DOCUMENTO APPROVATO CON DELIBERA CDD N.3 DEL 29.05.2024

ACSS
AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO

Regione Lombardia

RELAZIONE ANNUALE AL CONSIGLIO REGIONALE

ANNO 2023

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

PREMESSA 2
LINEE DI ATTIVITA' IN MATERIA DI VIGILANZA E CONTROLLO 3
Piano dei Controlli 2022-2023 4
Analisi Piani dei Controlli ATS 6
Requisiti di accesso alla contrattualizzazione 7
Attività di vigilanza e controllo di appropriatezza UDO sociosanitarie 2022-2023 23
Diffide e sanzioni a UDO sociosanitarie – 2022-2023 28
Area farmaceutica 31
Area assistenza protesica ed integrativa 38
Piano dei controlli 2024-2026 45
Programmazione e coordinamento degli interventi delle strutture di controllo delle ATS 46
Controlli fase autorizzativa in ambito di assistenza protesica 46
Progetto di ricognizione elenchi medici prescrittori 63
Valutazioni in materia di funzioni non tariffabili e di maggiorazioni tariffarie 71
Maggiorazioni tariffarie - lettera f) del comma 4 art.11 L.R. 33/2009 e s.m.i. 71
Funzioni non tariffate – lettera e) del comma 4 art.11 L.R. 33/2009 e s.m.i. 78
Monitoraggio e controllo del livello di maturità dell'implementazione di innovazioni e interventi inerenti alla sanità digitale 81
Sicurezza del personale sanitario - LR 15/2020 88
ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E CONTROLLO IN COLLABORAZIONE CON LA DG WELFARE 91
Monitoraggio rilievi collegi sindacali 91
Audit sui percorsi/attività di screening oncologici e sul programma regionale di screening per l'eliminazione del virus hcv 96
Tempi d'attesa 105
ASSETTO ORGANIZZATIVO E FUNZIONAMENTO 106
Politiche del personale 108
Dinamiche finanziarie 109
Elenco dei principali provvedimenti adottati 110

PREMESSA

L'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS) è un organismo tecnico scientifico istituito con la Legge Regionale n. 23/2015 di riforma del SSL, recepita nel Testo Unico delle Leggi Regionali in materia di sanità (L.R. n. 33/2009), quale ente sanitario di diritto pubblico afferente al Sistema regionale[1], dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile.
Nel declinare le competenze regionali di controllo sulle unità d'offerta e i servizi del SSL, il legislatore ha precisato che ACSS è un ente di diritto pubblico 'terzo e indipendente' identificando quindi terzietà e indipendenza quali elementi qualificanti l'operato dell'agenzia.
Nello spirito della legge l'Agenzia a promuove lo sviluppo e il consolidamento di un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli nell'ambito del Sistema sociosanitario Regionale, a garanzia dell'equità di accesso ai servizi e a tutela del rispetto dei principi di efficienza, efficacia, qualità, trasparenza, appropriatezza ed economicità. Analizza inoltre 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.

In sintesi, si può affermare che la norma affidi ad ACSS una funzione di controllo di livello centrale, che richiede autonomia d'azione e un'ampia visione d'insieme dell'intero Sistema dei controlli.

[1] L.R. n. 30/2006 (art. 1, comma 1 e All. A1)

LINEE DI ATTIVITA' IN MATERIA DI VIGILANZA E CONTROLLO

L'Agenzia svolge le funzioni assegnate dall'art. 11 della L.R. n. 33/2009, dall'art. 5 della L.R. n. 15/2020, nonché le ulteriori funzioni affidate dalla Giunta regionale con specifiche deliberazioni, che possono riguardare l'attuazione di attività di controllo, anche a titolo collaborativo, su particolari tematiche.
Le dinamiche evolutive dell'assetto sociosanitario regionale intervenute negli anni hanno fatto sì che ACSS sviluppasse, in attuazione a quanto disposto dalla norma specifiche linee di attività focalizzate su un concetto di controllo ampiamente inteso e non sanzionatorio e che con il coinvolgimento diretto degli attori del SSR affronti il tema dell'appropriatezza nelle sue diverse declinazioni che spaziano dalla vigilanza tradizionalmente intesa a nuove forme di monitoraggio e controllo fondate su approcci scientifici e mirati.

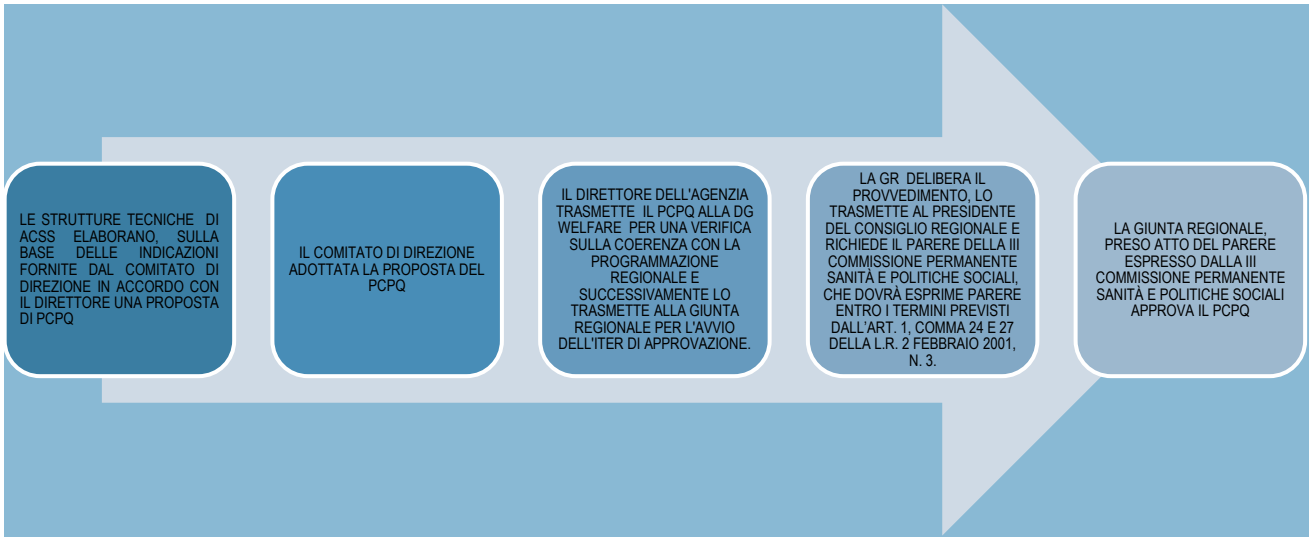
Dovendo sinteticamente rappresentare le linee di attività sviluppate nel corso dell'anno 2023 si distinguerà fra:

- **ATTIVITÀ ISTITUZIONALE IN MATERIA DI VIGILANZA E CONTROLLO**: svolte in attuazione della mission delineata per ACSS dall'art.11 comma 4 della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n.33 e s.m.i. e dalla Legge 15XXXXX;
- **ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E CONTROLLO IN COLLABORAZIONE CON LA DG WELFARE**: svolte a fronte di specifici mandati o funzioni specifiche affidate dalla Giunta Regionale;

PIANO DEI CONTROLLI E PROTOCOLLI – L.R.33/2009 E SMI COMMA 4 LETTERA A)

In ottemperanza al mandato conferitole l'Agenzia predispone la programmazione delle attività e, in tale ambito, elabora il Piano dei Controlli e Protocolli Quadro (nel seguito PCPQ) quale principale strumento per monitorare e coordinare l'attività di vigilanza e controllo svolta dalle ATS sulle unità di offerta.

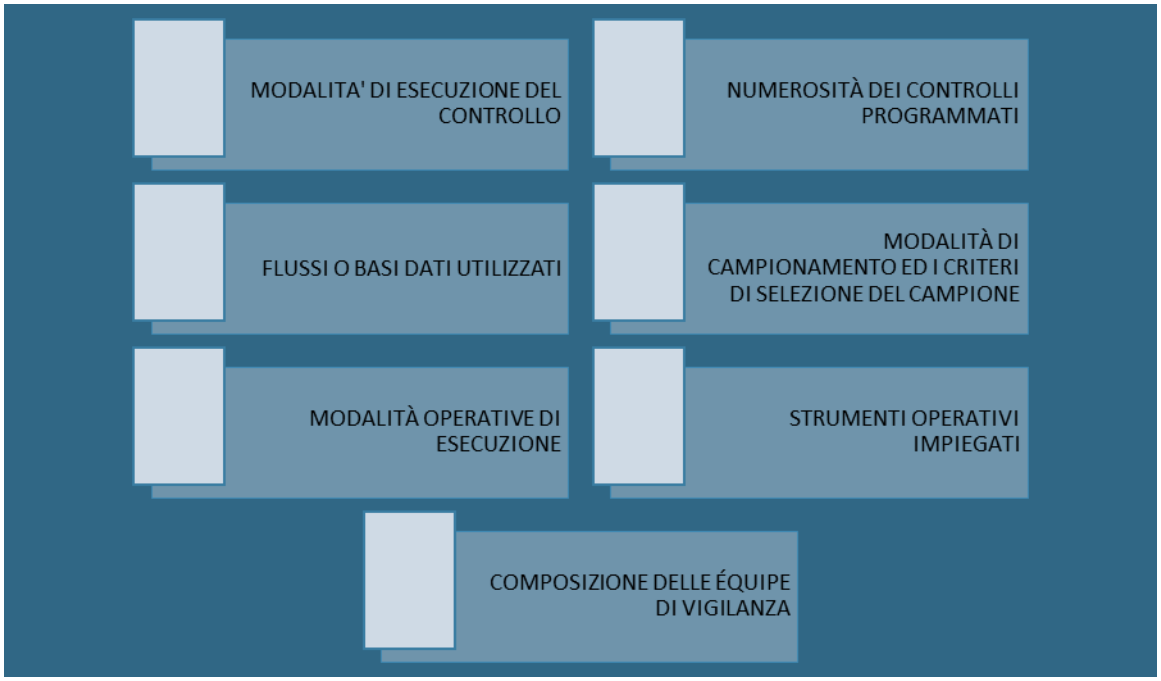
La funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS deve essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto del Piano dei controlli e dei protocolli dell'Agenzia; le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori svolgono, pertanto, le proprie attività in coerenza con i contenuti del Piano annuale.
L'efficacia del PCPQ e quindi il suo valore mandatorio nei confronti delle ATS, è sancita da un atto della Giunta Regionale, previa acquisizione di parere formale da parte della/e competente/i Commissione Consiliare; solo dopo la conclusione dell'iter di approvazione, le strategie indicate dal PCPQ divengono un riferimento vincolante per il sistema dei controlli.
L'iter di approvazione (sinteticamente rappresentato nella fig.1) prevede in particolare un passaggio tecnico di verifica sulla coerenza della proposta di PCPQ con la programmazione regionale da parte della DG Welfare.
Al fine di semplificare il processo ACSS sostiene l'opportunità di **promuovere un iter di approvazione congiunto tra PCPQ e Regole di Sistema**, per sincronizzare le tempistiche tra indirizzi di programmazione e indirizzi di controllo e facilitare le ATS nella pianificazione dei controlli.



PIANO DEI CONTROLLI 2022-2023

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 di ACSS.
Per l'anno 2023 la stesura dei Piani dei Controlli delle ATS è stata coordinata attraverso lo strumento del PCP 2022-2023, adottato con DGR 7515/2022 a seguito del completamento dell'iter di approvazione.
Il PCP 2022-2023 chiedeva alle ATS di esplicitare nei propri Piani:

- 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
- la descrizione del **contesto territoriale di riferimento**, proponendo tabelle di sintesi che cogliessero le principali variabili caratterizzanti il sistema di offerta per ciascun ambito di controllo;
- la descrizione di ciascuna attività programmata attraverso un **set minimo di informazioni**, che consentissero di garantire omogeneità e completezza nella descrizione delle attività programmate. Gli item richiesti sono di seguito riportati:



Per facilitare e armonizzare la predisposizione della programmazione da parte delle ATS e per semplificare l'elaborazione ed analisi centrale degli esiti dell'attività di controllo, ACSS ha definito e messo nelle disponibilità delle ATS format **omogenei** per **tutti gli ambiti di controllo** nei quali le ATS sono stati chiamati a riportare una rappresentazione sintetica delle attività di controllo previste nel documento di programmazione. Ha ritenuto altresì di introdurre un monitoraggio **periodico della programmazione e rendicontazione finale dell'attività,** al fine di consentire alle ATS di fornire uno stato di avanzamento dei lavori, riformulare le attività programmate e/o introdurne altre legate alla situazione contingente.

SINTESI

Tutte le ATS hanno rispettato le scadenze previste nel 2023 per la presentazione dei Piani e dei dati su programmazione e monitoraggio.
L'analisi dei Piani 2023 delle ATS ha confermato l'efficacia degli strumenti proposti dal PCP 2022-2023 di ACSS, con un deciso miglioramento nel senso dell'omogenizzazione dell'organizzazione dei contenuti e della completezza informativa.
È risultata ancora piuttosto elevata la disomogeneità nella descrizione dei controlli attraverso le tabelle di programmazione e monitoraggio, soprattutto nella discrezionalità utilizzata dalle ATS nella scelta del livello di dettaglio a cui descrivere lo stato di avanzamento dei controlli.
Le suggestioni derivanti dall'analisi dei Piani 2023 e della documentazione di monitoraggio semestrale sono state utilizzate per la costruzione del Piano 2024-2026.

ANALISI PIANI DEI CONTROLLI ATS

La L.R. 33/2009 e ss.m.ii., all'Art. 11, comma 4, lettera i), stabilisce che, a valle delle funzioni di controllo sul SSR, ACSS "*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*".

Il presente lavoro è il frutto dell'analisi integrata effettuata nel 2023 dei **Piani dei Controlli (PCP)** delle ATS**,** che formalizzano la programmazione annuale delle attività di controllo, e della rendicontazione dell'attività svolta, raccolta tramite format **omogenei** strutturati da ACSS al fine di:

- rappresentare in modo chiaro ed esaustivo sia i dettagli di programmazione sia gli esiti dei controlli;
- individuare aree di potenziale miglioramento o *best practice* da estendere a tutto il territorio lombardo.

Per ciascuna attività di controllo è stato richiesto l'inserimento di informazioni quali-quantitative che esplicitassero in modo chiaro e dettagliato gli **elementi chiave** della programmazione/rendicontazione, precedentemente indicati:

Tutte le ATS hanno rispettato le scadenze previste nel 2023 per la presentazione dei Piani e dei dati su programmazione e monitoraggio.
L'analisi dei Piani 2023 delle ATS ha confermato l'efficacia degli strumenti proposti dal PCP 2022-2023 di ACSS, con un deciso miglioramento nel senso dell'omogenizzazione dell'organizzazione dei contenuti e della completezza informativa.
È risultata ancora piuttosto elevata la disomogeneità nella descrizione dei controlli attraverso le tabelle di programmazione e monitoraggio, soprattutto nella discrezionalità utilizzata dalle ATS nella scelta del livello di dettaglio a cui descrivere lo stato di avanzamento dei controlli.

L'analisi condotta, i cui esiti si rappresentano di seguito, è frutto della lettura integrata del materiale disponibile, resasi talvolta necessaria a causa della genericità nella descrizione dell'attività programmata o della non metodicità nella compilazione dei format di sintesi da parte delle ATS.

Laddove gli esiti dell'analisi siano rappresentati tramite tabelle o grafici si rammenta che si è proceduto alla anonimizzazione degli enti/agenzie interessate.

Le suggestioni derivanti dall'analisi dei Piani 2023 e della documentazione di monitoraggio semestrale sono state utilizzate per la costruzione del Piano 2024-2026.

REQUISITI DI ACCESSO ALLA CONTRATTUALIZZAZIONE

In ottemperanza alle disposizioni nazionali e regionali in tema di contrattualizzazione degli enti per l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a carico del SSN, la Giunta Regionale ha definito, negli anni, tramite propri atti, i presupposti di affidabilità in ordine ad una corretta gestione nel rapporto concessorio con gli erogatori privati.
Tali requisiti vengono richiamati negli **Schemi di contratto** per l'area sanitaria e sociosanitaria, approvati con delibera di Giunta, e sono validi sia per erogatori pubblici che per erogatori privati.
La norma attribuisce alla ATS il ruolo di parte contraente, attribuendole implicitamente la responsabilità di **verifica e monitoraggio della sussistenza di questi presupposti**.
Stante tuttavia che gli accordi contrattuali con gli erogatori pubblici sono assimilabili alla disciplina dettata in materia di regime dei servizi pubblici, l'attività di verifica che ATS è incaricata a svolgere è principalmente riferita agli erogatori/gestori di Unità d'Offerta (UdO) privati.
Considerato che solo alcune ATS rappresentavano nella programmazione annuale tale attività di controllo, stante l'importanza delle verifiche condotte, ACSS ha ritenuto di chiedere che fosse esplicitata la programmazione di questa attività di controllo con particolare attenzione ai requisiti non autocertificabili e pertanto non presenti nella modulistica di **autocertificazione** sulla sussistenza dei requisiti di accesso rilasciata annualmente dai rappresentanti legali degli enti gestori.
Alla luce di quanto sopra, è atteso che, nel documento di programmazione, le ATS prevedano per tutti gli erogatori le verifiche sui requisiti **non autocertificabili**; diversamente, per i rimanenti requisiti, per i quali è richiesto il rilascio di una autocertificazione, la programmazione dei controlli può riguardare un campione discrezionale, purché significativo.

Complessivamente, ACSS ha proposto nel PCPQ la verifica di 9 requisiti, così classificati secondo la tipizzazione sopradescritta.

- **requisiti non autocertificabili**:
  - REQUISITO 1: adozione del codice etico comportamentale e corretta applicazione del modello di organizzazione e gestione (D.lgs. 231/2001);
  - REQUISITO 2: regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità dell'ente (art. 2409 bis C.C.);
  - REQUISITO 4: acquisizione certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 d.lgs. 50/2016);
  - REQUISITO 5: regolarità contributiva di imposte, tasse e contributi previdenziali (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016);
- requisiti **autocertificabili**:
  - REQUISITO 3: insussistenza di motivi di esclusione a causa di sentenze penali di condanna (art. 80, comma1 lett. A), b), b bis), c), d), e), f), g) d. Lgs. 50/2016);
  - REQUISITO 6: assolvimento obblighi in materia di sanzioni amministrative e carichi pendenti dipendenti da reato (art. 80, comma 5, lett. F d.lgs. 50/2016);

- REQUISITO 7: rispetto obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013);
- REQUISITO 8: incompatibilità del personale, in caso di Pantouflage (l. 190/2012);
- REQUISITO 9: ulteriori requisiti previsti dall'art. 80, comma 5 d.lgs. 50/2016.

