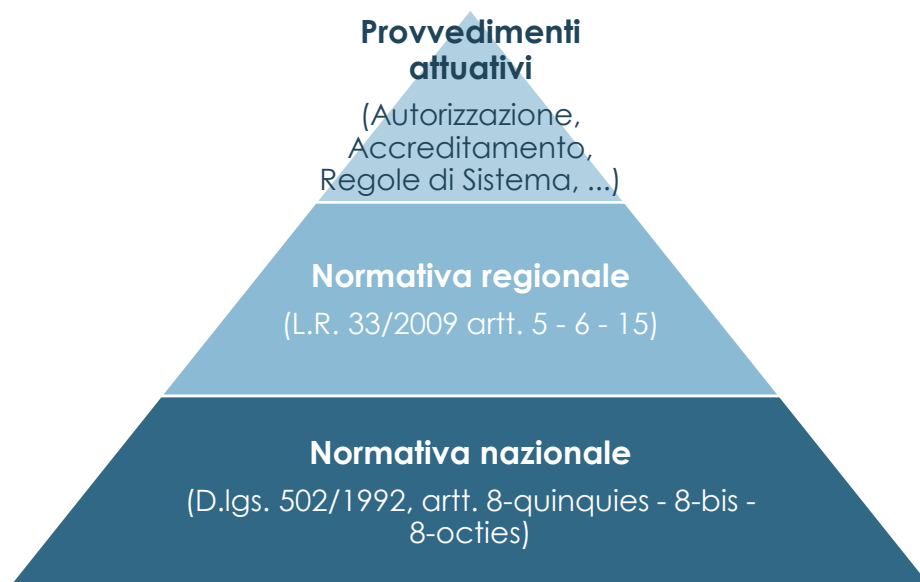
CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'analisi è stata condotta a partire dai contenuti del D.lgs. 502/1992 che, all'articolo 8-quinquies, comma 2 e s.m.i., definisce il quadro di riferimento nazionale per i modelli di contrattualizzazione.

In applicazione a tale Decreto, Regione Lombardia ha delineato il proprio sistema di negoziazione a partire dalla L.R. 31/1997, anche con numerosi provvedimenti attuativi,

tra cui le Regole di Sistema³, emanate annualmente, che hanno definito il quadro di dettaglio delle attività previste dal sistema di negoziazione a partire dai requisiti di accesso alla contrattualizzazione fino alla definizione degli elementi essenziali del contratto.

Figura 21 - Struttura dell'analisi normativa del contesto di riferimento



Dopo aver approfondito il **quadro di riferimento normativo** del processo negoziale, sono stati indagati gli **strumenti operativi** in uso per la definizione dei rapporti giuridico-economici tra gli attori e, nello specifico, lo schema tipo di contratto e la scheda di budget.

L'evoluzione normativa in merito a tali strumenti ha disegnato due percorsi distinti per l'ambito sanitario e quello sociosanitario.

Tali configurazioni sono rimaste in vigore fino al 2019, quando, con DGR 2672/2019, sono stati **omogeneizzati gli strumenti di contrattazione** tra i due ambiti approvando:

- Due **nuovi schemi di contratto** che dettagliano gli obblighi per entrambi i contraenti, approfondiscono i limiti finanziari e le tariffazioni applicabili e specificano alcuni tra gli adempimenti che ATS è chiamata a svolgere;
- Due **nuovi format di schede di budget**, quali parti integranti dell'accordo contrattuale, nei quali iscrivere i valori di produzione annui massimi assegnati alla struttura per le prestazioni oggetto del contratto.

I format introdotti sono stati progressivamente riadattati alle annualità successive.

³Nel rispetto del perimetro delineato dalla normativa regionale, le Regole di Sistema sono state esaminate dal 2003 al 2022.

Figura 22 - Evoluzione degli strumenti di contrattazione per il triennio 2020-2022 per i due ambiti di negoziazione

STRUMENTI DI NEGOZIAZIONE	SANITARIO (In aggiunta al Contratto Base)		SOCIOSANITARIO	
	SCHEMA TIPO DI CONTRATTO (Sostituisce contratto integrativo annuale)	SCHEDA DI BUDGET	SCHEMA TIPO DI CONTRATTO	SCHEDA DI BUDGET
Regole 2020 (DGR 2672/2019)	- Durata annuale - Proroga Automatica	Dettaglio prestazioni contrattabili in base a attività accreditate e a contratto	- Durata Annuale - Proroga Automatica	- Numero posti letto - Quantificazione prestazioni erogate
Aggiornamento DGR 4049/2020	Piccole modifiche di adattamento all'annualità in corso	Nuovo format: - 3 tabelle con diversi livelli di dettaglio budget	Piccole modifiche di adattamento all'annualità in corso	Nuovo format: - gestore - posti/trattamenti (posti accreditati, a contratto, etc.) - budget di produzione
Aggiornamento DGR 4773/2021	Piccole modifiche di adattamento all'annualità in corso	Modifiche di adattamento all'annualità in corso	Piccole modifiche di adattamento all'annualità in corso	Nessuna modifica
Regole 2022 (Aggiornamento DGR 6387/2022)	Piccole modifiche di adattamento all'annualità in corso	Modifiche di adattamento all'annualità in corso	Piccole modifiche di adattamento all'annualità in corso	Nessuna modifica

REQUISITI DI ACCESSO ALLA CONTRATTUALIZZAZIONE

Con la L.R. 33/2009, all'art. 6, comma 3, lettere a) e i)⁴, Regione Lombardia demanda alle **ATS** il presidio dell'intero processo di negoziazione, sia per quanto riguarda l'attività di contrattualizzazione vera e propria, sia per quanto concerne l'attività di verifica della sussistenza e del mantenimento di tutti i requisiti di accesso alla contrattualizzazione. Inoltre, dispone⁵ che la stipula degli accordi contrattuali con i soggetti di diritto privato sia vincolata alla verifica documentale e fattuale della sussistenza di requisiti di solidità del bilancio, capacità di continuità aziendale e di ottemperanza agli obblighi di legge.