Stante il fatto che le **modalità di conduzione dei controlli** dei requisiti di accesso alla contrattualizzazione, sono perlopiù **definite dalle disposizioni normative**, si è scelto affrontare le due tipologie di requisiti separatamente, al fine di coglierne le peculiarità; Dopo un'iniziale rappresentazione della presenza o meno di tali controlli nella programmazione delle ATS, nel caso dei requisiti non autocertificabili ci si è focalizzati sull'analisi, suddivisa per singolo requisito, di tre elementi essenziali (documentazione a mezzo di prova, destinatari e frequenza dei controlli); nel caso dei requisiti autocertificabili, invece, si è proposta un'analisi per ATS riguardante in particolar modo l'identificazione del campione dei soggetti sottoposti a controlli ulteriori rispetto alle autocertificazioni raccolte.

Per una rappresentazione graficamente più agevole, nel seguito i requisiti sono individuati tramite la numerazione sopraindicata e una stringa identificativa del contenuto del controllo.

QUADRO COMPLESSIVO

Si precisa che quanto rappresentato di seguito è frutto dell'analisi del materiale prodotto dalle ATS e pertanto non inclusivo dell'attività di controllo che non ha avuto evidenza né nel Piano dei Controlli né nella Relazione finale.

Requisiti non autocertificabili

Per quanto attiene la programmazione dei controlli sui requisiti non autocertificabili, sono state identificate le seguenti tre casistiche:

- Controllo programmato
- Controllo programmato parzialmente (si fa riferimento al *Requisito 5 - Regolarità contributiva di imposte, tasse e contributi previdenziali (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016)* il cui controllo è stato talvolta programmato solo per uno dei due documenti previsti a mezzo prova: Documento unico di regolarità contributiva (DURC) o Attestazione regolarità del pagamento di imposte e tasse dell'Agenzia delle Entrate Regolarità)
- Controllo non programmato.

Le casistiche di programmazione individuate sono rappresentate in Tabella 1, per la quale è stata utilizzata la legenda qui riportata:

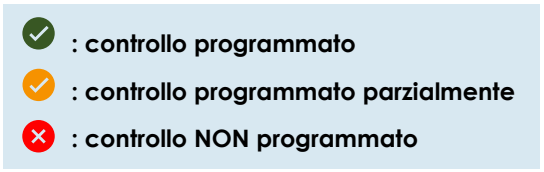


Tabella 1.

NON AUTOCERTIFICABILI

AMBITO	REQUISITI	ATS_1		ATS_2		ATS_3		ATS_4		ATS_5		ATS_6		ATS_7		ATS_8	
		'22	'23	'22	'23	'22	'23	'22	'23	'22	'23	'22	'23	'22	'23	'22	'23
Sanitario	1_MOD_ORGANIZZ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	2_CONTINUITÀ_GEST_FINANZ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓
	4_ANTIMAFIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	5_REGOLARITÀ_CONTRIB	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sociosanitario	1_MOD_ORGANIZZ	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	2_CONTINUITÀ_GEST_FINANZ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓
	4_ANTIMAFIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	5_REGOLARITÀ_CONTRIB	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

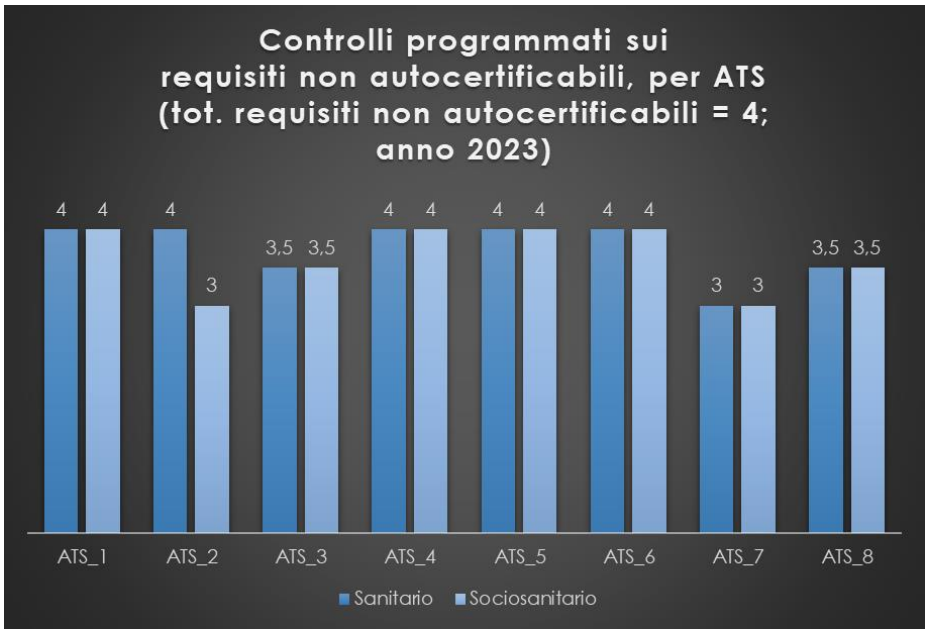
Le ATS programmano le attività di controllo su tutti i requisiti non autocertificabili individuati con sole di tre eccezioni di seguito dettagliate

In ambito sanitario si riscontra la mancata programmazione dei controlli sul Requisito 2 da parte di una ATS e la programmazione parziale di quelli sul Requisito 5 da parte di due ATS; la stessa situazione si osserva in ambito sociosanitario, dove, in aggiunta, una ATS non programma controlli sul Requisito 1.

Stante che la **programmazione** dei controlli per i requisiti non autocertificabili rimane **invariata** tra le due annualità 2022 e 2023, l'analisi si è focalizzata sulla programmazione 2023.

Il grafico riportato di seguito propone in termini percentuali la numerosità dei requisiti controllati per ogni ATS, sia in ambito sanitario che sociosanitario, rinforzando quanto già emerso precedentemente: tutte le ATS programmano controlli su tutti i requisiti, ad eccezione di una ATS in ambito sanitario e due ATS in ambito sociosanitario che ne programmano solo 7. Due ATS programmano i controlli solo in modo parziale.

Grafico 1.



Requisiti autocertificabili

Generalmente, le ATS acquisiscono dagli enti gestori, in fase di avvio del processo di contrattualizzazione, delle autocertificazioni sulla sussistenza dei requisiti di accesso. È tuttavia auspicabile che le ATS procedano alla programmazione di **controlli, anche campionari, successivi alla ricezione di autocertificazione e relativi alla sussistenza del requisito**; tali controlli possono riguardare la totalità dei contraenti o un campione di essi.
Dall'analisi della programmazione dei controlli svolta dalle ATS, si osservano comportamenti differenti:

- il controllo sul requisito è presente e prevede:
  - solo il ricevimento dell'autocertificazione;
  - il ricevimento dell'autocertificazione e un successivo controllo campionario[2];
- il controllo sul requisito non è menzionato, né per quanto riguarda la richiesta di autocertificazione, né per eventuali controlli campionari.

Le casistiche di programmazione individuate sono rappresentate nella tabella che segue, per la quale è stata utilizzata la legenda qui riportata:

✓ **: autocertificazione + controllo campionario**
✓ **: solo autocertificazione**
✗ **: controllo NON programmato**

Tabella 2.

AUTOCERTIFICABILI

AMBITO	REQUISITI	ATS_1		ATS_2		ATS_3		ATS_4		ATS_5		ATS_6		ATS_7		ATS_8	
		'22	'23	'22	'23	'22	'23	'22	'23	'22	'23	'22	'23	'22	'23	'22	'23
Sanitario	3_SENTENZE_CONDANNA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	6_SANZIONI_CARICHI	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓*	✓*
	7_TRASPARENZA	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	8_PANTOUFLAGE	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓
	9_ALTRI_REQUISITI	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓*	✓*	✓	✓	✗	✗
Sociosanitario	3_SENTENZE_CONDANNA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	6_SANZIONI_CARICHI	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓*	✓*
	7_TRASPARENZA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	8_PANTOUFLAGE	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓
	9_ALTRI_REQUISITI	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓*	✓*	✓	✓	✓	✓

* più di una tipologia di controllo programmata.

[2] Seppur non sempre specificato, si presuppone che tutte le ATS che hanno inserito un controllo campionario relativo a un requisito autocertificabile abbiano preventivamente proceduto alla richiesta di autocertificazione del requisito agli erogatori.

Non per tutti i requisiti autocertificabili individuati è previsto il ricevimento dell'autocertificazione e la programmazione di eventuali controlli campionari.

Si osserva tuttavia un **trend positivo** di programmazione dei controlli tra le annualità 2022 e 2023: in ambito sanitario, 3 ATS integrano la propria programmazione aggiungendo i controlli sui requisiti 6, 7 e 8; analogamente in ambito sociosanitario 1 ATS introduce la richiesta di autocertificazione per il requisito 8.
Pertanto, i requisiti 3 e 7 vengono programmati da tutte le ATS in ambito sanitario nel 2023; analogamente i requisiti 3, 6 e 7 in ambito sociosanitario.

I due grafici sotto riportati mostrano la numerosità dei requisiti controllati da ogni ATS con indicazione di quelli per i quali è prevista la sola richiesta di autocertificazione.

Grafico 2a.

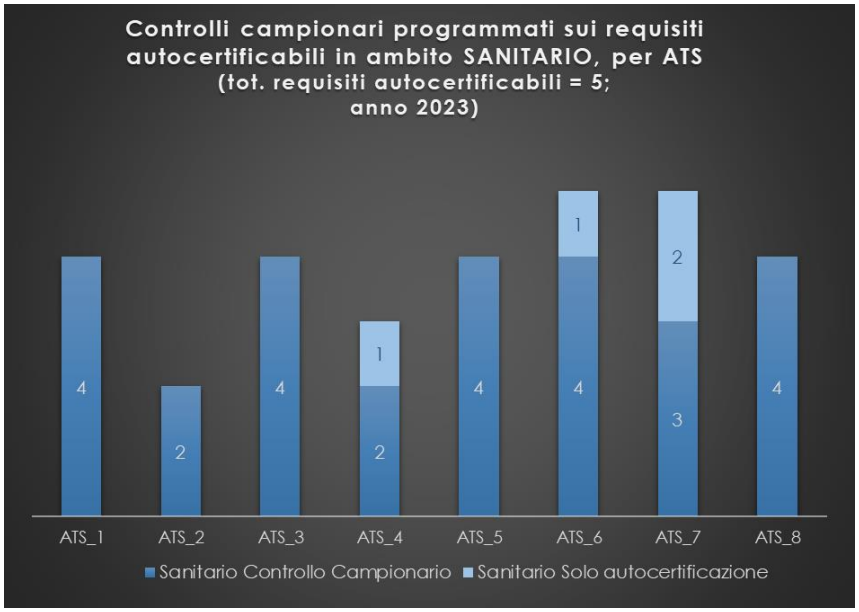
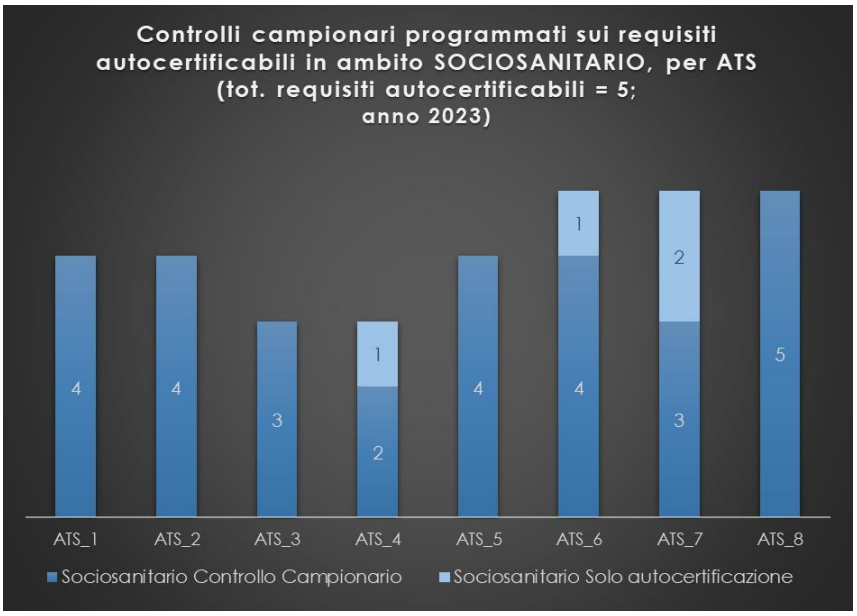


Grafico 2b.



Una ATS per l'area sociosanitaria procede a controlli campionari per tutti i requisiti.

FOCUS REQUISITI NON AUTOCERTIFICABILI

Per i controlli sui requisiti non autocertificabili si è analizzata, per ogni ATS, l'aderenza alle indicazioni reperibili dalla normativa in merito, in termini di:

- applicazione della procedura di verifica (documentazione a mezzo di prova);
- identificazione degli enti destinatari dei controlli, in relazione alle caratteristiche di inclusione di ogni requisito;
- frequenza di controllo.

Stante che il *Requisito 5 - Regolarità contributiva di imposte, tasse e contributi previdenziali (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016)*, denominato 5_REGOLARITÀ_CONTRIB, prevede il controllo di due documenti distinti, reperibili da fonti differenti, si è deciso di trattare il possesso di ognuno dei due documenti come requisito a sé stante (requisito 5a_REGOLARITÀ_CONTRIBUTI; requisito 5b_REGOLARITÀ_IMPOSTE_TASSE).

Applicazione della procedura di verifica

Per ogni requisito non autocertificabile, nella tabella seguente si riporta la documentazione a mezzo di prova prevista dalla normativa a verifica del requisito stesso. La documentazione rimane invariata sia per gli erogatori di prestazioni sanitarie che per i gestori di UdO sociosanitarie:

Tabella 3.

Adozione del codice etico comportamentale e corretta applicazione del modello di organizzazione e gestione (D.lgs. 231/2001)	**REQUISITO 1**	Estratto della relazione annuale dell'organismo di vigilanza (d.lgs. 231/2001)
Regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità dell'ente (art. 2409 bis C.C.)	**REQUISITO 2**	Relazione sull'ultimo bilancio approvato e relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato
Acquisizione certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 d.lgs. 50/2016)	**REQUISITO 4**	Certificato comunicazione e informazione antimafia
Regolarità contributiva di imposte, tasse e contributi previdenziali (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016)	**REQUISITO 5A**	Documento unico di regolarità contributiva (DURC)
	REQUISITO 5B	Attestazione regolarità del pagamento di imposte e tasse dell'Agenzia delle Entrate

Si rilevano comportamenti di programmazione differenti rispetto a quanto indicato dalla normativa sull'applicazione della procedura di verifica:

- ***Aderente***: i documenti a mezzo di prova sono aderenti alle indicazioni fornite dalla normativa in merito;

- ***Parzialmente aderente***: i documenti a mezzo di prova sono parzialmente aderenti alle indicazioni fornite dalla normativa in merito (es. il controllo è svolto solo sui documenti riguardanti una delle categorie di destinatari verso cui dovrebbe essere rivolto);
- ***Non aderente***: i documenti a mezzo di prova non sono aderenti alle indicazioni fornite dalla normativa in merito;
- ***ND***: le informazioni disponibili sono poco chiare o non adeguate e non permettono quindi l'analisi dello specifico requisito.

I grafici mostrano per ogni requisito i diversi comportamenti assunti in fase di programmazione.
Poiché le procedure di verifica sui requisiti non autocertificabili sono standardizzate, si è proceduto ad analizzare ogni requisito in modo orizzontale, entrando nel merito dei controlli programmati dalle ATS su ognuno di essi.
Si segnala che per i requisiti 4_ANTIMAFIA e 5b_REGOLARITÀ_IMPOSTE_TASSE, le ATS dichiarano esplicitamente di richiedere un'autocertificazione, prima di procedere al controllo.

Grafico 3a.

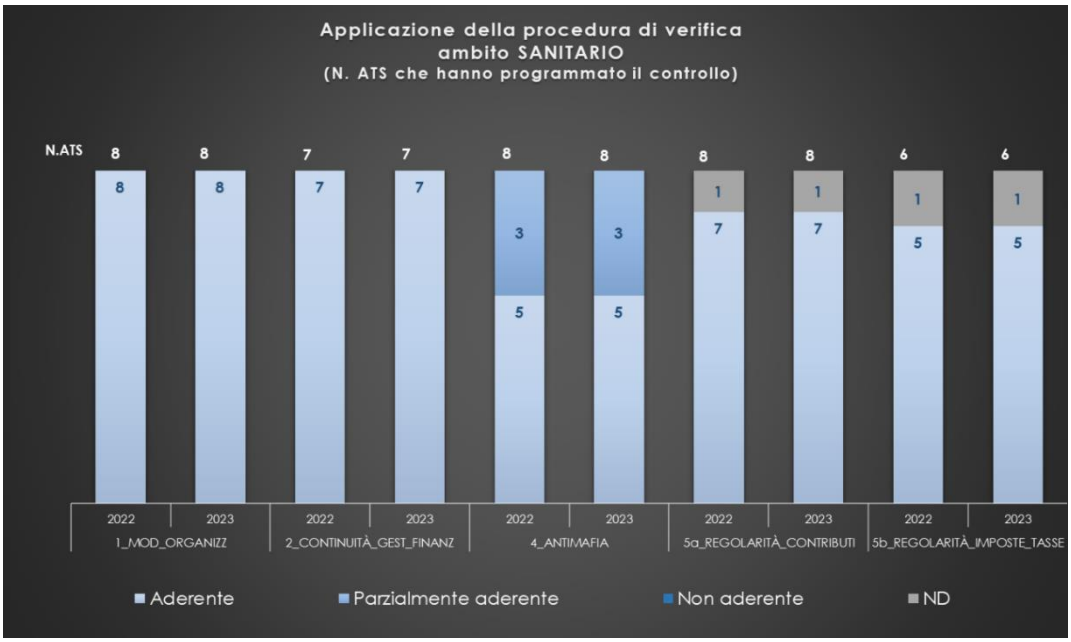
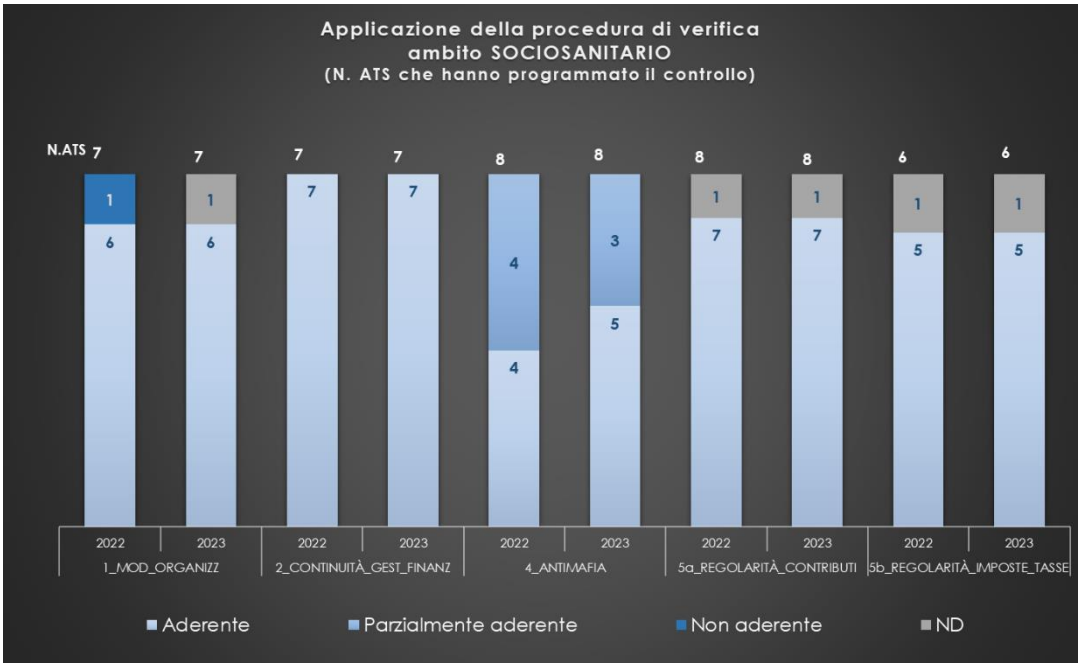


Grafico 3b.



Per il controllo sul *Requisito* 1 le ATS operano in modo omogeneo ad esclusione di una sola ATS che, in ambito sociosanitario, dichiara di verificare documentazione diversa da quella prevista.
Il *Requisito 4* prevede la sussistenza di documenti distinti per le due classi di erogatori, individuati a seconda della capacità contrattuale (importo budget) complessiva dell'ente; tre ATS programmano per il 2023, sia in ambito sanitario che sociosanitario, la verifica solo per una delle due classi.

Destinatari dei controlli

Per ogni requisito non autocertificabile, nella tabella seguente si riporta la descrizione dei soggetti potenzialmente destinatari dei controlli secondo quanto previsto dalla normativa. Le caratteristiche dei potenziali destinatari dei controlli rimangono invariate sia per gli erogatori di prestazioni sanitarie che per i gestori di UdO sociosanitarie.

Tabella 4.

Adozione del codice etico comportamentale e corretta applicazione del modello di organizzazione e gestione (D.lgs. 231/2001)	**REQUISITO 1**	Soggetti privati con capacità contrattuale complessiva pari o superiore a €800.000 annui/capacità ricettiva pari o superiore a 80 PL
Regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità dell'ente (art. 2409 bis C.C.)	**REQUISITO 2**	Soggetti privati con capacità contrattuale complessiva pari o superiore a €800k annui
Acquisizione certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 d.lgs. 50/2016)	**REQUISITO 4**	• Certificato comunicazione: Soggetti privati con capacità contrattuale complessiva compresa tra €150.000 e €221.000 • Certificato informazione: Soggetti privati con capacità contrattuale complessiva compresa tra €150.000 e €221.000
Regolarità contributiva di imposte, tasse e contributi previdenziali (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016)	**REQUISITO 5A**	Tutti gli Enti privati
	REQUISITO 5B	Tutti gli Enti privati

Le indicazioni normative prevedono che i controlli su ogni requisito siano programmati per specifici soggetti individuati entro certi limiti di capacità contrattuale complessiva e per natura privata o pubblica. Si rilevano comportamenti di programmazione differenti; in particolare:

- **Aderente**: i controlli sono indirizzati verso classi di erogatori identificati dalle indicazioni normative;
- **Campionamento più esteso**: i controlli sono indirizzati verso categorie più ampie di erogatori rispetto a quanto indicato dalle norme;
- **ND**: le informazioni disponibili sono poco chiare o non adeguate e non permettono quindi l'analisi dei destinatari dello specifico requisito.

I grafici nella pagina seguente mostrano per ogni requisito i diversi comportamenti assunti in fase di programmazione.

Grafico 4a.

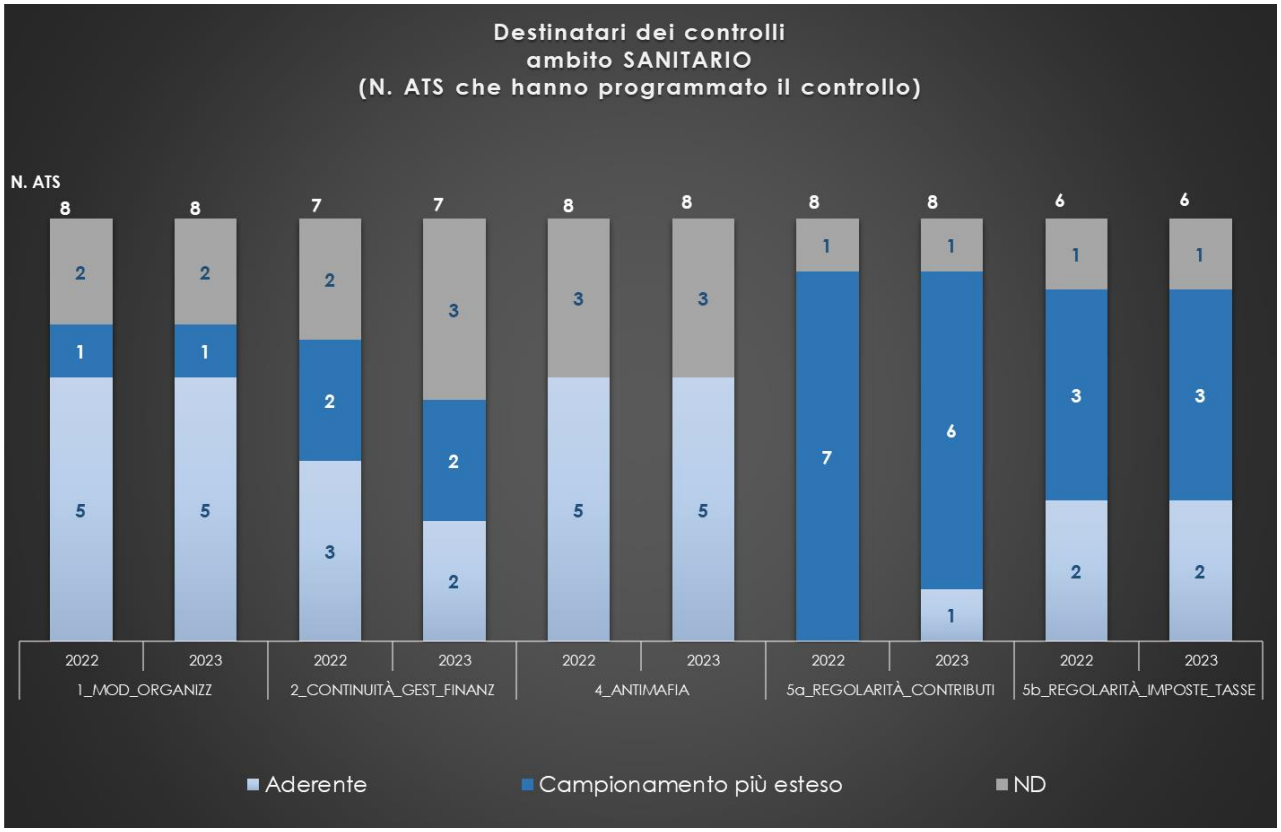
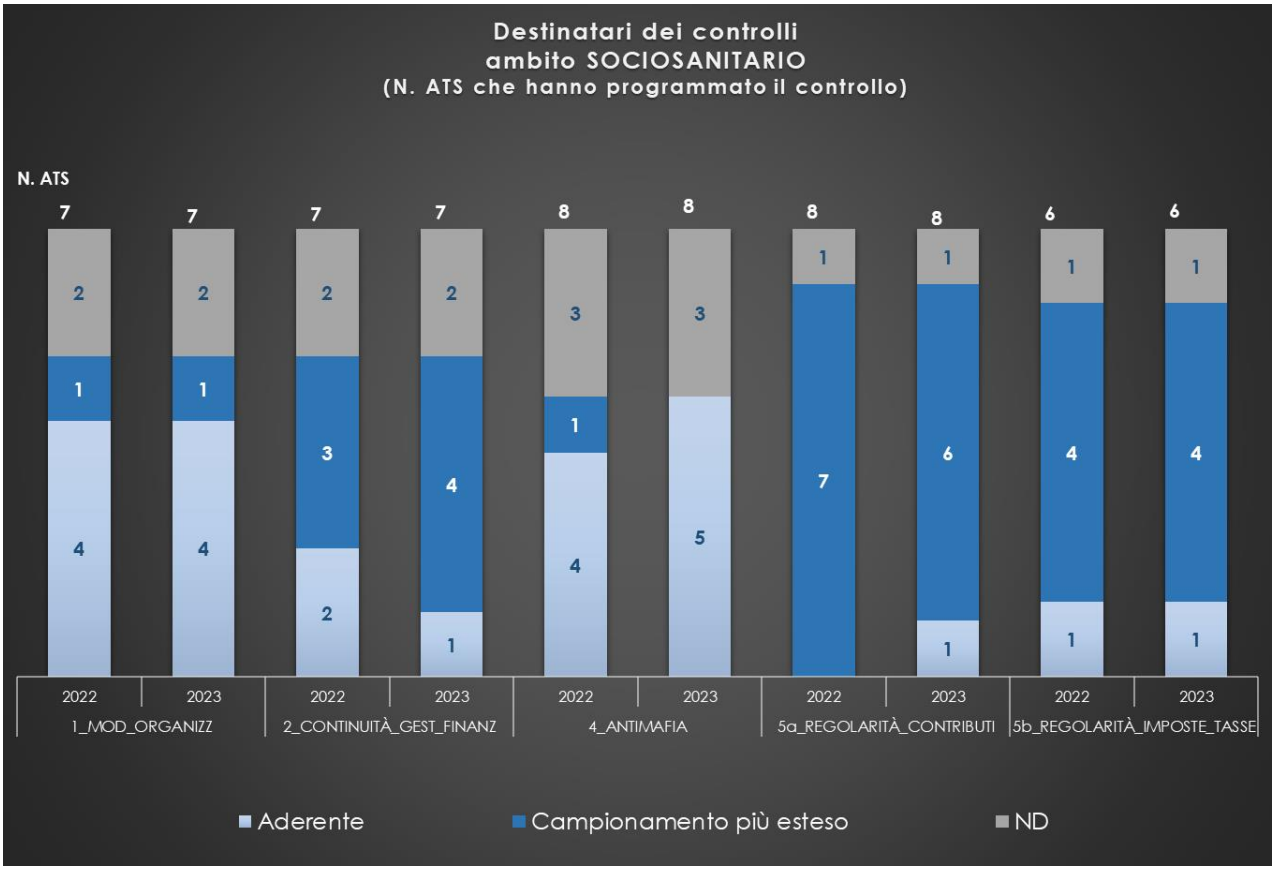


Grafico 4b.



Diverse ATS non esplicitano in modo chiaro le classi di destinatari verso cui indirizzano i loro controlli.
Si rileva un numero elevato di ATS che dichiara di svolgere i controlli su più destinatari rispetto a quanto previsto dalla normativa; il fenomeno si osserva in particolar modo sul requisito 5.
La **rendicontazione 2022** ha mostrato che, tendenzialmente, le ATS rispettano la programmazione.

Frequenza

Per quanto riguarda l'aderenza alle indicazioni normative in termini di frequenza annuale dei controlli, gran parte delle informazioni rilevabili dall'analisi dei documenti si sono rivelate poco significative, non consentendo quindi, di condurre l'approfondimento.
Laddove l'informazione è presente, la stessa è prevalentemente in linea e coerente con quanto previsto dalle indicazioni normative.

FOCUS REQUISITI AUTOCERTIFICABILI

Per ogni ATS è stata analizzata la programmazione di eventuali ulteriori controlli successivi al ricevimento dell'autocertificazione, con particolare attenzione al campione selezionato.

Come già anticipato, l'analisi si focalizza sulla programmazione 2023 la quale, stanti le tempistiche di approvazione del Piano dei Controlli, ha potuto essere oggetto di considerazioni più accurate rispetto alla programmazione dell'annualità precedente; per l'anno 2022, stante la disponibilità delle rendicontazioni annuali delle ATS, l'analisi si è invece focalizzata sul confronto tra quanto programmato e quanto effettivamente rendicontato dalle ATS, con particolare riferimento alla numerosità del campione.

Come evidenziato in Tabella 2, due ATS – nello specifico ATS_8 per il *Requisito 6 - assolvimento obblighi in materia di sanzioni amministrative e carichi pendenti dipendenti da reato (art. 80, comma 5, lett. F d.lgs. 50/2016)* e ATS_6 per il *Requisito 9 - Ulteriori requisiti previsti dall'art. 80, comma 5 d.lgs. 50/2016* – programmano più di un controllo, sia in ambito sanitario che sociosanitario.
Pertanto, per i requisiti citati, l'analisi considera la media sia in termini assoluti che percentuali del campione selezionato per ognuno dei controlli programmati sullo specifico requisito.

Analisi anno 2023

I grafici mostrano l'ampiezza del campione individuato da ogni ATS per il controllo sullo specifico requisito successivo al ricevimento dell'autocertificazione, qualora previsto.
Si precisa che in questi grafici i dati sono stati presentati sia in termini assoluti che relativi in quanto la numerosità degli enti potenzialmente oggetto di controllo può essere molto variabile tra ATS: per esempio, il 100% degli erogatori dell'ATS 3 sono in valore assoluto meno del 10% degli erogatori dell'ATS 2.
Laddove indicato, il criterio di campionamento è **casuale** o prevede la **rotazione** dei controlli sulle strutture (escludendo di anno in anno quelle già controllate).

In ambito sanitario si nota che, ad eccezione di un paio di casi, ogni ATS stabilisce una percentuale di campionamento omogenea per i diversi requisiti su cui svolge i controlli. Il fenomeno è meno osservabile in ambito sociosanitario.

Grafico 5a.