La Giunta Regionale della Lombardia ha definito, negli anni, tramite propri atti, distintamente per l'ambito sanitario e quello sociosanitario, i presupposti minimi di affidabilità in ordine a una corretta gestione nel rapporto concessorio con gli erogatori privati.

Per l'**ambito sanitario**, con la DGR n. XI/3856 sono stati integrati i requisiti di accreditamento già definiti con la DGR n. XI/9014/2009 (Allegato 4) ed è stato esplicitato il riferimento al "possesso da parte dei soggetti erogatori privati dei presupposti minimi di affidabilità in ordine a una corretta gestione nel rapporto

⁴ "Alle ATS, anche attraverso l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, sono in particolare attribuite le seguenti funzioni:

a) negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione, come previsto dall'articolo 5, comma 3 [...];

[...]

i) vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del D.lgs. 502/1992, secondo le cadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11."

⁵ Art. 15, comma 8

concessorio", richiamando, in premessa, l'art. 38, comma 1, lett. c) dell'allora vigente Codice dei contratti (D.lgs. 163/2006)⁶. L'allegato 1, così come sostituito dalla successiva DGR n. XI/4606/2012, ha dettagliato per gli erogatori privati i requisiti previsti per l'accesso alla contrattualizzazione, che risultano riferirsi esclusivamente alla documentazione antimafia, alla regolarità della continuità gestionale e finanziaria, agli obblighi previdenziali e al sistema di prevenzione di cui al D.lgs. 231/2001.

Per l'**ambito sociosanitario** la trattazione dell'argomento è affrontata in maniera esaustiva con DGR n. XI/2569/2014, che all'Allegato 1 stabilisce nel dettaglio i requisiti richiesti per l'accesso alla contrattualizzazione dei soggetti accreditati, elencando i documenti necessari che devono essere acquisiti *"preliminarmente alla sottoscrizione di ogni tipologia di contratto"*. Anche in questo caso i documenti fanno esplicito riferimento all'art. 38 del Codice dei contratti allora vigente (D.lgs. 163/2006) e al succitato D.lgs. 159/2011.

A partire dall'anno 2020, con DGR n. XI/2672/2019, in ottemperanza a quanto previsto all'art. 15 comma 7⁷, Regione Lombardia ha definito un nuovo Schema Tipo di accordo contrattuale per tutti gli erogatori (pubblici e privati) che, in premessa, richiama i requisiti per l'accesso alla contrattualizzazione e, nei vari articoli, gli impegni imprescindibili dei contraenti.

Le **ATS** si pongono, quindi, contraenti insieme agli erogatori, quali **garanti della sussistenza dei requisiti** derivanti sia dalle disposizioni regionali che dalla norma nazionale **per tutti gli erogatori**, qualora non sia già previsto un monitoraggio e controllo da parte regionale, e sebbene alcuni di tali requisiti non si ritengano applicabili agli erogatori pubblici, per i quali la disciplina è assimilabile a quella degli affidamenti in-house (cfr. artt. 5 e 192 del medesimo D.lgs.).

⁶ Lo Schema di contratto integrativo di cui alla DGR n. XI/5743/2007 già riportava come causa ostativa alla stipula del contratto la sussistenza di una sentenza di condanna ai sensi dell'art. 38, comma 1, lett. c) del D.lgs. 163/2006, che citava: *"Sono esclusi dalla partecipazione alle procedure di affidamento delle concessioni e degli appalti di lavori, forniture e servizi, né possono essere affidatari di subappalti, e non possono stipulare i relativi contratti i soggetti:*

[...]

c) nei cui confronti è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale; è comunque causa di esclusione la condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'articolo 45, paragrafo 1, direttiva Ce 2004/18; l'esclusione e il divieto operano se la sentenza o il decreto sono stati emessi nei confronti: del titolare o del direttore tecnico se si tratta di impresa individuale; del socio o del direttore tecnico, se si tratta di società in nome collettivo; dei soci accomandatari o del direttore tecnico se si tratta di società in accomandita semplice; degli amministratori muniti di potere di rappresentanza o del direttore tecnico se si tratta di altro tipo di società o consorzio. In ogni caso l'esclusione e il divieto operano anche nei confronti dei soggetti cessati dalla carica nel triennio antecedente la data di pubblicazione del bando di gara, qualora l'impresa non dimostri di aver adottato atti o misure di completa dissociazione della condotta penalmente sanzionata; resta salva in ogni caso l'applicazione dell'articolo 178 del Codice penale e dell'articolo 445, comma 2, del codice di procedura penale".

⁷ *"La Giunta regionale approva lo schema tipo in base al quale le ATS stipulano gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del D.lgs. 502/1992 con i gestori di attività sanitarie e sociosanitarie. Le ATS provvedono anche alle novazioni contrattuali che si rendano necessarie a seguito delle variazioni di accreditamento."*

MONITORAGGIO E CONTROLLO DEL SISTEMA DI NEGOZIAZIONE ED ACQUISTO DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE DEL SSR

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

- Il **processo di negoziazione**,
- Il **processo di monitoraggio e controllo**,
- Il **processo di gestione delle rimesse finanziarie**.

Figura 23 - Rappresentazione grafica del sistema di negoziazione



Fra essi il **processo di monitoraggio e controllo** assume la caratteristica di un processo temporalmente trasversale atto a garantire che i presupposti alla contrattualizzazione e le clausole contrattuali siano rispettate.

Al fine di delineare le attività che massimizzano l'efficacia di tale processo, si è reso necessario analizzare in modo dettagliato il **processo di negoziazione** tradizionalmente inteso, caratterizzato da fasi sequenziali e distinte fra loro finalizzate al perfezionamento ed 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.

Si è, quindi, ipotizzato uno strumento informatico di monitoraggio per la gestione dei dati di budget e per la programmazione delle attività di controllo del sistema di negoziazione.

ESITI

A partire dall'analisi condotta e dalle osservazioni emerse, sono stati identificati i **punti nodali** da monitorare che, rappresentando fatti e/o eventi significativi, si traducono in informazioni quali-quantitative fondamentali per un monitoraggio efficace.

Al fine di supportare le ATS in fase di programmazione delle attività di controllo sui requisiti, si è ipotizzato un modello di programmazione dei controlli sui requisiti e **uno strumento informatico di programmazione delle verifiche sui requisiti e di monitoraggio delle azioni di ATS**.

CONTROLLI OPERATIVI

TEMPI D'ATTESA

Il Piano dei Controlli e Protocolli 2022-2023 ha previsto l'avvio di alcune attività di "controllo collaborativo", riferite a tematiche ritenute prioritarie e coerenti con gli obiettivi di Regione Lombardia e, ove necessario, si è previsto il coinvolgimento delle ATS. Tra i temi inseriti vi è il rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero e il contenimento delle liste d'attesa.

OBBIETTIVO

Il rispetto dei tempi di attesa è uno dei punti più critici dei moderni sistemi sanitari, in quanto incide sull'accessibilità e sulla fruibilità delle prestazioni sanitarie erogate. L'abbattimento di tali tempi costituisce uno degli obiettivi prioritari del SSR, in quanto l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla necessità clinica individuata dal professionista, rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA), così come definiti dal DPCM del 29 novembre 2001 e dal DPCM del 12 gennaio 2017. Nel 2022 sono stati emanati diversi provvedimenti regionali aventi l'obiettivo di intervenire sul contenimento/abbattimento delle liste d'attesa nell'ambito dei ricoveri chirurgici e della specialistica ambulatoriale.

In tale contesto, si è sperimentata un'attività di monitoraggio congiunto con la costituzione di Unità di intervento per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (DGR n. XI/6610 del 30/06/2022) che ha visto la partecipazione di due componenti dell'Agenzia di Controllo. Gli obiettivi generali della collaborazione e delle attività previste sono stati quello di monitorare il rispetto dei tempi d'attesa, valutare situazioni di criticità nei tempi d'erogazione definendo modalità di approfondimento delle cause all'origine ed effettuare proposte e azioni correttive.

METODI

L'ACSS ha strutturato un percorso che, nel contesto sopra descritto, prevede il supporto di checklist di valutazione, una per i ricoveri e una per la specialistica ambulatoriale, e approfondisce i processi organizzativi e le procedure operative che regolano l'erogazione delle prestazioni e che possono avere un impatto diretto e indiretto sui volumi erogati e sulle tempistiche stesse. A supporto dell'attività, sono state svolte da ACSS anche analisi dei flussi informativi a disposizione, finalizzate a:

- confrontare l'andamento mensile della produzione degli Enti, sia pubblici che privati, del 2022 con i medesimi periodi riferiti alle annualità 2019, 2020 e 2021, anche per evidenziare le fluttuazioni dei volumi dovute alla diffusione dell'epidemia da SARS-CoV-2;
- evidenziare i tempi medi d'attesa e la performance intesa come la capacità dell'Ente di erogare le prestazioni/ricoveri entro i tempi definiti per la classe assegnata, con diversi livelli di viste del dato;

- evidenziare eventuali reparti produttivi e prestazioni caratterizzate da scostamenti importanti a livello quantitativo e/o a livello di tempistiche d'erogazione;
- effettuare approfondimenti e confronti tra competitor affini per comprendere il posizionamento relativo e verificare l'omogeneità di comportamento.

SINTESI

L'attività svolta ha dato rilevanza ad aspetti connessi ai processi organizzativi e/o procedure operative che impattano sui tempi d'erogazione delle prestazioni e sulla modalità di gestione delle liste d'attesa.

In particolare, il percorso strutturato pone l'enfasi sulla capacità della struttura sanitaria di analizzare e stimare la propria capacità erogativa potenziale ed effettiva rispetto alla domanda assistenziale e approfondisce l'attività di negoziazione della produzione con i reparti produttivi (e livello di coerenza con gli obiettivi regionali).

Per quanto concerne l'attività chirurgica, si è posta l'attenzione sul percorso di presa in carico del paziente e di inserimento in lista d'attesa, sulle modalità di attribuzione della classe di priorità per il ricovero, sul governo della lista d'attesa (inclusendo le eventuali linee guida per la gestione degli inserimenti, per la pulizia periodica della lista, per la gestione del rifiuto all'intervento del paziente e di cancellazioni/modifiche/rinvii, ecc....), sulla gestione del prericovero e del blocco operatorio e sulla modalità di programmazione dell'attività chirurgica, compresa quella svolta in libera professione/solvenza, considerando anche eventuali procedure di revisione e di gestione degli imprevisti.

In ambito ambulatoriale, il focus è stato sulla gestione delle agende di prenotazione e dei fenomeni di "no-show" dei pazienti, compresa l'eventuale attività di recupero dei crediti.

In generale, si sono approfonditi il tema dei monitoraggi svolti dall'ente grazie alle informazioni registrate dai flussi informativi aziendali e le conseguenti misure ed interventi posti in atto per il contenimento e/o riduzione delle liste e dei tempi d'attesa. Considerando l'attività chirurgica, si è posta attenzione al monitoraggio svolto dell'efficienza produttiva del blocco operatorio ed eventuali azioni correttive.