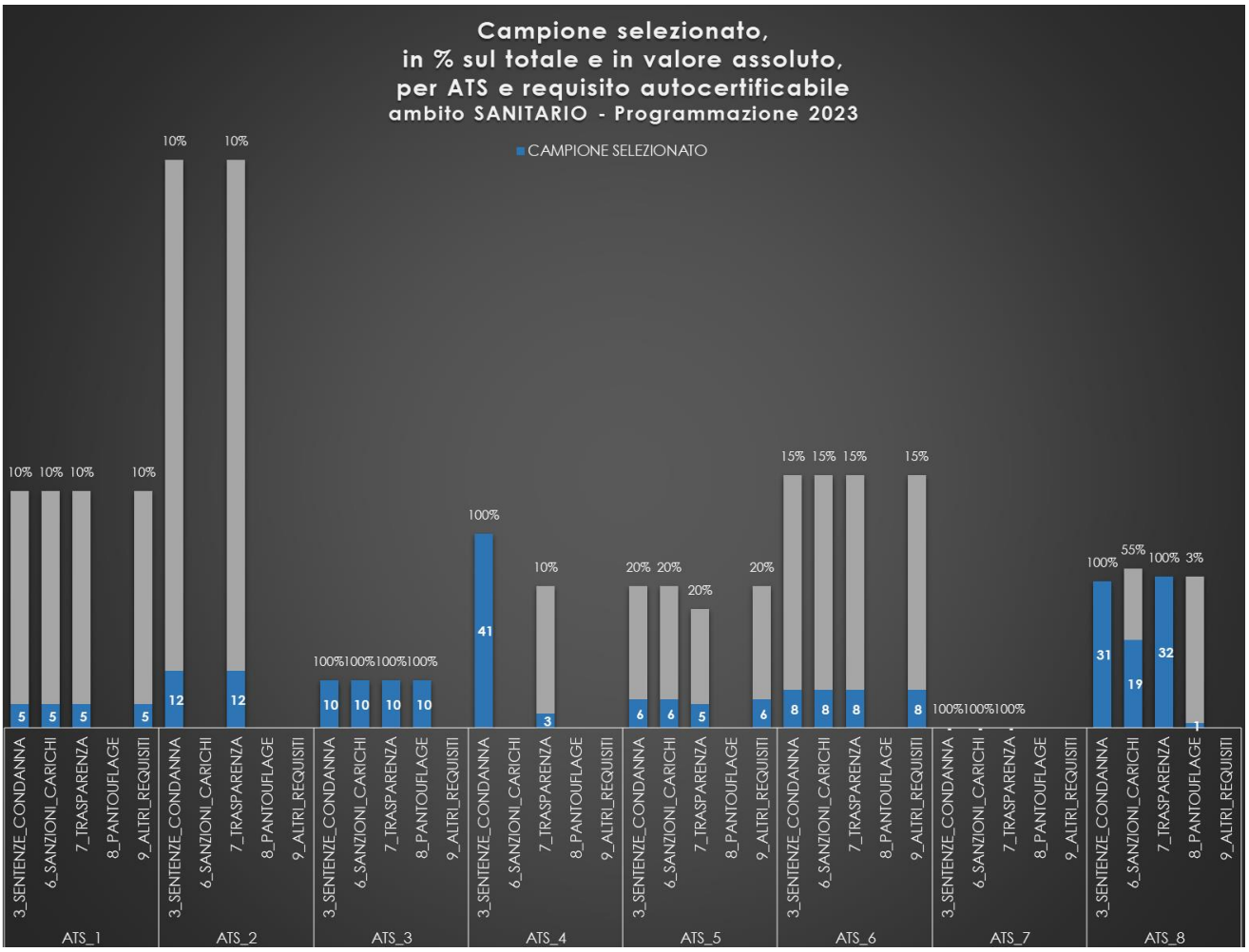
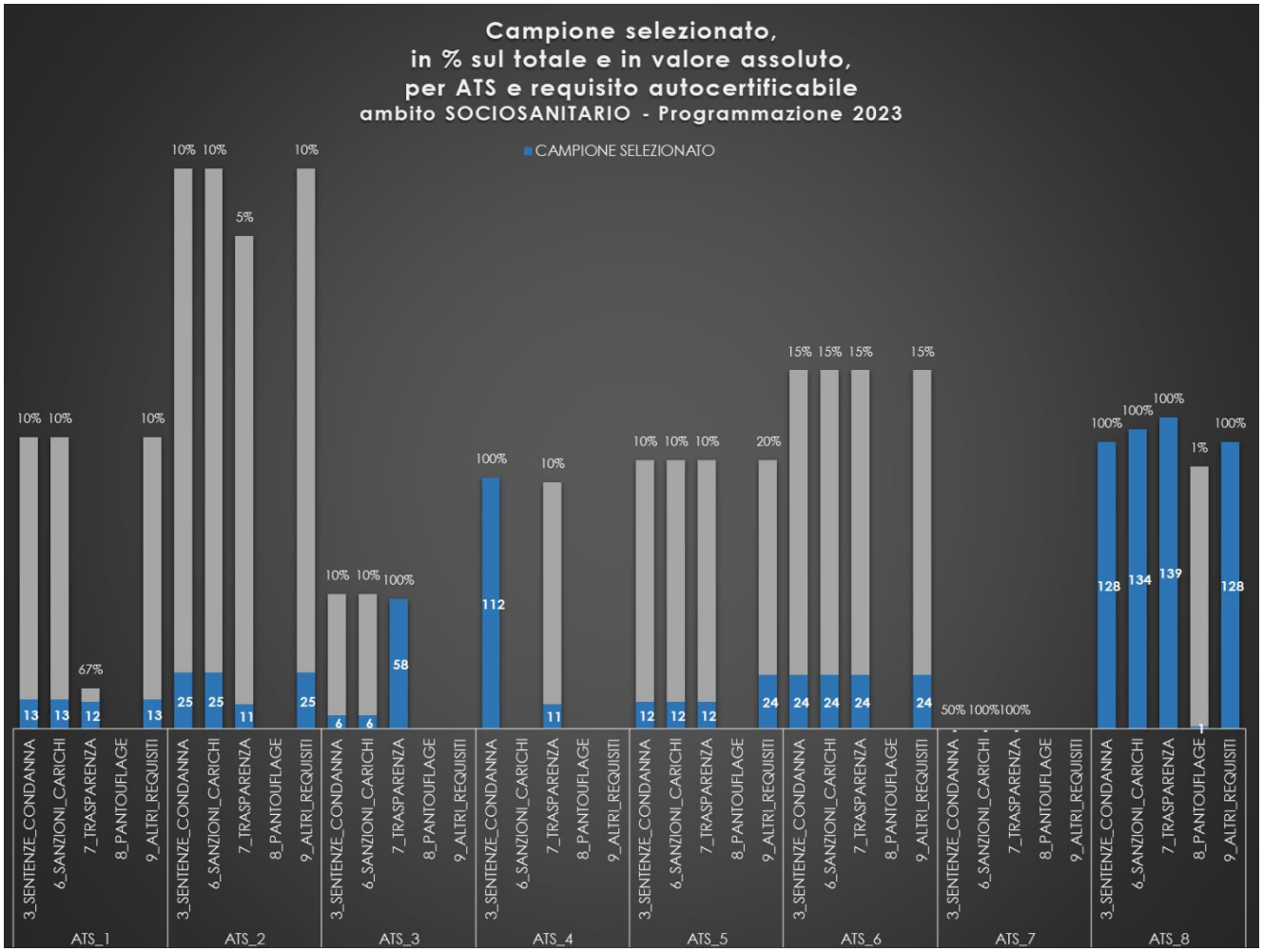


Grafico 5b.



Analisi anno 2022

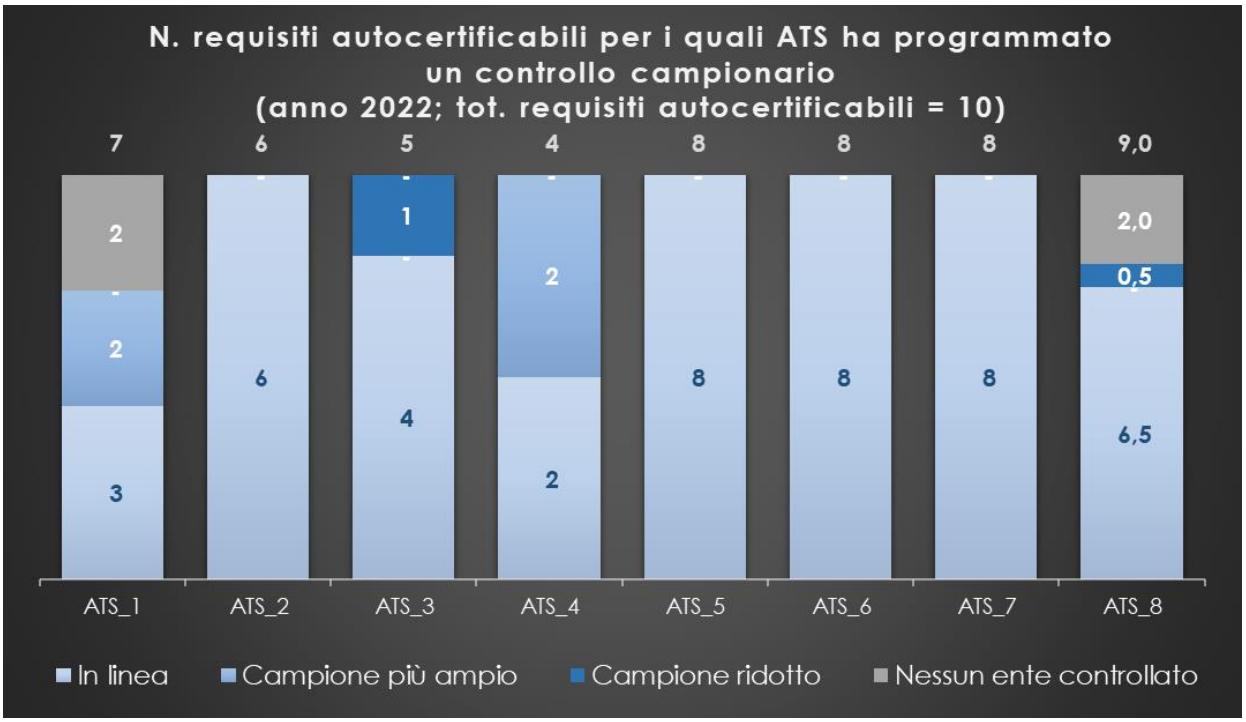
Dal confronto tra la programmazione dei controlli per il 2022 e la relativa rendicontazione si evincono diversi esiti:

- La numerosità del campione rendicontato è in linea o migliorativa rispetto a quanto previsto in fase di programmazione:
  - **In linea**: la numerosità del campione di controllo selezionato in fase di programmazione è uguale a quella rendicontata;
  - **Campione più ampio**: la numerosità del campione di controllo selezionato in fase di programmazione è inferiore rispetto a quella rendicontata;
- La numerosità del campione rendicontato è peggiorativa rispetto a quanto previsto in fase di programmazione:
  - **Campione ridotto**: la numerosità del campione selezionato in fase di programmazione è maggiore rispetto a quella rendicontata;
  - **Nessun ente controllato**: nonostante previsto in fase di programmazione, non è stato rendicontato alcun controllo su nessun ente.

Il grafico mostra, in maniera aggregata tra area sanitaria e sociosanitaria, il numero di requisiti per i quali l'ATS ha programmato un controllo campionario successivamente al

ricevimento dell'autocertificazione (10 in totale, di cui 5 sanitario e 5 sociosanitario); per ogni controllo, viene altresì messa in evidenza la relazione tra la numerosità programmata del campione e quella effettiva.

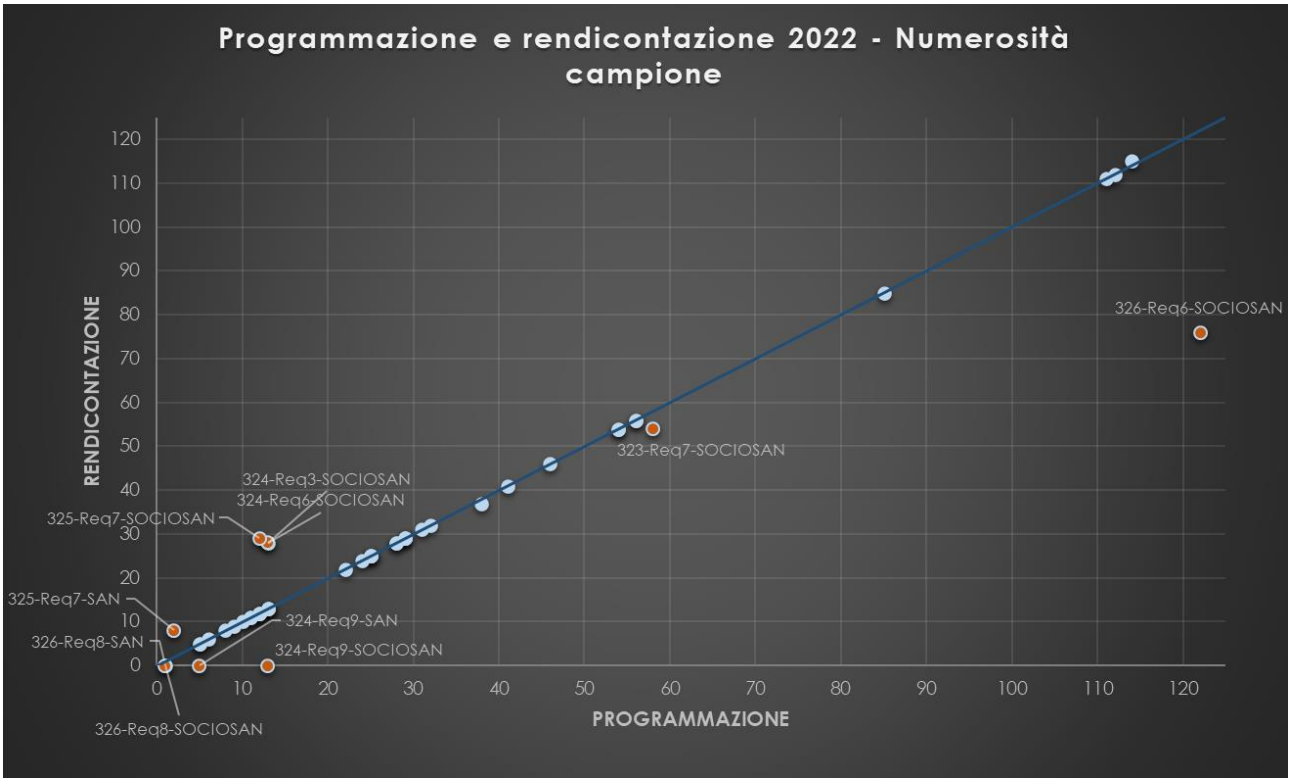
Grafico 6.



Cinque ATS hanno rendicontato, per ciascun requisito controllato, un campione la cui numerosità effettiva è in linea o superiore a quanto programmato.

Entrando nel merito degli enti su cui sono stati svolti i controlli rispetto al campione definito in fase di programmazione, nel grafico seguente, per ogni tipologia di requisito, ambito e ATS, si mostra la numerosità del campione programmato e quello effettivamente rendicontato.

Grafico 7.



Sono evidenziati in rosso i controlli rendicontati che si discostano rispetto alla programmazione:

- i quattro controlli che non sono stati effettuati (due per ATS_1 e due per ATS_8) erano stati programmati per un numero esiguo di enti (massimo 13);
- i due controlli svolti su campione ridotto rispetto alla programmazione (uno per ATS_3 e uno per ATS_8) erano previsti per un numero elevato di enti: in un caso il numero di controlli effettuato si è ridotto in modo esiguo, nell'altro in modo più sostanziale, ma è comunque stato indirizzato ad un numero significativo di destinatari;
- quattro controlli programmati su un numero moderato di enti (due per ATS_1 e due per ATS_4) hanno più che raddoppiato il numero dei destinatari controllati.

SINTESI

Dall'analisi condotta si rileva che, a partire dal 2022, anno di introduzione della tematica della **sussistenza dei requisiti di accesso alla contrattualizzazione** fra le richieste di ACSS, **tutte le ATS hanno esplicitato la programmazione** di alcuni controlli relativi sia a requisiti non autocertificabili che a quelli autocertificabili, seppur con diversi livelli di dettaglio.
I primi sono risultati soggetti a un controllo più strutturato, e la programmazione dei relativi controlli è rimasta pressoché invariata nel biennio 2022-2023; per i secondi, invece, si è riscontrato un incremento nel numero dei controlli. In particolare:

- i **quattro requisiti non autocertificabili** vengono programmati:
  - da sette ATS per l'ambito sanitario (sebbene un requisito solo parzialmente da due ATS); la rimanente ATS ne programma tre;

  - da sei ATS per l'ambito sociosanitario (sebbene un requisito solo parzialmente da due ATS); le rimanenti due ATS ne programmano tre;
- verifiche relative ad almeno tre dei **cinque requisiti autocertificabili** sono state descritte, nel 2023 (sebbene alcuni requisiti solo parzialmente):
  - da sette ATS per l'ambito sanitario;
  - da tutte le ATS per l'ambito sociosanitario.

Inoltre, cinque ATS prevedono, per tutti i controlli programmati, sia in ambito sanitario che in ambito sociosanitario, verifiche successive all'autocertificazione; tuttavia:

- il requisito relativo al Pantouflage, che richiede presumibilmente l'adozione di procedure interne di verifica, viene programmato solo da quattro ATS per l'ambito sanitario nel 2023 (tre per l'ambito sociosanitario);
- il requisito relativo agli ulteriori requisiti di cui all'ex art. 80 del D. Lgs. 50/2016 viene programmato solo da quattro ATS per l'ambito sanitario nel biennio considerato (sei per l'ambito sociosanitario).

Stante la disomogeneità riscontrata nella compilazione dei Piani e dei rispettivi format da parte delle ATS, al fine di rendere maggiormente fruibili i dati raccolti, facilitando al tempo stesso il lavoro operativo dei soggetti coinvolti per un presidio ancor più capillare dell'area, ACSS ha deciso di intervenire sui format Excel proposti, che sono stati oggetto di una **revisione tecnica** e che verranno resi disponibili alle ATS/ASST corredati da documenti contenenti **indicazioni dettagliate** per una corretta compilazione degli stessi.

ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA UDO SOCIOSANITARIE 2022-2023

L'analisi degli esiti dei controlli effettuati dalle ATS sulle UdO sociosanitarie ha come obiettivi principali:

- il monitoraggio delle attività di controllo
- il rispetto dei target fissati dal PCP negli ambiti della vigilanza e dei controlli di appropriatezza
- l'identificazione di eventuali aree di criticità comuni tra i territori o specifiche per ATS
- la rilevazione di eventuali disomogeneità nelle pratiche di controllo

GESTIONE DEI DATI E ANALISI – UDO SOCIOSANITARIE

Si è provveduto quindi a effettuare l'analisi sui flussi dati degli esiti delle attività di vigilanza e controllo dell'appropriatezza sulle UdO sociosanitarie eseguite dalle ATS negli anni 2022 e 2023.

I dati, inseriti in file Excel dalle ATS, vengono inviati tramite PEC alla DG Welfare di Regione Lombardia e a ACSS con cadenza semestrale.

I file inviati dalle ATS sono stati accodati per anno, per tipologia di UdO e tipo di controllo (vigilanza e appropriatezza), limitandosi alle UdO non sperimentali per le quali le modalità di accorpamento dei file risultavano più omogenee.

L'analisi di qualità e l'attività di gestione dei dati hanno permesso di evidenziare una serie di criticità derivanti soprattutto dagli strumenti di rendicontazione, sensibili agli errori di imputazione dei dati. In particolare, si sono riscontrate:

a) disomogeneità nella compilazione dei file esiti;
b) disomogeneità nell'organizzazione dei file per tipologia di UdO;
c) errori o mancanze nei tracciati.

Al fine di consentire il miglioramento della qualità dei dati e, di conseguenza, la robustezza delle future analisi, si è provveduto a inserire all'interno del PCPQ 2024-2026 un documento di revisione delle regole per la compilazione dei tracciati.

Si ritiene importante sottolineare l'opportunità di adottare soluzioni informatiche più robuste e innovative, che consentano la minimizzazione degli errori di data entry e dei dati mancanti, nonché il miglioramento dell'omogeneità di compilazione. L'utilizzo di tali strumenti consentirebbe l'automazione, totale o parziale, del processo di gestione e pulizia dei dati e di produzione tempestiva di report standard periodici e customizzati per i diversi attori coinvolti (DG Welfare, ACSS e le ATS).

A seguito del data management, sono state eseguite una serie di analisi di statistica descrittiva. Le analisi sono state eseguite sia sui dati complessivi sia per ATS, al fine di evidenziare eventuali disomogeneità.

Per la vigilanza sono stati descritti i volumi dei sopralluoghi, verificando il raggiungimento dello standard del 25% per ciascuna tipologia di UdO con almeno un sopralluogo per la verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento, le tipologie di sopralluoghi svolti (tutti i requisiti, requisiti gestionali-organizzativi, requisiti tecnologici, altra

tipologia di vigilanza e sopralluoghi straordinari) e gli esiti dei sopralluoghi (carenze, necessari approfondimenti, rispetto requisiti).