È stato, inoltre, esaminato il ruolo del Responsabile Unico Aziendale e il livello di interazione con le altre strutture aziendali.

Il percorso sopra descritto ambisce ad avviare attività di controllo in loco presso le strutture selezionate con criteri di criticità rispetto ai tempi di erogazioni delle prestazioni di ricovero chirurgico e/o di specialistica ambulatoriale.

Con la DGR n. XI/6610 del 30/06/2022, la Giunta Regionale ha costituito un'*Unità regionale di intervento per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie*, prevedendo la partecipazione di figure professionali provenienti da diversi enti del sistema e da personale accademico. L'Unità di intervento si è riunita settimanalmente sino a dicembre 2022, analizzando le problematiche inerenti al sistema centrale e a quelli aziendali per le prenotazioni di specialistica ambulatoriale, svolgendo approfondimenti sulle segnalazioni dei disservizi ai cittadini e analizzando la

tematica dell'appropriatezza prescrittiva, coordinando la formulazione di proposte risolutive.

Le funzioni attribuite all'Unità sono molteplici e, nei primi mesi d'azione, sono state svolte le seguenti attività:

- valutazione periodica dell'andamento delle performance in termini di rispetto dei tempi massimi di attesa sia per i ricoveri che per la specialistica ambulatoriale considerando i report prodotti dalla DG Welfare;
- rispetto alla Rete Regionale di Prenotazione/CUP aziendali per le prestazioni di specialistica ambulatoriale:
 - analisi del funzionamento dei blocchi tecnici delle prenotazioni adottati in Regione Lombardia ("blocco forte" e "blocco debole") che incidono sulla possibilità di verificarsi del fenomeno della doppia prenotazione e analisi dei pro e dei contro delle due tipologie;
 - valutazione comparativa e qualitativa dei dati relativi alle migliori disponibilità delle prestazioni (prime date previste per la prenotazione), osservando i dati registrati dal CUP regionale, dal flusso informativo MOSA e indicati dagli Enti;
 - analisi delle modalità di configurazione delle Agende di prenotazione e possibilità d'uso di tempistiche standard;
 - analisi delle problematiche più frequenti in relazione a prenotazione (e/o prescrizione) quali l'utilizzo della classe di priorità, la corretta applicazione delle esenzioni, la discriminazione tra prestazione programmata e di controllo, il problema del no-show e delle mancate disdette (e relativo recupero crediti);
- analisi delle criticità alla base delle segnalazioni del cittadino pervenute presso ATS/DG Welfare;
- analisi della struttura della reportistica prodotta per la specialistica ambulatoriale e proposta di revisione dei report prodotti;
- valutazione dei dati della prima reportistica prodotta rispetto all'offerta di prestazioni sanitarie ambulatoriali nei giorni festivi, nella fascia oraria pomeridiana dei giorni prefestivi e nella fascia oraria serale dei giorni feriali, presso gli Enti pubblici SSR (ASST e IRCCS di diritto pubblico), secondo la DGR n. XI/6279 del 11 aprile 2022;
- valutazione dello stato di attuazione delle misure disposte da Regione Lombardia e, in particolare, della sperimentazione inerente al funzionamento della lista di galleggiamento, e valutazione rispetto alla possibilità di estensione a tutti gli Enti del SSR pubblici/privati accreditati per il 2023.

Esiti

Il percorso ha lo scopo di avviare l'attività di controllo in loco presso le strutture selezionate con criteri di criticità rispetto ai tempi di erogazioni delle prestazioni di ricovero chirurgico e/o di specialistica ambulatoriale.

L'attività svolta nell'ambito degli incontri dell'Unità regionale si è concretizzata:

- nella condivisione delle decisioni prese con i Responsabili Unici Aziendali degli Enti SSR pubblici e privati accreditati che venivano periodicamente (circa ogni due settimane) convocati in riunioni in videoconferenza da DG Welfare;
- nella modifica dei report mensili relativi alla specialistica ambulatoriale;
- nella definizione di un report «nuovo» relativo alle migliori disponibilità (date prenotabili) per le prestazioni ambulatoriali (finalizzato alla verifica dei tempi d'attesa ex ante), e
- nella proposta di una deliberazione finalizzata alla revisione delle regole della specialistica ambulatoriale (prenotazione, configurazione delle agende, prescrizione, ecc..) ed estensione di alcune progettualità attivate da DG Welfare.

Al fine di approfondire il processo di gestione delle liste d'attesa, per intervento chirurgico programmato, si è, altresì, proceduto alla mappatura teorica delle fasi costituenti tale processo, costituite da:

- **Rilevazione della domanda:** L'utenza con un bisogno di salute, esecuzione di un intervento chirurgico programmato, viene identificata e registrata nella Lista d'Attesa dedicata, oltre all'attribuzione di una specifica Priorità.
- **Eleggibilità all'intervento chirurgico:** L'utente, inserito in Lista d'Attesa per intervento chirurgico programmato, deve essere valutato in termini di eleggibilità clinica all'intervento stesso; tale attività, come previsto dalla normativa, viene effettuata tramite uno o più accesso alla struttura ospedaliera in regime di Prè Ricovero (PR).
- **Erogazione dell'intervento:** L'utente ritenuto eleggibile all'intervento chirurgico programmato viene convocato per il ricovero e l'intervento. Tale attività avviene in relazione all'organizzazione della struttura.
- **Out-Put temporale:** Soddisfare la Domanda di salute (Interventi chirurgici), nel rispetto delle tempistiche definite in occasione dell'inserimento in Lista d'Attesa

Elementi d'approfondimento

Successivamente si rilevano i fattori considerati fondamentali, in tutte le Fasi, per il loro fluire efficiente ed efficace, così da contribuire al complessivo raggiungimento dell'obiettivo definito.

- **Figure coinvolte e responsabilità:** Riconoscimento delle figure coinvolte, in termini di ruoli professionali e strutture organizzative coinvolte operativamente in ogni specifica Fase o parte di essa, considerando la loro possibilità di modificare, influenzare la realizzazione della Fase stessa, oltre ad eventuali influenze agite dall'interazione di Terzi.
- **Strumenti:** Identificazione degli strumenti operativi utilizzati nella singola Fase ed il derivato grado di facilitazione che essi determinano nell'esecuzione delle attività; ciò in considerazione del fatto che maggiore è il livello di automazione ed informatizzazione, minori saranno le tempistiche d'esecuzione ed il rischio d'errore con conseguente necessità di riconoscimento e correzione degli stessi.

- **Elementi organizzativi:** Presenza di regole, modalità comportamentali - specifiche per le figure coinvolte ed interessate- inerenti alle modalità di esecuzione delle operazioni previste in ogni Fase, così da consentire un'omogeneità d'azione, riducendo -quanto più possibile- eventuali margini di discrezionalità nell'operato, fonte di possibili anomalie incidenti sull'efficienza oltre che sull'efficacia.
- **Monitoraggio:** Gli in-put ed out-put di ogni Fase dovrebbero prevedere la possibilità di un monitoraggio -mediante dimensioni misurabili- che, effettuato con periodicità e divulgato alla figure-strutture interessate ed in grado d'intervenire, possa consentire una valutazione dell'andamento della singola Fase oltre ad un intervento, in caso di riscontri negativi.

SVILUPPI FUTURI

Nella nuova legislatura potrà essere ulteriormente strutturata l'attività, esplorando il ruolo e possibile coinvolgimento delle ATS per l'effettuazione di controlli mirati.

MONITORAGGIO RILIEVI COLLEGI SINDACALI

Con DGR n. XI/6396 del 23/05/2022, avente ad oggetto "Determinazioni in ordine alla proposta dell'Agenzia di Controllo del Servizio Sociosanitario lombardo concernente il "Piano dei controlli e dei protocolli 2022-2023" – (richiesta di parere alla Commissione Consiliare)", è stato dato mandato ad ACSS di avviare un monitoraggio in merito ai rilievi dei Collegi sindacali delle Aziende sanitarie relativamente ai profili di legittimità e liceità dei provvedimenti e delle azioni delle Aziende/Agenzie, in collaborazione con la DG Welfare.

OBBIETTIVO

I Collegi Sindacali, ai sensi dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009, rubricato "Organi delle ATS, delle ASST, delle AO e degli IRCCS", svolgono nei confronti di tali Enti funzioni di verifica di regolarità amministrativa e contabile, di vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale e di disamina e valutazione sui bilanci di esercizio. L'attività dei Collegi, come indicato nella "Circolare Vademecum per le attività di controllo e vigilanza del Collegio sindacale negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale" n. 35/2018 del MEF, specialmente ove caratterizzata da un modus operandi condiviso e ove generante percorsi di approfondimento sulle tematiche tipiche del controllo nell'ambito di riferimento, nonché un'incentivazione di azioni comuni, può contribuire in maniera significativa al corretto ed efficiente utilizzo delle risorse pubbliche, al buon andamento della gestione degli Enti e, conseguentemente, alla tutela del pubblico interesse. La disamina delle tematiche emerse in esito all'attività svolta dai Collegi Sindacali, operata da un ente terzo e indipendente, consente, infatti, di individuare le aree cui rivolgere maggior attenzione, nonché meritevoli di eventuali osservazioni e/o indicazioni da parte di Regione.

METODI

L'Agenzia ha avviato un monitoraggio che ha coinvolto tutte le ATS, le ASST, gli IRCCS del Sistema Sanitario Regionale e AREU. Nel secondo semestre 2022 sono stati infatti raccolti ed esaminati tutti i verbali dei Collegi Sindacali contenenti rilievi, relativi al semestre precedente, relativamente a profili di legittimità e liceità dei provvedimenti e delle azioni messe in atto dalle Amministrazioni. Sono stati acquisiti, altresì, eventuali riscontri e controdeduzioni forniti ai Collegi o relazioni inerenti alle eventuali azioni correttive intraprese. Sono stati quindi svolti gli approfondimenti sulle questioni emerse e condotte attività di audit.

SINTESI

L'attività svolta ha evidenziato, quali aree maggiormente attenzionate dai Collegi Sindacali, quelle attinenti al rispetto di disposizioni in materia di reclutamento di personale e conferimento di incarichi (procedure concorsuali e comparative, stabilizzazioni, incarichi dirigenziali), nonché questioni legate all'applicazione della

normativa in materia di approvvigionamenti, con particolare riferimento ad affidamenti diretti e al ricorso all'istituto della proroga contrattuale.

ESITI

Gli esiti delle analisi condotte dall'Agenzia, oltre all'individuazione di aree di possibile efficientamento delle procedure degli Enti del SSR, consentono altresì l'avvio di interlocuzioni tra le Amministrazioni sul territorio e il livello regionale centrale, finalizzate al superamento di eventuali situazioni di complessità, nonché l'eventuale avvio di collaborazioni o tavoli di lavoro, per l'identificazione di ambiti di miglioramento, implementazione di buone prassi, o espressione di linee specifiche di indirizzo da parte della DG Welfare.