Per i controlli di appropriatezza sono stati descritti i volumi dei controlli, verificando il raggiungimento dello standard del 25% delle UdO sociosanitarie per tipo e il raggiungimento delle percentuali di FaSAS valutati (come percentuale del numero di utenti presenti nell'anno precedente nelle UdO campionate: 13% per UdO residenziali e semiresidenziali e 3,5% per le UdO ambulatoriali e domiciliari), il livello complessivo di appropriatezza e il livello di appropriatezza per ciascuno degli indicatori generali e specifici rendicontati. Il livello di appropriatezza è stato descritto attraverso la percentuale delle UdO con una percentuale maggiore o minore del 95% dei FaSAS con rispetto dei requisiti analizzati.

RISULTATI

La seguente tabella riassume i volumi dei controlli per tipologia di UdO e anno di attività per la vigilanza e i controlli di appropriatezza.

Nel complesso le percentuali target vengono rispettate.

Evidenziato che la tipologia di attività svolta dalle ATS sulle unità di ADI e cure palliative domiciliari si è concentrata sui sopralluoghi legati all'accreditamento per gli effetti del processo di riclassificazione a C-Dom; pertanto, i risultati dell'analisi non sono state incluse in tabella.

Si ritiene opportuno riportare che l'analisi per ATS, i cui risultati non vengono riportati nella presente relazione, ha evidenziato in alcuni casi il non pieno raggiungimento del target. Tuttavia, le motivazioni potrebbero essere legate da un lato alla qualità dei dati, cioè a imprecisioni nella rendicontazione, e dall'altra ad una programmazione delle ATS su base pluriennale, soprattutto per UdO con scarsa numerosità.

		VIGILANZA					APPROPRIATEZZA						
Tipo UdO	anno	numero udo	numero udo con sopralluogo	numero udo con sopralluogo per verifica	% udo con sopralluogo	% udo con sopralluogo per verifica	numero udo	numero udo visitate	% udo visitate	numero pazienti 2021	numero fasas controllati	% fasas controllati	NOTE
RSA	2022	716	291	168	40,64%	23,46%	716	229	31,98%	16011	2686	16,78%	
	2023	717	310	250	43,24%	34,87%	717	287	40,03%	25308	3844	15,19%	
CDI	2022	316	98	77	31,01%	24,37%	316	94	29,75%	1631	423	25,94%	
	2023	312	105	96	33,65%	30,77%	312	91	29,17%	2649	520	19,63%	
RSD	2022	102	50	33	49,02%	32,35%	102	37	36,27%	1207	180	14,91%	
	2023	103	44	36	42,72%	34,95%	103	34	33,01%	1328	220	16,57%	
CSS	2022	184	79	51	42,93%	27,72%	184	58	31,52%	499	205	41,08%	
	2023	182	70	52	38,46%	28,57%	182	53	29,12%	416	193	46,39%	
CDD	2022	263	87	73	33,08%	27,76%	263	75	28,52%	1727	313	18,12%	
	2023	270	93	82	34,44%	30,37%	270	77	28,52%	1734	333	19,20%	
INT RIA	2022	113	39	26	34,51%	23,01%	113	42	37,17%	4861	687	14,13%	res
	2022									17543	531	3,03%	amb
	2023	104	37	31	35,58%	29,81%	104	40	38,46%	4683	368	7,86%	res
	2023									10906	456	4,18%	amb
HOSPICE	2022	55	38	27	69,09%	49,09%	55	18	20,69%	3079	404	13,12%	
	2023	55	29	22	52,73%	40,00%	55	20	36,36%	2504	451	18,01%	
DIP AMB	2022	86	21	19	24,42%	22,09%	86	22	25,58%	7342	293	3,99%	
	2023	85	32	25	37,65%	29,41%	85	23	27,06%	11291	471	4,17%	
DIP BI	2022	33	14	13	42,42%	39,39%	33	8	24,24%	63	23	36,51%	
	2023	34	15	14	44,12%	41,18%	34	9	26,47%	89	38	42,70%	
DIP COM	2022	136	46	43	33,82%	31,62%	136	55	40,44%	1874	322	17,18%	
	2023	136	42	38	30,88%	27,94%	136	42	30,88%	1634	278	17,01%	
CF	2022	253	73	57	28,85%	22,53%	253	62	24,51%	56873	2068	3,64%	
	2023	252	82	71	32,54%	28,17%	252	64	25,40%	85298	2498	2,93%	

Entrando nel merito dell'analisi della tipologia di attività svolta e degli esiti a livello complessivo per tipo di UdO, si riporta di seguito la tabella in cui:

- per la vigilanza è descritta la distribuzione percentuale dei sopralluoghi per tipologia e la distribuzione percentuale per tipo di esito;
- per l'appropriatezza è descritta la percentuale di UdO che raggiungono complessivamente il 95% di appropriatezza dei FaSAS controllati.

L'attività di vigilanza è costituita per la maggior parte da attività di verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle UdO, ad eccezione delle cure domiciliari e delle cure palliative domiciliari. Come anticipato, le percentuali elevate di "altra visita", sono dovute all'attività di accreditamento dovuta alla riclassificazione delle UdO da ADI a cure domiciliari.

Si rileva, per entrambe le annualità, che esiste uno sbilanciamento nelle percentuali dei sopralluoghi svolti per la verifica del mantenimento dei soli requisiti organizzativo-gestionali

rispetto a quelli strutturali e organizzativi. Le analisi per ATS hanno mostrato una percentuale più elevata di sopralluoghi in ambito organizzativo gestionale in alcune realtà specifiche. Tuttavia, non è possibile escludere che i risultati siano da imputare a delle disomogeneità nelle modalità di rendicontazione.
I sopralluoghi di vigilanza che esitano in carenze sono generalmente al di sotto del 10%, ad eccezione dei servizi alle dipendenze a bassa intensità (che comprendono un numero esiguo di UdO). Si sottolinea però un peggioramento delle verifiche con esito positivo tra il 2022 e il 2023 per RSA, RSD e INT RIA (cure intermedie e riabilitazione ambulatoriale). Per RSA e INT RIA la percentuale di peggioramento si sostanzia in sopralluoghi che esitano con la richiesta di ulteriori approfondimenti, mentre per le RSD in sopralluoghi che esitano in carenze.
L'attività di controllo di appropriatezza mostra una performance complessivamente molto elevata per tutte le tipologie di UdO per entrambe le annualità. Tuttavia, si ritiene opportuno sottolineare come, l'analisi sui singoli indicatori indagati dalle checklist di appropriatezza abbia evidenziato alcuni ambiti di possibile miglioramento come, ad esempio, l'elaborazione del progetto individuale, la tracciabilità degli interventi e la congruenza tra debito informativo e FaSAS.

		VIGILANZA								APPROPRIATEZZA
		% tipo sopralluogo				% esito sopralluogo				
Tipo UdO	anno	verifica mant tutti i requisiti	verifica mant req org-gest	verifica mant strut-tecno	altra visita	straordinaria	carenze	necessari approfondimenti	rispetto requisiti	% UdO con livello complessivo appropriatezza>9 5%
RSA	2022	24%	12%	60%	20%	38%	7%	18%	75%	87%
	2023	28%	20%	16%	22%	15%	3%	61%	36%	91%
CDI	2022	46%	16%	8%	23%	7%	10%	41%	49%	95%
	2023	37%	29%	15%	14%	5%	8%	17%	76%	95%
C-DOM	2022	32%	2%	3%	60%	3%	4%	37%	59%	89%
	2023	2%	0%	0%	97%	1%	4%	19%	76%	80%
RSD	2022	29%	24%	10%	10%	27%	2%	18%	80%	94%
	2023	28%	28%	12%	28%	5%	19%	15%	67%	91%
CSS	2022	34%	20%	9%	16%	21%	9%	27%	64%	91%
	2023	28%	29%	11%	28%	3%	5%	15%	79%	90%
CDD	2022	37%	28%	8%	22%	5%	9%	25%	66%	93%
	2023	31%	31%	13%	25%	0%	8%	22%	70%	92%
INT RIA	2022	42%	28%	4%	28%	0%	2%	5%	93%	95%
	2023	30%	28%	8%	32%	2%	5%	16%	79%	86%
HOSPICE	2022	31%	28%	2%	35%	4%	2%	24%	74%	90%
	2023	24%	24%	19%	31%	2%	5%	12%	83%	100%
CP-DOM	2022	42%	19%	3%	29%	7%	7%	31%	62%	89%
	2023	6%	2%	0%	86%	5%	3%	10%	87%	86%
DIP AMB	2022	39%	38%	15%	8%	0%	0%	42%	58%	84%
	2023	39%	23%	9%	30%	0%	5%	36%	59%	100%
DIP BI	2022	17%	50%	22%	11%	0%	35%	30%	35%	63%
	2023	12%	47%	35%	6%	0%	35%	24%	41%	91%
DIP COM	2022	65%	19%	5%	9%	2%	2%	30%	68%	93%
	2023	36%	33%	9%	22%	0%	9%	22%	69%	93%
CF	2022	42%	28%	4%	26%	0%	4%	28%	68%	94%
	2023	28%	33%	12%	24%	2%	7%	24%	70%	89%

SINTESI

L'analisi degli esiti delle attività di vigilanza e controlli di appropriatezza sulle UdO sociosanitarie ha mostrato come, a livello complessivo, i target di attività siano stati generalmente rispettati e i livelli di congruenza delle UdO rispetto ai requisiti verificati in vigilanza e di appropriatezza controllati tramite FaSAS siano elevati.

Le problematiche emerse nel corso dell'analisi di qualità e di gestione dei dati e la variabilità nei risultati del confronto tra i territori hanno evidenziato la necessità di ricostituire **tavoli di confronto periodici con le ATS**, interrotti negli anni della pandemia, in cui lavorare sulla omogeneizzazione delle pratiche operative di controllo e di emissione dei provvedimenti, nonché sulle modalità di rendicontazione.

DIFFIDE E SANZIONI A UDO SOCIOSANITARIE – 2022-2023

Si è provveduto ad effettuare un'analisi sui flussi dati relativi a diffide e sanzioni comminate nel 2022 e nel 2023 dalle ATS nell'ambito dell'attività di vigilanza e dei controlli di appropriatezza sulle UdO sociosanitarie.

Gli obiettivi dell'analisi sono stati:

- descrivere i volumi dei provvedimenti
- identificare le aree di criticità
- identificare eventuali disomogeneità tra le ATS.

GESTIONE DEI DATI E ANALISI

Nel corso della vigilanza e dei controlli di appropriatezza, secondo quanto previsto dalla normativa, le ATS possono emettere provvedimenti di diffida e sanzionare le UdO.

Le ATS inviano:

- le singole comunicazioni relative ai provvedimenti comminati tramite PEC a ACSS e DG Welfare
- un flusso dati mensile di rendicontazione dei provvedimenti emessi nel mese precedente, con eventuali aggiornamenti su item già inviati nei periodi precedenti. Il flusso di rendicontazione di diffide e sanzioni arriva ad ACSS tramite PEC all'interno di un file Excel.

Si è provveduto all'accodamento dei file Excel inviati dalle ATS nel corso del 2022 e del 2023 in database che consentissero l'analisi di qualità dei dati, la pulizia e la successiva analisi descrittiva dei contenuti.

Le problematiche di qualità rilevate più frequentemente sono state: la mancanza della registrazione delle date (verbale, diffida o sanzione), la mancanza dell'informazione sulla chiusura dell'episodio e le righe ripetute (dovute però alla possibilità di inviare lo stesso record più volte in caso di aggiornamento dello stato del provvedimento).

A seguito della pulizia del dato sono state svolte analisi descrittive suddividendo l'attività di emissione dei provvedimenti tra vigilanza e controlli di appropriatezza.

Per ciascun ambito sono stati indagati i volumi dei provvedimenti emessi, la distribuzione per tipologia di UdO e le cause alla base dell'emissione dei provvedimenti.

Ai fini della rappresentazione e della lettura dei risultati, le UdO sono state raggruppate nei seguenti ambiti: anziani (RSA, CDI, ADI), disabilità (RDS, CSS, CDD), riabilitazione (INT-RIA), cure palliative (HOSPICE e CP-DOM), dipendenze (AMB, BI e COM), consultori (CF), altra tipologia UdO (sperimentazioni).

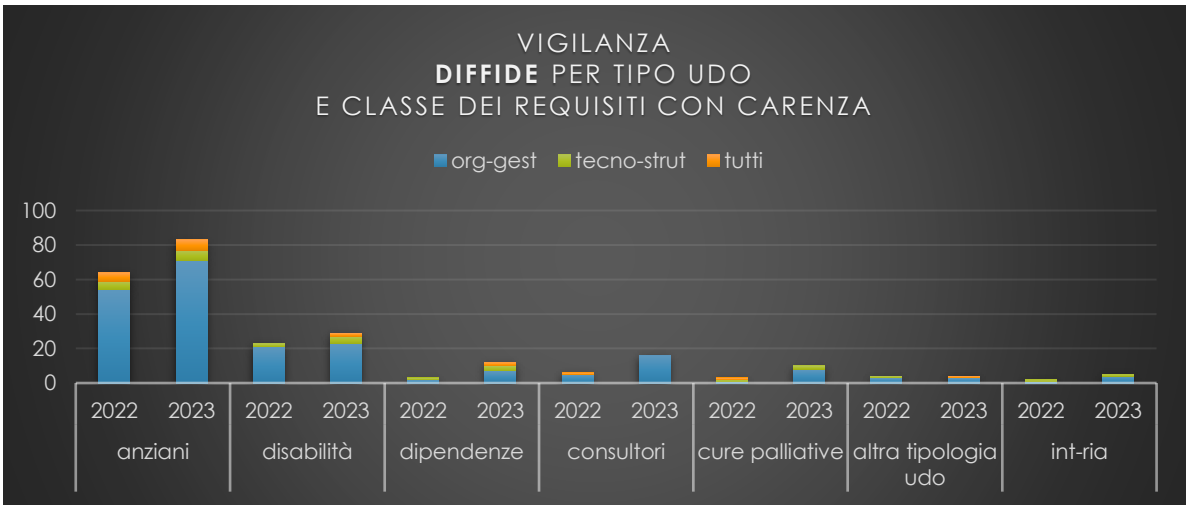
RISULTATI

Di seguito si riportano due grafici con i risultati del confronto 2022-2023 del numero di diffide e sanzioni complessivamente comminate dalle ATS nel corso dei sopralluoghi di vigilanza.

Il numero dei provvedimenti emessi cresce nel corso del 2023.

La maggior parte delle diffide e delle sanzioni viene comminata a UdO che erogano servizi per anziani (RSA, CDI, ADI) e per disabili (RSD, CDD, CSS.

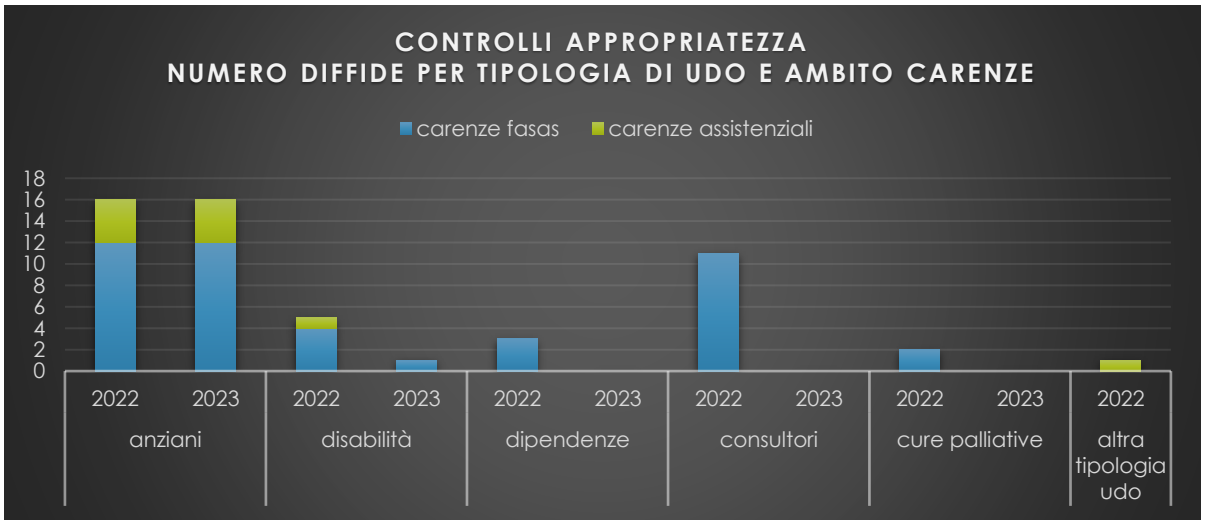
Le carenze per le quali vengono emanati i provvedimenti sono per la maggior parte di carattere organizzativo-gestionale.



Nell'ambito dell'attività dei controlli di appropriatezza il numero di diffide e sanzioni è più basso rispetto a quello riscontrato nella vigilanza.