SVILUPPI FUTURI

Con DGR n. XI/7315 del 14/11/2022, avente ad oggetto "Approvazione del Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022-2023 - (a seguito di parere della commissione consiliare)" è stato dato mandato alla DG Welfare di valutare gli esiti della sperimentazione relativa all'attribuzione all'Agenzia della funzione di monitoraggio dei rilievi dei Collegi sindacali circa i profili di legittimità e liceità di provvedimenti e azioni delle aziende e agenzie del S.S.R., al fine di un'eventuale proposta di modifica legislativa al Consiglio regionale.

AUDIT SULLE ATTIVITÀ DI SCREENING

Con la DGR n. XI/6370 del 16/05/2022 "*Indicazione dei target sulle attività di screening oncologici e di eliminazione del virus dell'epatite C ai fini della rendicontazione degli obiettivi delle agenzie di tutela della salute (ATS) e delle aziende sociosanitarie (A.S.S.T.) per l'anno 2022 di cui alla DGR n. XI/5832/2021*", è stato affidato ad ACSS, insieme alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Welfare, il ruolo di supporto alle ATS e alle ASST, per il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla DGR medesima, tramite azioni di:

- monitoraggio dei risultati;
- verifica delle procedure interne adottate da ATS /ASST;
- verifica delle comunicazioni alle utenze tramite informative dedicate e siti web aziendali;
- valutazione della realizzazione delle azioni previste nei piani di miglioramento delle ATS con scadenza nel 2022 e programmazione dei nuovi audit per il 2023;
- verifica degli indicatori di risposta all'utente: percentuale di telefonate gestite, tempo di risposta alle e-mail, tempi di contatto per comunicazione esito positivo, dei servizi di comunicazione e front-office messi a disposizione da ATS e ASST al cittadino relativamente agli screening offerti.

OBBIETTIVO

Nello specifico, gli obiettivi sono:

1. individuare criticità (risorse, supporti tecnologici, strumenti...) della specifica realtà auditata ed eventuali insufficienze determinanti gli scostamenti dallo standard previsto per i rispettivi screening;
2. individuare buone pratiche, esportabili e diffusibili;
3. migliorare la comunicazione tra ATS ed Enti erogatori al fine di migliorare la qualità delle prestazioni, anche ai fini della appropriatezza e sicurezza sanitaria;
4. favorire un approccio consapevole sul risk management nel processo di screening, nel caso non risulti già una pratica consolidata;
5. individuazione criticità generali di sistema definite dall'analisi dei dati aggregati delle risultanze di tutti gli audit condotti, utili per la programmazione regionale.

METODI

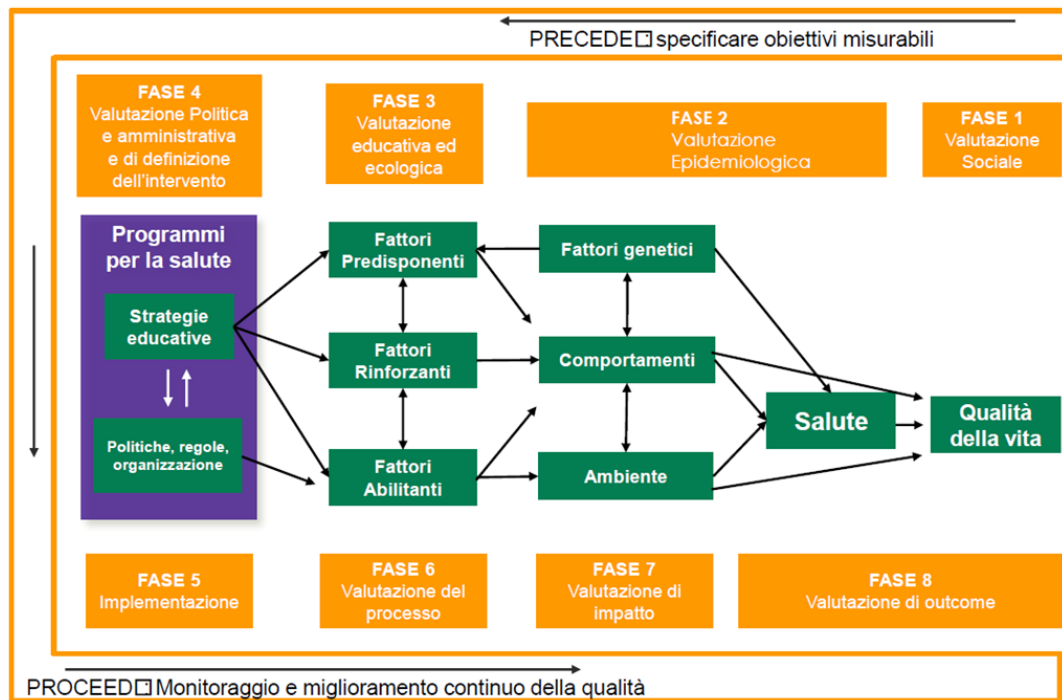
In accordo con l'U.O. Prevenzione della DGW, si è ritenuto di procedere all'effettuazione di **audit** adattando lo strumento "Precede-Proceed" - che valuta tutte le dimensioni in ambito preventivo-, al fine di rilevare eventuali limiti e/o criticità dell'organizzazione dei programmi di screening delle singole ATS/ASST.

Il *Precede-Proceed* è un processo partecipativo, che coinvolge tutte le parti interessate – coloro che sono interessati dal problema o dalla condizione in questione - dall'inizio e su cui si valuteranno le azioni di miglioramento intraprese. Come per tutti gli audit, il processo è articolato in fasi ed è previsto un report finale.