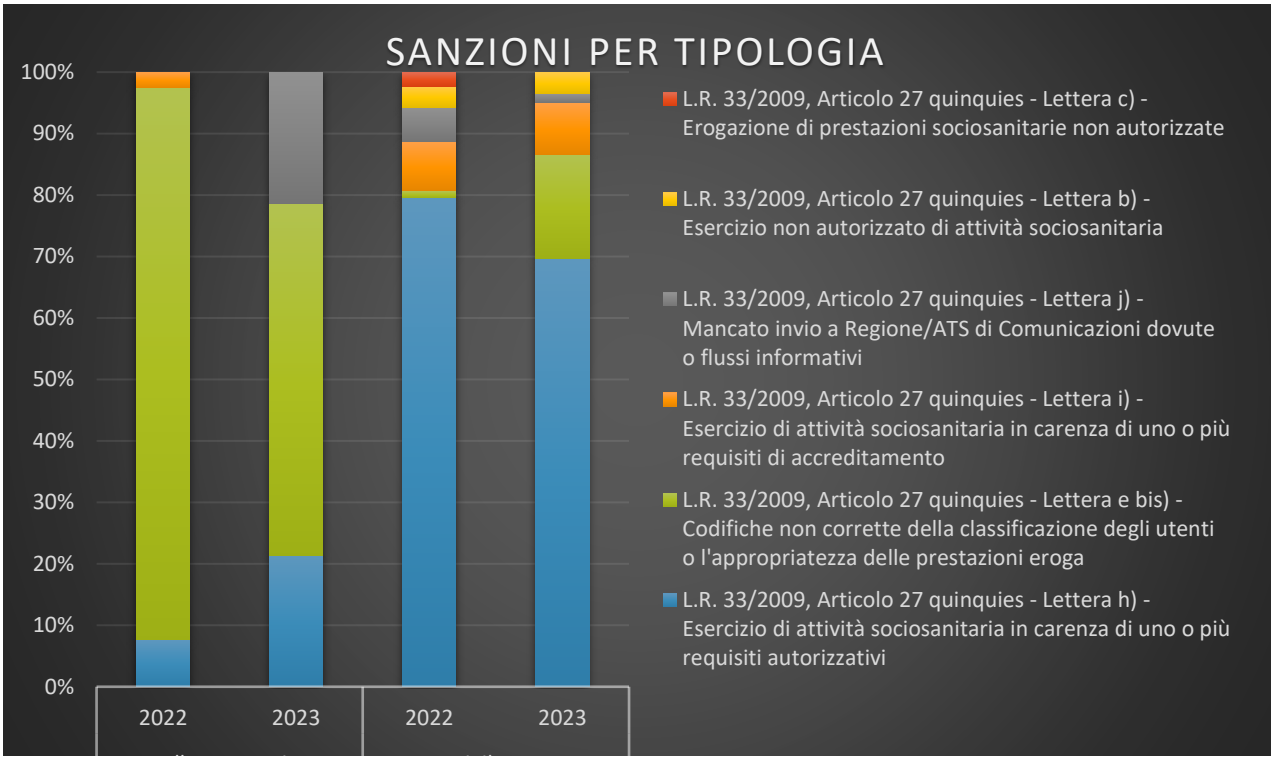
Le aree anziani e disabilità sono, anche nel caso dell'appropriatezza, quelle con la frequenza più elevata di provvedimenti.

La maggior parte delle ATS commina provvedimenti a seguito di riscontro di carenze nei FASAS.



Infine, si riporta nel grafico sottostante la distribuzione percentuale delle sanzioni comminate per tipologia. Come ovvio, nel caso dei controlli di appropriatezza la motivazione più frequente alla sanzione è quella dovuta alle codifiche non corrette (LR

33/2009 art 27 quinquies lett. e bis), mentre per l'area vigilanza la causa più frequente è quella dell'esercizio in carenza di uno o più requisiti autorizzativi.



SINTESI

L'analisi del flusso di diffide e sanzioni relative ai controlli di vigilanza e appropriatezza sulle UdO sociosanitarie ha mostrato come le ATS emettano un numero di sanzioni maggiore nel corso dei sopralluoghi di vigilanza. I provvedimenti vengono emessi soprattutto per il riscontro di carenze nei requisiti organizzativi e gestionali nel caso della vigilanza e per carenze nella composizione dei FaSAS nel corso dei controlli di appropriatezza.

Le problematiche emerse nel corso dell'analisi di qualità e di gestione dei dati e la variabilità nei risultati del confronto tra i territori hanno evidenziato la necessità di ricostituire **tavoli di confronto periodici con le ATS**, interrotti negli anni della pandemia, in cui lavorare sulla omogeneizzazione delle pratiche operative di controllo e di emissione dei provvedimenti, nonché sulle modalità di rendicontazione.

AREA FARMACEUTICA

Per l'Area Farmaceutica sono stati identificati tre **ambiti di controllo,** e nello specifico:

- Vigilanza;
- Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio della spesa farmaceutica;
- Controlli File F.

L'ambito è stato individuato quale macroarea di riferimento per **attività** omogenee cui corrispondono specifiche **azioni di controllo** (Tabella 1).

Tabella 1.

AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ DI CONTROLLO	AZIONE DI CONTROLLO
VIGILANZA	Affido sostanze stupefacenti/ psicotrope	Constatazione quali-quantitativa delle sostanze stupefacenti/psicotrope scadute / non utilizzabili
	Altro (Formazione)	Formazione su Raccomandazioni ministeriali per conservazione e stoccaggio farmaci/sostanze stupefacenti/psicotrope
	Vigilanza su farmacie, grossisti, depositi, strutture sociosanitarie, esercizi commerciali, siti di vendita online	Attività ispettiva straordinaria Attività ispettiva preventiva Attività ispettiva ordinaria
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E MONITORAGGIO SPESA FARMACEUTICA	Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio Piani Terapeutici	Supporto tecnico PT online Monitoraggio schede ADR Monitoraggio redazione PT online Monitoraggio prescrizioni e/o relativa spesa/consumo Formazione Abbinamento PT - ricetta
	Controlli tecnico-contabili	Verifica prescrizioni
	Monitoraggio della spesa farmaceutica	Monitoraggio della spesa farmaceutica
CONTROLLI FILE F	Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio Piani Terapeutici / Schede AIFA	Verifiche Piani Terapeutici / Registri di Monitoraggio (Schede AIFA)
	Controllo corretta rendicontazione	Verifiche tecnico-contabili
		Verifica prezzi esposti

È d'obbligo evidenziare che **ad ogni azione possono corrispondere una o più tipologie di verifiche**, in virtù della variabilità assunta o assumibile dagli elementi chiave precedentemente elencati.

Si precisa che le analisi sono state condotte considerando i dati delle sette ATS che hanno provveduto ad allegare i format Excel di rendicontazione alla "Relazione annuale 2022".
Si precisa altresì che la trasposizione di quanto contenuto nei Piani all'interno dei format Excel e/o la classificazione in attività e azioni di controllo ha comportato, in taluni casi, un'**interpretazione** da parte di ACSS dei contenuti riportati all'interno del materiale trasmesso, non sempre univocamente interpretabili.

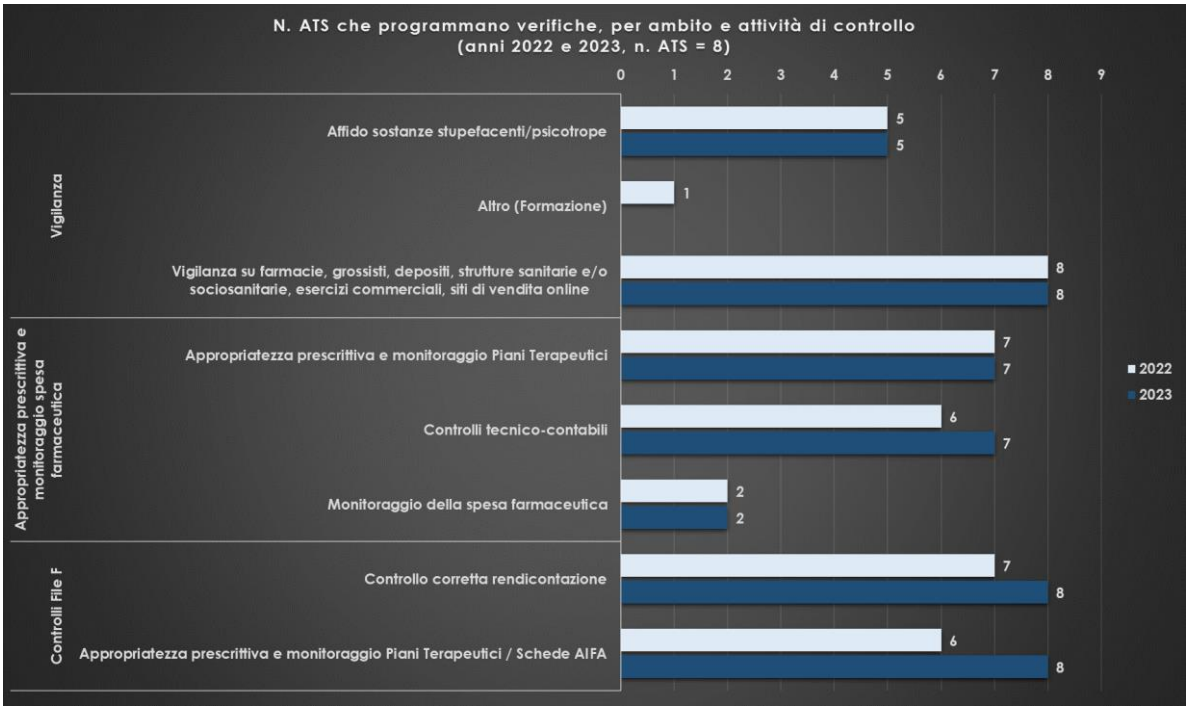
Preme infine specificare che la mancata programmazione di taluni controlli da parte di qualche ATS può essere imputabile a diversi fattori:

- controlli non mandatori e/o
- mancato inserimento, sia nei format Excel che nel documento "Piano di Controllo" di ATS, di controlli che tuttavia vengono effettivamente programmati e svolti e/o
- mancato inserimento all'interno della programmazione e del monitoraggio di alcune attività che, seppur obbligatorie, non risultano programmabili, in quanto da effettuare su richiesta o segnalazione (per es.: attività ispettive preventive e straordinarie).

***

Per entrambi gli anni considerati ciascun ambito risulta presidiato da **tutte le ATS** con **almeno un'azione di controllo, con la sola eccezione di una ATS**, che nel 2022 non ha dichiarato programmazione né in ambito di Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa, né in ambito di Controlli File F (Grafico 1).

Grafico 1.



Nella tabella seguente vengono esplicitati i **destinatari dei controlli**, per ambito e/o azione specifica; si precisa che, nel caso della Vigilanza:

- tutti i destinatari elencati sono oggetto di attività ispettiva;
- presso tutti i destinatari elencati vengono svolte le operazioni di constatazione e affido di sostanze stupefacenti/psicotrope.

Tabella 2.

AMBITO/AZIONE DI CONTROLLO		DESTINATARI DEL CONTROLLO
Vigilanza	*Attività ispettiva*	Altri soggetti Depositi Farmacie/Dispensari Grossisti Parafarmacie Siti di vendita online
	Constatazione quali-quantitativa delle sostanze stupefacenti/psicotrope scadute/non utilizzabili	Farmacie/Dispensari Strutture sanitarie e sociosanitarie
Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa farmaceutica		MMG/PLS e prescrittori operanti presso strutture sanitarie e sociosanitarie
Controlli File F		Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate che erogano in File F

Per quanto concerne l'attività di vigilanza, non tutti i destinatari sono ugualmente rappresentati nei Piani/format delle ATS: in particolare, l'attività ispettiva si focalizza sui soggetti per i quali vi è l'obbligo di vigilanza e sui siti di vendita online; la categoria "Altri soggetti", invece, in cui rientrano anche le strutture sociosanitarie, è quella verso cui viene indirizzato il minor numero di verifiche.

VIGILANZA

Affido di sostanze stupefacenti/psicotrope

Tale attività consiste nella constatazione quali/quantitativa delle sostanze stupefacenti/psicotrope scadute e nella stesura di un **verbale di affido**, presupposto all'avvio del processo di smaltimento delle stesse a seguito della richiesta di affido da parte del soggetto interessato.

Tre ATS non programmano né rendicontano tale attività a fine anno. Stante che tale attività è generata da fattori esogeni rispetto all'organizzazione di ATS (esplicita richiesta o segnalazione), sarebbe atteso che la programmazione si esplichi nell'impegno ad eseguire entro le tempistiche previste dalla normativa gli affidi richiesti e che la quantificazione effettiva sia effettuata solo a consuntivo.

Vigilanza su farmacie, grossisti, depositi, strutture sociosanitarie, esercizi commerciali, siti di vendita online

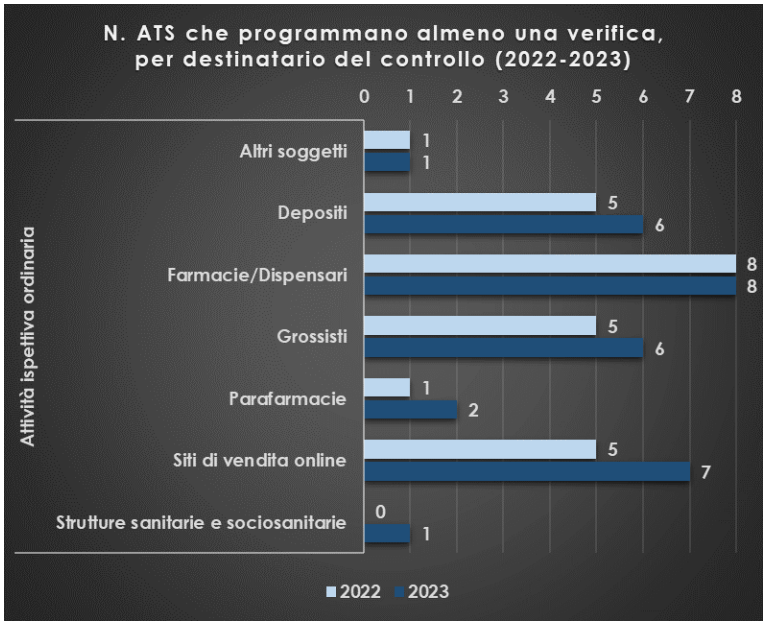
Anche grazie all'attività svolta dal Tavolo di Lavoro sulla Vigilanza sulle Farmacie di ACSS, si evidenzia che l'attività di vigilanza (ordinaria, preventiva, straordinaria) rappresenta **uno degli ambiti meglio dettagliati** all'interno dei PCP delle ATS e dei format Excel.

ATTIVITÀ ISPETTIVA ORDINARIA

L'attività ispettiva ordinaria è una delle attività più codificate a livello normativo[3].
Le ispezioni ordinarie risultano essere l'**unica azione di controllo per cui tutte le 8 ATS programmano almeno una tipologia di verifica in entrambi gli anni considerati**, generalmente con destinatario una farmacia o dispensario.

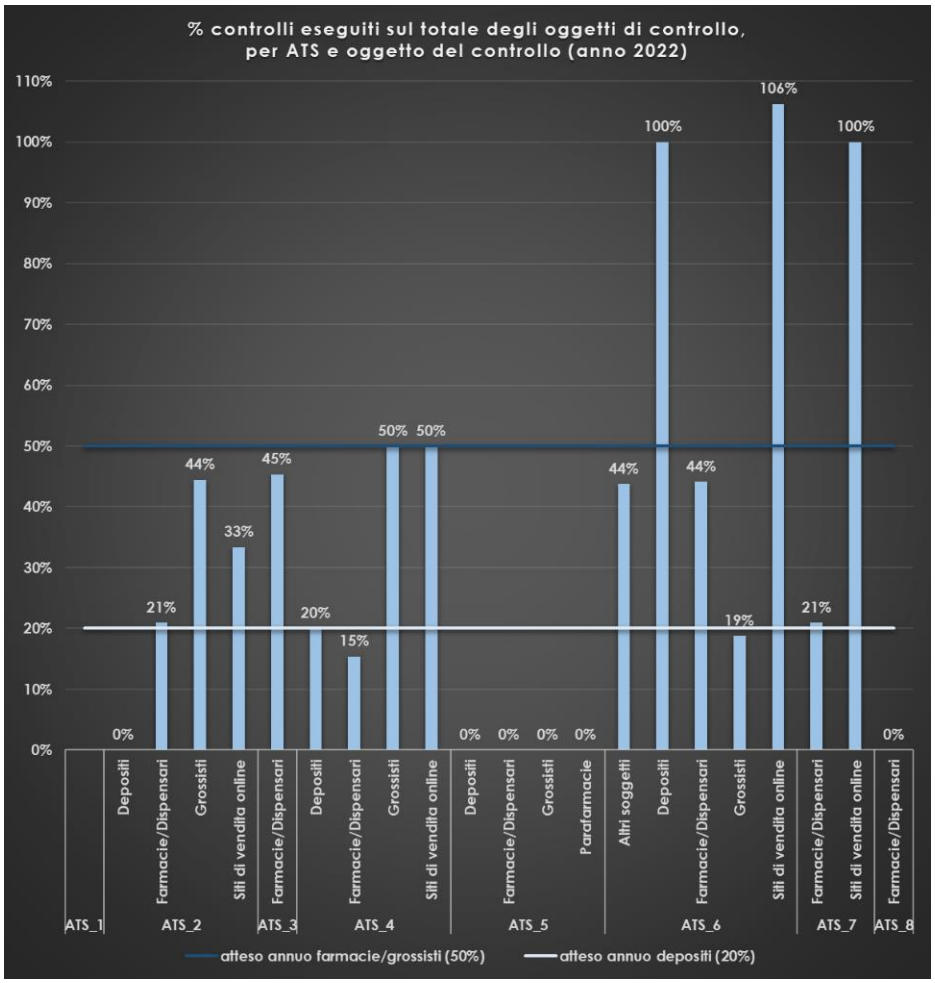
[3] Art. 127 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie (T.U.L.S.): le farmacie devono essere ispezionate almeno una volta ogni 2 anni; DGR 1046/2019 (Regole 2019): i depositi devono essere ispezionati almeno una volta ogni 5 anni.

Grafico 2.



Andando a confrontare il numero dei destinatari con il **numero dei controlli eseguiti** (anno 2022) si ottiene il quadro riportato nel seguente Grafico 3 (valori in percentuale):

Grafico 3.



Considerando quanto rendicontato a seguito del monitoraggio annuale e confrontandolo con quanto programmato (anno 2022), laddove riportati, nella maggior parte dei casi il numero di controlli eseguiti è pari o maggiore al numero di controlli programmati.

Da quanto dedotto dalle schede, quattro ATS esplicitano che per il 2023 è prevista la verifica del **50% dei siti ispezionabili all'anno**.

Tra gli strumenti operativi adottati e/o nella descrizione sintetica della modalità operativa impiegata per lo svolgimento dell'attività, tre ATS esplicitano l'**utilizzo del verbale redatto in collaborazione con ACSS**.

ATTIVITÀ ISPETTIVA PREVENTIVA E STRAORDINARIA

Le ispezioni preventive e quelle straordinarie, ipotizzabili per tutte le tipologie di destinatari elencati in Tabella 2, vengono effettuate rispettivamente su richiesta o segnalazione, e come tali non sono attività programmabili.

Nell'ambito dell'attività ispettiva preventiva per l'autorizzazione all'esercizio farmaceutico, l'ATS è chiamata a effettuare sopralluoghi in occasione di nuove aperture, trasferimento locali, etc.; è pertanto atteso che tutte le ATS preventivino lo svolgimento di tale attività e ne effettuino, laddove espletata, una **rendicontazione degli esiti**. Discorso analogo vale anche per l'attività ispettiva straordinaria.