Figura 24 – Fasi del processo Precede-Proceed

PRECEDE/PROCEED

Lawrence W. Green (2004)



Criteri utilizzati per la selezione dei soggetti da auditare:

In avvio di programma, per il 2022, sono state identificate/selezionate le seguenti ATS/ASST sulla base dei dati ricavati dalle dashboard regionali:

Tabella 16 - ATS/ASST selezionate – anno 2022

SOGGETTI AUDITATI
ATS Brianza ASST Lecco
ATS Pavia ASST Pavia
ATS Bergamo ASST PAPA GIOVANNI XXIII

SINTESI

Tabella 17 – Attività Audit

Attività di Audit Partecipato	
Preparazione e programmazione audit	Individuazione dello strumento strutturato di Audit (metodologia di analisi strutturata, strumento di raccolta dati informatizzato, ecc.) idoneo a garantire la revisione delle procedure interne adottate da ATS/ASST rispetto agli obiettivi necessari all'attività di screening oncologici e per l'HCV. Costituzione del gruppo/team di audit con caratteristiche di multidisciplinarietà ed esperti. Definizione dei criteri di scelta delle aziende da auditare. Individuazione delle fonti informative e della documentazione necessaria e degli standard di riferimento. Definizione del piano di audit (interviste, comunicazione preventiva, ecc.) e la visita on site. Conduzione di audit congiunto ATS – ASST, con un approccio di partecipazione condiviso tra i diversi attori.
Fasi propedeutiche all'attuazione dell'audit	Valutazione del materiale esistente: fonti dei dati (es. dashboard, standard ed indicatori, piani di miglioramento ecc.). Individuazione, sulla base dei criteri selezionati, delle ATS/ASST da auditare e rimodulazione dello strumento di raccolta dati permettendo l'eventuale "personalizzazione". Pianificazione delle date degli audit in modo condiviso con ATS e ASST e richiesta della documentazione di sostegno e di riferimento per la parte di analisi documentale. Individuazione dei soggetti (ruoli) utili e competenti sia di ATS che di ASST coinvolti nelle varie fasi e dei criteri di selezioni dei percorsi per le visite on site. Invio comunicazione con richiesta delle procedure in uso, eventuali modifiche al piano di miglioramento, già in atto, e la documentazione ritenuta utile a rappresentare la propria organizzazione ed i processi dei vari screening, utile all'analisi pre-audit.
Attuazione dell'audit documentale	Analisi della documentazione pervenuta da ATS/ASST. Individuazione documentazione, regionale, nazionale ed internazionale di riferimento (EBM-EBP), nonché di indicatori. Valutazione dei punti di forza e di eventuali scostamenti. Perfezionamento finale dello strumento di raccolta delle informazioni da utilizzare durante l'audit.
Attuazione e conduzione dell'audit	Conduzione dell'audit sul campo: • Valutazione dell'esistente a partire dalle buone pratiche e dagli adempimenti, anche in relazione ai percorsi presentati;

	• Valutazione con le Strutture del materiale in riferimento agli standard e alle criticità o buone pratiche emergenti; • Acquisizione di ulteriori materiali o informazioni desunte dai sopralluoghi e dall'analisi delle cartelle cliniche; • Debriefing, al termine dell'audit, per condivisione dei primi risultati; • Predisposizione/redazione del rapporto finale.
--	---

Si riporta l'elenco degli audit condotti nel corso 2022:

Tabella 18 – Audit effettuati 2022

SOGGETTI AUDITATI	ATS Pavia ASST Pavia
DATA AUDIT	11 ottobre 2022
SEDE AUDIT	ASST Pavia
SOGGETTI AUDITATI	ATS Brianza ASST Lecco
DATA AUDIT	16 novembre 2022
SEDE AUDIT	ASST Lecco
SOGGETTI AUDITATI	ATS Bergamo
DATA AUDIT	05 dicembre 2022
SEDE AUDIT	ATS Bergamo
SOGGETTI AUDITATI	ATS Bergamo ASST Papa Giovanni XXIII
DATA AUDIT	13 dicembre 2022
SEDE AUDIT	ASST Papa Giovanni XXIII

ESITI

Il confronto, nell'ambito dell'attività di audit, con i diversi attori, ivi compresa la rappresentanza dei professionisti individuati dalle ATS e dalle ASST, hanno rappresentato un punto di forza delle organizzazioni, contribuendo allo sviluppo di sinergie trasversali ai fini dell'ottimizzazione dei processi, favorendo il raggiungimento degli standard da garantire per l'attività di screening.

La partecipazione attiva riscontrata è considerata uno dei principali determinanti della Clinical governance che enfatizza la responsabilità dell'organizzazione sanitaria nel perseguimento del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

All'interno del rapporto finale di audit sono evidenziate le aree di criticità che richiedono una immediata presa in carico attraverso interventi correttivi e/o azioni di miglioramento.

Ai soggetti auditati, è stata richiesta la redazione di uno specifico “Piano di Miglioramento” e la trasmissione dello stesso al committente dell'audit.

È prevista un'analisi finale di sistema, derivata dall'aggregazione di tutti i report degli audit sviluppati nelle diverse strutture (ATS/ASST) e che sarà utile alla programmazione regionale.

SVILUPPI FUTURI

Nel corso del 2023, si proseguirà con audit presso altre strutture del Servizio Sociosanitario Lombardo e saranno monitorati i Piani di Miglioramento dei soggetti già auditati.

PROVVEDIMENTI 2022

DELIBERAZIONI DEL COMITATO DI DIREZIONE

- Deliberazione n. 1 del 14.02.2022: *"Piano della Performance dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo – Determinazioni."*
- Deliberazione n. 2 del 21.04.2022: *"Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022 – 2023."*
- Deliberazione n. 3 del 29.04.2022: *"Adozione Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2022-2024."*
- Deliberazione n. 4 del 25.05.2022: *"Consuntivazione obiettivi Direttore – Anno 2021."*
- Deliberazione n. 5 del 25.05.2022: *"Relazione Annuale al Consiglio Regionale Anno 2021."*
- Deliberazione n. 6 del 28.06.2022: *"Approvazione Relazione Annuale sulla Performance Anno 2021."*
- Deliberazione n. 7 del 21.09.2022: *"Approvazione Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e del diritto di accesso civico semplice e generalizzato."*
- Deliberazione n. 8 del 21.12.2022: *"Approvazione del Codice di Comportamento."*
- Deliberazione n. 9 del 21.12.2022: *"Approvazione Regolamento sul Trattamento dei Dati Personali."*

PRINCIPALI DETERMINAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE

- Determinazione n. 2 del 01.02.2022: *"Designazione del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e nomina del medico competente per l'attuazione del servizio di sorveglianza sanitaria, ai sensi del D.lgs 09 aprile 2008, n. 81."*
- Determinazione n. 4 del 14.02.2022: *"Bilancio Preventivo Economico 2022."*
- Determinazione n. 10 del 14.03.2022: *"Disposizioni inerenti agli atti del Direttore Generale e alle attribuzioni dei dirigenti dell'Agenzia."*
- Determinazione n. 11 del 15.03.2022: *"Determina n. 23 del 10/04/2019 "Nomina del Collegio Sindacale 2019-2022": rettifica."*
- Determinazione n. 13 del 31.03.2022: *"Nomina del Responsabile Unico del Procedimento ai sensi dell'art art 31 Dlgs 50/2016 s.m.i per l'affidamento dei servizi di tesoreria e servizi bancari."*
- Determinazione n. 15 del 06.04.2022: *"Determinazioni in ordine all'approvazione della Convenzione collettiva di tirocini tra Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo e l'Università Politecnico di Milano."*
- Determinazione n. 17 del 08.04.2022: *"Nomina delegazione trattante di parte pubblica ACSS."*
- Determinazione n. 18 del 14.04.2022: *"Verifica straordinaria di cassa al 19.12.2021 dei valori custoditi in tesoreria e delle poste patrimoniali."*
- Determinazione n. 19 del 28.04.2022: *"Nomina del Responsabile dell'Anagrafe Unica della Stazione Appaltante (RASA)."*
- Determinazione n. 20 del 29.04.2022: *"Aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo ai sensi del Dlgs 81/2008."*

- Determinazione n. 21 del 29.04.2022: "Responsabile del procedimento per la parificazione e il deposito dei conti giudiziali alla Corte dei Conti ai sensi dell'art. 139 comma 2 del Codice di Giustizia Contabile – Dlgs 26.08.2016, n. 174: nomina."
- Determinazione n. 22 del 02.05.2022: "Nomina del Responsabile Unico del Procedimento ai sensi dell'art 31 D.lgs 50/2016 per l'affidamento del servizio di adeguamento del sito web istituzionale alle linee guida sui cookie e sugli strumenti di tracciamento."
- Determinazione n. 23 del 09.05.2022: "Nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)."
- Determinazione n. 24 del 10.05.2022: "Costituzione Fondi Aziendali Anno 2021."
- Determinazione n. 26 del 25.05.2022: "Approvazione Bilancio d'Esercizio 2021."
- Determinazione n. 27 del 26.05.2022: "Nomina del Responsabile Unico del Procedimento, ai sensi dell'art 31 Dlgs 50/2016 S.M.I, per gli affidamenti di valore economico inferiore alle soglie comunitarie di cui all'art. 35 del D. Lgs. n.50/2016 s.m.i."
- Determinazione n. 28 del 08.06.2022: "Preso atto del Contratto Collettivo Integrativo Aziendale Comparto Sanità."
- Determinazione n. 29 del 09.06.2022: "Convenzione tra l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo e la ATS Città Metropolitana di Milano per la gestione di attività amministrative per il periodo dal 01/07/2022 al 31/12/2022."
- Determinazione n. 32 del 15.07.2022: "Nomina del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)."
- Determinazione n. 34 del 28.07.2022: "Costituzione Fondi Aziendali Anno 2022."
- Determinazione n. 35 del 28.07.2022: "Nomina del responsabile della gestione, della conservazione digitale e per la transizione al digitale."
- Determinazione n. 36 del 29.07.2022: "Aggiornamento del regolamento per le attività di formazione del personale dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo."
- Determinazione n. 37 del 29.07.2022: "Approvazione Piano Formazione anno 2022 (PFA 2022)."
- Determinazione n. 39 del 29.08.2022: "Aggiornamento composizione delegazione trattante di parte pubblica."
- Determinazione n. 40 del 05.08.2022: "Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2022-2023-2024."
- Determinazione n. 41 del 05.09.2022: "Preso d'atto accordi decentrati con le OO.SS. del comparto e della dirigenza."
- Determinazione n. 45 del 14.10.2022: "Adozione del Piano dei fabbisogni di Personale Triennio 2022 – 2024 in attuazione della DGR n. XI/7097 del 10/10/2022."
- Determinazione n. 49 del 05.12.2022: "Provvedimento Organizzativo."
- Determinazione n. 51 del 13.12.2022: "Nomina del Responsabile dell'Anagrafe unica delle Stazioni Appaltanti (RASA) e del Responsabile Unico del Procedimento, ai sensi dell'art. 31 d.lgs. n.50/2016 s.m.i."
- Determinazione n. 58 del 21.12.2022: "Approvazione del programma biennale degli acquisti di beni e di servizi ai sensi dell'art. 21 del D. lgs. n. 50/2016."

-
- Determinazione n. 62 del 30.12.2022: *"Convenzione tra l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo e l'Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano per la gestione di attività amministrative per il periodo dal 01/01/2023 al 30/06/2023."*
 - Determinazione n. 63 del 30.12.2022: *"Composizione delegazione trattante di parte pubblica – aggiornamento."*