Sette ATS dichiarano la conduzione di ispezioni preventive per il biennio 2022-2023; le ispezioni straordinarie sono invece esplicitate da quattro ATS.

Per il 2022, il **numero di controlli eseguiti** è riportato ed è maggiore di 0 solo in 7 casi su 21 (6 attività ispettive preventive e 1 attività ispettiva straordinaria).

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA

Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio Piani Terapeutici

All'interno di tale attività rientrano quattro diverse azioni:

- Monitoraggio prescrizioni e/o relativa spesa/consumo: nel biennio 2022-2023, sei ATS risultano essere coinvolte a vario titolo in questo monitoraggio;
- Abbinamento Piani Terapeutici - ricetta/e: esplicitato da tre ATS nel 2022, solo da una nel 2023;
- Monitoraggio redazione PT online e/o nel Supporto tecnico PT online: vede coinvolte cinque ATS;
- Monitoraggio schede ADR, relativamente alla Farmacovigilanza: indicato da tre ATS.

Monitoraggio della spesa farmaceutica

Il **Monitoraggio della spesa farmaceutica, finalizzato al presidio del** rispetto del tetto % dell'FSN previsto a livello nazionale, è esplicitato da due sole ATS, che dichiarano una attività di **analisi della spesa farmaceutica convenzionata** svolta in modalità "da remoto" su **MMG o** su **farmacie/dispensari**.

Controlli tecnico-contabili

L'attività risulta ben presidiata; 6 ATS nel 2022 e da 7 ATS nel 2023 programmano almeno un controllo nell'ambito di quest'attività.

Laddove compilata, l'indicazione sui criteri di campionamento riporta, nella maggior parte dei casi, che le verifiche vengono effettuate sull'**intera casistica** delineata per la specifica attività di controllo (no campionamento).

CONTROLLI FILE F

Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio Piani Terapeutici / Schede AIFA

Le verifiche previste per questa attività di controllo riguardano i Piani Terapeutici / Registri di Monitoraggio (Schede AIFA), con particolare riferimento ai farmaci innovativi su fondi oncologici e non oncologici (tip. 30 e 40)[4].

Per quanto concerne i **criteri di campionamento**, che si evincono dal campo omonimo o da altri campi[5] per quasi tutti i controlli, si fa presente che in taluni casi le indicazioni riportate risultano imprecise.

Controlli corretta rendicontazione

Tale attività consiste in:

- verifica dei prezzi esposti per quanto concerne specifici farmaci, anche in relazione ai prezzi massimi previsti da AIFA o ad altri benchmark;
- verifiche tecnico-contabili, tra cui in particolare la verifica delle note di credito dei farmaci sottoposti a Managed Entry Agreements (MEAs) (tipologie 15, 31, 41).

Nella maggior parte dei casi viene dichiarato che le **verifiche sono eseguite su tutti i record individuati come oggetto dell'attività di controllo**. Questa informazione è stata ottenuta attraverso una lettura integrata dei contenuti di più campi (Criteri di campionamento, N. totale, N. campione, Informazioni aggiuntive e/o N. controlli eseguiti).

SINTESI

Si è proceduto con l'analisi dei dati relativi alla programmazione dell'Area farmaceutica negli anni 2022-2023 e alla rendicontazione di tale area per l'ambito della Vigilanza nell'anno 2022.

Nel biennio considerato, ciascun ambito indicato da ACSS (**Vigilanza**, **Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa**, **Controlli File F**) è stato presidiato da **tutte le ATS con almeno un'azione di controllo**, con la sola eccezione di una ATS, che nel 2022 non ha dichiarato programmazione né in ambito di Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa, né in ambito di Controlli File F.

A fini informativi, nonché di trasparenza, risulta tuttavia **ulteriormente migliorabile la descrizione dei controlli**, per cui le ATS sono invitate a far riferimento a tutti gli elementi essenziali di programmazione richiesti e a compilare con ancora maggior precisione i format predisposti da ACSS.

[4] DGR 6387/2022 - Regole di Sistema 2022.
[5] N. totale, N. campione, N. controlli eseguiti e/o Informazioni aggiuntive.

L'analisi di cui si è dato conto risente infatti dell'**eterogeneità nella compilazione dei format** utilizzati da parte delle ATS.
ACSS ha pertanto provveduto a una **revisione dei format Excel** che verranno resi disponibili alle ATS per la programmazione e il monitoraggio/rendicontazione dell'attività di controllo; i format saranno altresì corredati da **documenti contenenti indicazioni utili a una corretta compilazione** degli stessi.

AREA ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA

Per l'assistenza protesica ed integrativa sono stati individuati tre **ambiti verso cui indirizzare i controlli, di diretta derivazione dalla DGR 6917/2017**:

- **Appropriatezza prescrittiva** (in capo ad **ATS**);
- **Appropriatezza erogativa** (in capo ad **ATS**);
- **Controlli programmati dalle ASST**, per i quali ATS svolge il ruolo di Coordinamento/**EXTERNAL AUDITOR**.

La succitata DGR elenca 61 attività di verifica, in capo ad ATS o in capo ad ASST, che riguardano le diverse fasi del processo di erogazione del dispositivo protesico.

Ferma restando la perentorietà dei controlli ivi indicati, per il biennio 2022-2023 ACSS ha ristretto la richiesta di programmazione e rendicontazione dettagliata a un **numero limitato di controlli fra quelli in capo ad ATS**.
Per i controlli in capo alle ASST, ACSS ha invece richiesto ad ATS di relazionare in merito ad alcune delle attività di monitoraggio e **coordinamento** svolte in collaborazione con le ASST stesse, esplicitando altresì nella propria programmazione la declinazione del ruolo di **external auditor** assunto dalle stesse, con focus sull'appropriatezza dei processi in capo alle ASST.

Nella seguente Tabella 1 vengono presentate le attività specifiche di controllo riprese da ACSS all'interno del Piano dei Controlli e Protocolli, con l'indicazione del relativo ambito di appartenenza; alcune di queste attività sono di diretta derivazione dalla **succitata DGR**, altre sono frutto di approfondimenti e interessi specifici, comunque riconducibili ai contenuti espressi nella Delibera citata:

Tabella 1.

AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO
Appropriatezza prescrittiva	Monitoraggio prescrizioni online vs cartacee
	Requisiti centri di prescrizione
	Requisiti prescrittori e gestione elenchi
Appropriatezza erogativa	Accreditamento nuovi fornitori
	Coerenza forniture rispetto a requisiti di accreditamento
	Gestione elenchi (aggiornamento/cancellazione)
	Mantenimento requisiti di accreditamento fornitori già registrati
Rendicontazione controlli ASST	Appropriatezza prescrittiva dispositivo, PRI e diagnosi di invalidità
	Prestazioni V.M.D.
	Utilizzo delle CPAP
	Visite specialistiche ambulatoriali per prescrizioni di protesi acustiche
	Anomalie collaudo
	Recupero dispositivo e ricondizionamento

Si fa presente che, nonostante espressamente richiesto da ACSS all'interno del PCP 2022-2023[6], le ATS programmano e rendicontano perlopiù le sole attività di controllo esplicitate all'interno del PCP 2022-2023 redatto da ACSS. Solo una ATS (ATS_5) inserisce nella propria programmazione e rendicontazione un'attività ulteriore prevista dalla DGR 6917/2017: la verifica della *corretta imputazione dei costi nei conti economici e modalità di analisi del dato con confronto dei dati di bilancio e flusso DIT*.

[6] "*Si richiede di rendicontare, se non esplicitati, anche eventuali ulteriori ambiti e attività di controllo derivanti dalla normativa nazionale e regionale in materia.*" (p. 25).

Si precisa che l'analisi qui riportata risente della **eterogeneità** registrata nella compilazione dei format Excel predisposti da ACSS. Per esempio, alcune azioni specifiche di controllo delineate in Tabella 1 sono state declinate da alcune ATS in più tipologie di controllo; in tali casi, ACSS ha **ricondotto tali tipologie di controllo multiple a un'unica azione di controllo** indicata in Tabella[7].

Dall'analisi emerge che, perlopiù, **la maggior parte delle attività specifiche di controllo indicate in Tabella 1 viene presidiata dalla maggior parte delle ATS** (cfr. Grafico 1); in particolare, gli ambiti direttamente in capo alle ATS, ossia quelli relativi all'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, risultano maggiormente presidiati.

Le tre attività che vengono programmate da **tutte le ATS** nel 2022 sono infatti:

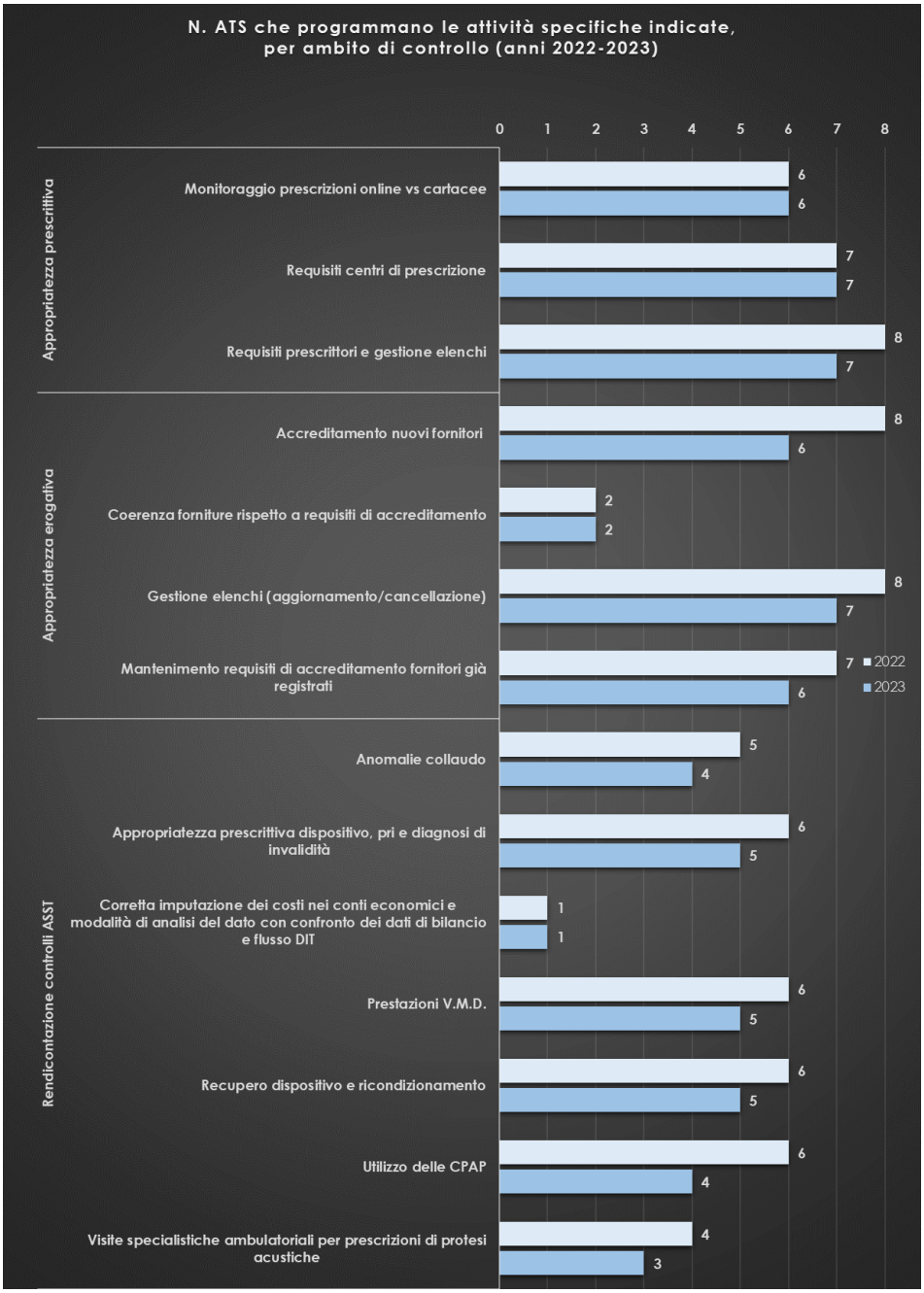
- requisiti prescrittori e gestione elenchi[8];
- accreditamento nuovi fornitori;
- gestione elenchi (aggiornamento/ cancellazione) dei fornitori.

La prima attività appartiene all'ambito dell'appropriatezza prescrittiva, le cui attività di controllo risultano generalmente programmate; le altre due attività appartengono invece all'ambito dell'appropriatezza erogativa, nel quale l'attività di verifica della *Coerenza forniture rispetto a requisiti di accreditamento* risulta tuttavia programmata da due sole ATS.

I controlli che richiedono una **collaborazione e** un **coordinamento con le ASST**, invece, in entrambi gli anni considerati vedono un **minor coinvolgimento** delle ATS. In particolare, due ATS nel 2022 (tre nel 2023) non programmano alcuna attività afferente all'ambito della Rendicontazione dei controlli dell'ASST.

[7] Andando ad analizzare i contenuti dei controlli nei format Excel, ACSS ha ritenuto che il passaggio a un'unica azione di controllo fosse possibile per ciascun caso identificato.
[8] Le Regole di Sistema 2023 (DGR 7758/2022) contenevano un esplicito riferimento all'aggiornamento dell'elenco dei medici prescrittori.

Grafico 1.


N. ATS che programmano le attività specifiche indicate, per ambito di controllo (anni 2022-2023)
0 1 2 3 4 5 6 7 8
Appropriatezza prescrittiva
Monitoraggio prescrizioni online vs cartacee 6 6
Requisiti centri di prescrizione 7 7
Requisiti prescrittori e gestione elenchi 8 7
Appropriatezza erogativa
Accreditamento nuovi fornitori 8 6
Coerenza forniture rispetto a requisiti di accreditamento 2 2
Gestione elenchi (aggiornamento/cancellazione) 8 7
Mantenimento requisiti di accreditamento fornitori già registrati 7 6
2022
2023
Rendicontazione controlli ASST
Anomalie collaudo 5 4
Appropriatezza prescrittiva dispositivo, pri e diagnosi di invalidità 6 5
Corretta imputazione dei costi nei conti economici e modalità di analisi del dato con confronto dei dati di bilancio e flusso DIT 1 1
Prestazioni V.M.D. 6 5
Recupero dispositivo e ricondizionamento 6 5
Utilizzo delle CPAP 6 4
Visite specialistiche ambulatoriali per prescrizioni di protesi acustiche 4 3

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Nella tabella seguente si riporta il dettaglio del coinvolgimento delle ATS in ciascuna delle attività specifiche di controllo in questo ambito.

Tabella 2.

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	ANNO	ATS_1	ATS_2	ATS_3	ATS_4	ATS_5	ATS_6	ATS_7	ATS_8
Monitoraggio prescrizioni online vs cartacee	2022	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Requisiti centri di prescrizione		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Requisiti prescrittori e gestione elenchi		✓	✓	✓*	✓	✓	✓	✓	✓

* dato non presente per il 2023.

I destinatari individuati dalle ATS sono coerenti con l'attività specifica di controllo programmata:

Tabella 3.

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO
Monitoraggio prescrizioni online vs cartacee	PRESCRITTORI
Requisiti centri di prescrizione	CENTRI DI PRESCRIZIONE
Requisiti prescrittori e gestione elenchi	PRESCRITTORI

Laddove chiaramente riportata, l'indicazione relativa al campione risulta perlopiù riguardare il **100% delle prescrizioni o delle istanze ricevute**, secondo la Tabella seguente:

Tabella 4.

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	COD ATS	DIMENSIONE CAMPIONE (%)
Monitoraggio prescrizioni online vs cartacee	ATS_2	100% prescrizioni
	ATS_6	
	ATS_1	
	ATS_4	
	ATS_5	5% prescrizioni
	ATS_7	non chiaro
Requisiti centri di prescrizione	ATS_2	100% richieste pervenute
	ATS_6	non chiaro
	ATS_1	100% richieste pervenute
	ATS_4	100% Centri di Prescrizione
	ATS_5	9.5% Centri di Prescrizione
	ATS_7	100% richieste pervenute
Requisiti prescrittori e gestione elenchi	ATS_2	100% richieste pervenute
	ATS_6	
	ATS_3	
	ATS_1	
	ATS_4	
	ATS_8	
	ATS_5	
	ATS_7	

APPROPRIATEZZA EROGATIVA

Nella tabella seguente si riporta il dettaglio del coinvolgimento delle ATS in ciascuna delle attività specifiche di controllo in questo ambito.

Tabella 5.

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	ANNO	ATS_1	ATS_2	ATS_3	ATS_4	ATS_5	ATS_6	ATS_7	ATS_8
Accreditamento nuovi fornitori	2022	✓*	✓	✓*	✓	✓	✓	✓	✓
Coerenza forniture rispetto a requisiti di accreditamento			✓		✓				
Gestione elenchi (aggiornamento/cancellazione)		✓	✓	✓*	✓	✓	✓	✓	✓
Mantenimento requisiti di accreditamento fornitori già registrati		✓	✓	✓*	✓	✓	✓	✓	

* dato non presente per il 2023 o attività di controllo non programmata nel 2023.

Laddove esplicitati, i destinatari sono unicamente le **aziende fornitrici**.

Laddove chiaramente riportata, l'indicazione relativa al campione risulta perlopiù riguardare il **100% delle istanze ricevute** per l'*Accreditamento dei nuovi fornitori* e la *Gestione degli elenchi (aggiornamento/cancellazione)*, mentre risulta più variegata in particolare per il controllo relativo al *Mantenimento dei requisiti di accreditamento di fornitori già registrati* (cfr. Tabella seguente).

Tabella 6.

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	COD ATS	DIMENSIONE CAMPIONE (%)
Accreditamento nuovi fornitori	ATS_1	100% richieste pervenute
	ATS_2	
	ATS_3	
	ATS_4	
	ATS_5	
	ATS_6	
	ATS_7	
	ATS_8	
Coerenza forniture rispetto a requisiti di accreditamento	ATS_2	2% fornitori
	ATS_4	100% prescrizioni
Gestione elenchi (aggiornamento/cancellazione)	ATS_1	100% richieste pervenute
	ATS_4	
	ATS_5	
	ATS_7	
	ATS_8	
	ATS_2	100% richieste pervenute
	ATS_6	
	ATS_3	100% fornitori
Mantenimento requisiti di accreditamento fornitori già registrati	ATS_1	100% richieste pervenute*
	ATS_2	Almeno 2% fornitori
	ATS_3	Almeno 20% fornitori
	ATS_4	57% fornitori°
	ATS_5	4.5% fornitori
	ATS_6	8.7% fornitori
	ATS_7	10.4% fornitori

* di modifica dell'istituto giuridico del fornitore.
° nell'arco del biennio.

RENDICONTAZIONE CONTROLLI ASST – COORDINAMENTO/EXTERNAL AUDITING

Nella tabella seguente si riporta nel dettaglio le ATS che hanno descritto attività specifiche di controllo in questo ambito; come già evidenziato in precedenza, due ATS non menzionano alcun controllo in quest'ambito nel 2022 (tre nel 2023).

Tabella 7.

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	ANNO	ATS_1	ATS_2	ATS_3	ATS_4	ATS_5	ATS_6	ATS_7	ATS_8
Anomalie collaudo	2022				✓	✓	✓	✓	✓*
Appropriatezza prescrittiva dispositivo, PRI e diagnosi di invalidità			✓		✓	✓	✓	✓	✓*
Corretta imputazione dei costi nei conti economici e modalità di analisi del dato con confronto dei dati di bilancio e flusso DIT						✓			
Prestazioni V.M.D.			✓		✓	✓	✓	✓	✓*
Recupero dispositivo e ricondizionamento			✓		✓	✓	✓	✓	✓*
Utilizzo delle CPAP			✓		✓	✓*	✓	✓	✓*
Visite specialistiche ambulatoriali per prescrizioni di protesi acustiche			✓				✓	✓	✓*

* attività di controllo non programmata nel 2023.

I destinatari di tale attività, laddove indicata, sono perlopiù **Prescrittori** e **Aziende fornitrici**.

Le **indicazioni sul campione** vengono riassunte nella tabella seguente suddivise per ATS, elencando le attività specifiche di controllo cui fanno riferimento ed eventuali dettagli laddove presenti, in merito ai criteri di campionamento:

Tabella 8.

ATS	INDICAZIONI RELATIVE AL CAMPIONE	ATTIVITÀ SPECIFICHE DI CONTROLLO	CRITERI DI CAMPIONAMENTO
ATS_2	100% prescrizioni	Recupero dispositivo e ricondizionamento	Controlli programmati dalle ASST, in base agli esiti degli anni precedenti (rischio alto)
ATS_4	100% prescrizioni	Anomalie collaudo	-
		Appropriatezza prescrittiva dispositivo, PRI e diagnosi di invalidità	-
		Prestazioni V.M.D.	Erogazioni relative agli ausili della VMD gestite tramite procedure pubbliche di acquisto
		Recupero dispositivo e ricondizionamento	-
	30% delle prescrizioni di CPAP	Utilizzo delle CPAP	-
ATS_5	100% prescrizioni 1/1-31/03 2022; successivamente solo prescrizioni con obbligatorietà collaudo secondo nota regionale	Anomalie collaudo	random
	>5% richieste pervenute	Appropriatezza prescrittiva dispositivo, PRI e diagnosi di invalidità	random
	100% aziende fornitrici	Prestazioni V.M.D.	-
	non chiaro	Recupero dispositivo e ricondizionamento	-
ATS_6	secondo procedura singola ASST[1]	Anomalie collaudo	-
		Appropriatezza prescrittiva dispositivo, PRI e diagnosi di invalidità	-
		Prestazioni V.M.D.	-
		Recupero dispositivo e ricondizionamento	-
		Utilizzo delle CPAP	-
		Visite specialistiche ambulatoriali per prescrizioni di protesi acustiche	-
ATS_8	non chiaro	Anomalie collaudo	Estrazione da Assistant-RL di pratiche con Collaudo Negativo
		Appropriatezza prescrittiva dispositivo, PRI e diagnosi di invalidità	-
		Prestazioni V.M.D.	-
		Recupero dispositivo e ricondizionamento	-
		Utilizzo delle CPAP	-
	100% prescrizioni cod. ISO 21.45	Visite specialistiche ambulatoriali per prescrizioni di protesi acustiche	-

SINTESI

Si è proceduto con l'analisi dei dati relativi alla programmazione dell'Assistenza protesica e integrativa negli anni 2022-2023 e alla rendicontazione di tale area per l'anno 2022.

Dall'analisi emerge che, nel biennio considerato, **tutte le ATS presidiano l'area**, la maggior parte programmando dieci o più tra le tredici attività specifiche di controllo indicate all'interno del PCP di ACSS, sebbene non sempre declinandole secondo gli elementi essenziali di programmazione proposti.
In particolare, si è avuto un riscontro positivo per l'ambito dell'**appropriatezza prescrittiva**: nel 2022, **tutte le ATS** esplicitano la programmazione relativa ai **requisiti dei medici prescrittori** e alla relativa **gestione degli elenchi**, attività che esitano ogni anno con la pubblicazione del relativo elenco sul sito dell'ATS.
Più eterogenea la risposta delle ATS per l'ambito dell'appropriatezza erogativa, dove tutte le ATS (anno 2022) esplicitano la programmazione della **gestione degli elenchi** dei fornitori e dell'**accreditamento di nuovi fornitori**, ma dove l'attività di verifica della coerenza delle forniture rispetto ai requisiti di accreditamento risulta presidiata da due sole ATS.
Dall'analisi dei Piani di Controllo delle ATS, le attività che risultano essere meno rappresentate sono quelle che prevedono per ATS un ruolo di Coordinamento / External auditing dell'attività di controllo condotta dalle ASST.

Stante che l'analisi di cui si è dato conto ha risentito altresì dell'**eterogeneità nella compilazione dei format** utilizzati da parte delle ATS, a valle di questo e del parallelo lavoro svolto dal Tavolo dei Controlli in Assistenza protesica e integrativa, e ai fini di un miglior presidio dell'area, i controlli proposti all'interno del Piano dei Controlli e Protocolli di ACSS sono stati oggetto di una **revisione contenutistica** e i relativi format Excel hanno subito **modifiche tecniche** per una maggiore fruibilità e comparabilità dei dati raccolti.

PIANO DEI CONTROLLI 2024-2026

Secondo l'iter di cui sopra, con la **deliberazione 9 del 20.12.2023,** il Comitato di Direzione di ACSS ha adottato la proposta avente ad oggetto: "Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro 2024-2026", demandando al Direttore dell'Agenzia gli adempimenti successivi, con particolare riguardo alla sua trasmissione alla Direzione Generale Welfare 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 22 dicembre 2023 con nota prot. acssl. 2023.0002411.
Il PCPQ 2024-2026 presenta degli elementi di novità rispetto ai precedenti, a partire dalla durata. Si è ritenuto infatti che la continuità della validità negli anni di alcune disposizioni nazionali e/o regionali in materia di vigilanza e controllo, unitamente alla necessità che la programmazione dell'attività di controllo svolta da ATS si svolga senza soluzione di continuità, ha portato a proporre che il PCPQ dovesse assumere la struttura di **documento triennale aggiornato annualmente**, per il recepimento delle integrazioni, cancellazioni e/o modifiche derivanti dall'evoluzione del contesto normativo od organizzativo regionale o ad esito degli approfondimenti e/o progetti sviluppati.
Stante i tempi tecnici dell'iter di approvazione e onde garantire la progettualità senza soluzione di continuità.
Con **DGR 1827/2024** delle Linee di Indirizzo del Sistema Sociosanitario per l'anno 2024 (Regole 2024), DG Welfare ha stabilito la scadenza dell'approvazione dei Piani di Controllo per le ATS lombarde al 28 febbraio 2024. Ciò ha comportato l'emissione di una nota da parte di ACSS alle ATS per specificare che, ai fini della redazione dei propri piani dei controlli, esse facessero riferimento alle scadenze e ai contenuti delle Regole 2024 e all'ultimo PCP efficace di ACSS, approvato con **DGR 7315/2022**.

SINTESI

La L.R. 33/2009 riconosce ad ACSS la funzione di coordinamento e monitoraggio delle attività di vigilanza e controllo svolta dalle ATS.
Il principale strumento attraverso cui ACSS espleta tale funzione è il Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro (PCPQ). L'analisi dei Piani delle ATS 2023 ha mostrato un miglioramento nella completezza e omogeneità dei contenuti descritti, soprattutto per gli ambiti di controllo più consolidati, grazie alle indicazioni contenute nel PCP 2022-2023 e all'adozione dei format standard proposti da ACSS.

Nel 2023 ACSS ha provveduto alla stesura del PCPQ 2024-2026 al fine di garantire:

- il proseguimento del processo di miglioramento del livello di completezza e omogeneità dei Piani dei Controlli delle ATS delle attività di controllo consolidate
- il rafforzamento degli strumenti di supporto alle attività di controllo

il coordinamento nell'espansione verso ambiti di controllo innovativi attraverso progettualità specifiche.

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO DEGLI INTERVENTI DELLE STRUTTURE DI CONTROLLO DELLE ATS

CONTROLLI FASE AUTORIZZATIVA IN AMBITO DI ASSISTENZA PROTESICA

Coerentemente con quanto previsto dall'art. 11, comma 4 della L.R. 33/2009 e ss.m.ii., che alla lett. c) afferma che l'Agenzia di controllo "*definisce gruppi di lavoro multidisciplinari, attingendo dalle strutture di cui alla lettera a)*[9]*, provenienti da più ATS, per l'effettuazione delle diverse tipologie di controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie;*", nel 2023 ACSS ha attivato il Tavolo **di Lavoro** dei **Controlli di Assistenza protesica e integrativa** (di seguito TdL), ai cui lavori hanno partecipato, oltre ai referenti per la protesica individuati dalle direzioni strategiche di ciascuna ATS, anche un referente della competente struttura della DG Welfare, i referenti di Aria S.p.A., nonché altri professionisti esperti nella materia.

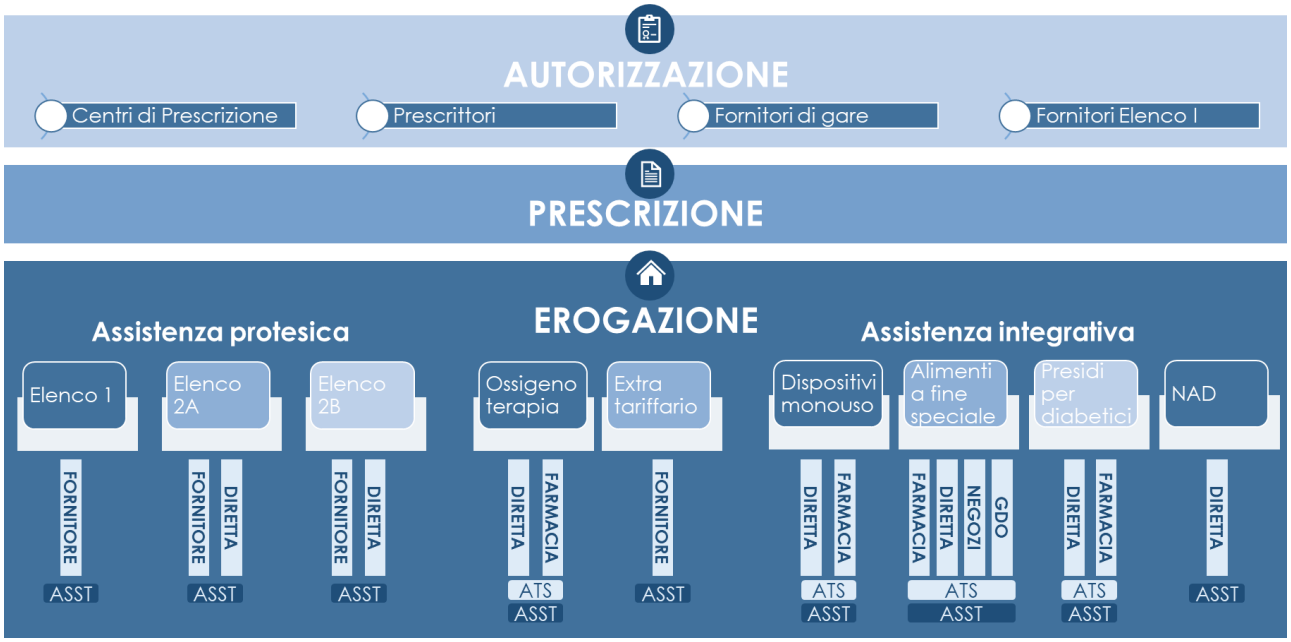
Nel corso degli incontri, tenutisi a partire dal mese di marzo, il TdL ha condiviso un percorso operativo per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- promozione di **protocolli comportamentali** omogenei e condivisi fra ATS;
- omogeneizzazione delle **modalità operative di esecuzione** dei controlli di competenza;
- orientamento della programmazione delle attività di controllo al superamento delle criticità individuate da specifici **strumenti di monitoraggio e controllo**;
- maggior efficacia delle attività di controllo dando la possibilità alle ATS di concentrarsi su peculiarità territoriali attraverso la costruzione di **modelli di campionamento**;
- esplicitazione e omogeneizzazione delle **modalità di interazione** tra ATS e ASST operative / contabili.

La disanima della normativa nazionale e regionale, e in particolare della **DGR 6917/2017**, ha permesso la formalizzazione di un **macro-processo** di erogazione dei dispositivi, ausili, presidi relativi all'assistenza protesica o integrativa, suddiviso in tre distinte fasi: **fase autorizzativa**, **fase prescrittiva**, **fase erogativa**; ciascuna fase è stata a sua volta identificata come processo, articolato in sotto-processi in cui sono coinvolti i diversi soggetti indicati in Figura 1:

[9] "[…] Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL […]".

Figura 1. Processi e sottoprocessi di erogazione dispositivi/presidi/ausili di assistenza protesica o integrativa.

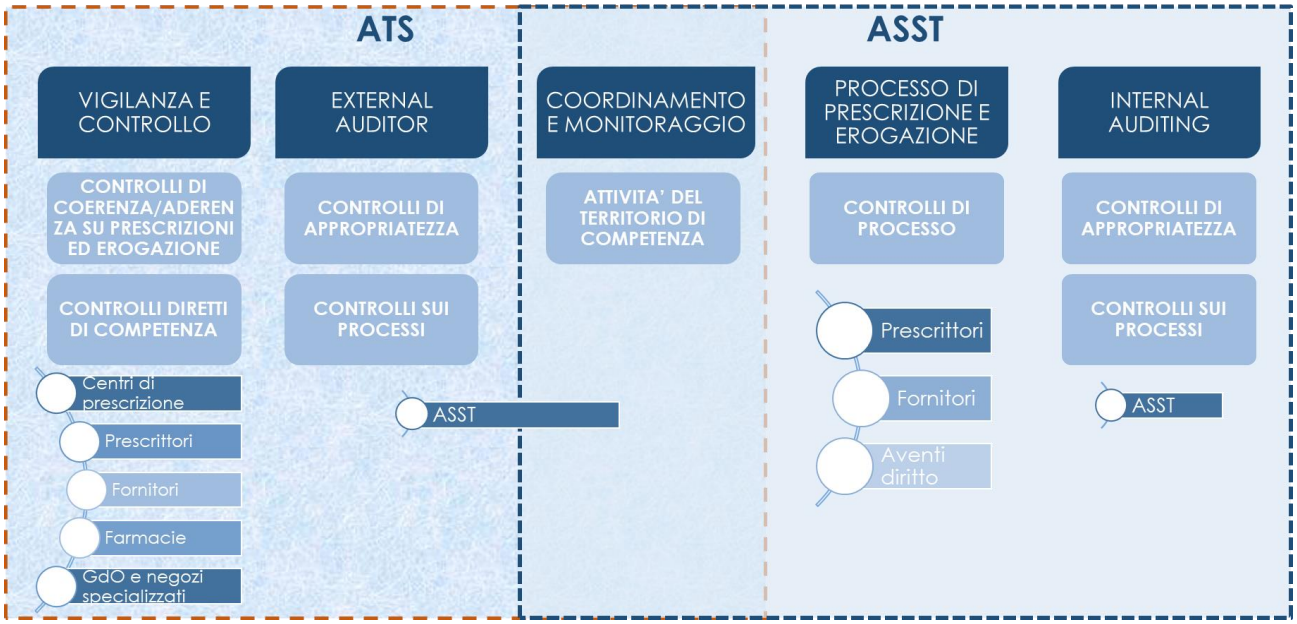


Per la definizione dell'attività di controllo che si innesta in tale macro-processo, ACSS ha condiviso con il TdL la seguente **metodologia**:

- identificazione di un elenco dei **processi/sottoprocessi** oggetto del controllo;
- identificazione di punti nodali di controllo (**attività**) per ciascun processo;
- identificazione di **ambiti e responsabilità del controllo** per ciascuna attività, individuando, laddove pertinenti:
    - **modalità operative condivise**;
    - **strumenti operativi**;
    - **modelli di campionamento**;
    - **strumenti di monitoraggio**.

Una prima schematizzazione degli **Ambiti di Responsabilità di ATS/ASST** è stata effettuata da ACSS e condivisa con il TdL sulla base della succitata DGR (in particolare dell'**Allegato A**), e ha previsto (Figura 2):

Figura 2. Ambiti di responsabilità ATS/ASST.



- il mantenimento in capo ad **ATS** delle attività di **Vigilanza e Controllo**, consistenti in Controlli di coerenza/aderenza su prescrizioni ed erogazione e in Altri controlli diretti di competenza, che coinvolgono come destinatari prescrittori, fornitori, farmacie, Centri di Prescrizione e GDO/negozi specializzati; ATS è altresì chiamata ad agire come **external auditor**, con focus sull'appropriatezza dei processi in capo alle ASST;
- il trasferimento in capo ad **ASST** delle attività di controllo sui **processi di prescrizione ed erogazione** riguardanti prescrittori, fornitori e aventi diritto; le ASST sono altresì chiamate ad agire come **internal auditor**, sia relativamente a controlli su processi che sull'appropriatezza.

L'attività di **coordinamento e monitoraggio**, che ha come destinatario del controllo l'ASST, risulta essere condivisa dai due soggetti deputati al controllo, con attività specifiche per territorio di competenza.

La **prima parte** dei lavori del Tavolo ha visto lo stesso impegnarsi su **attività di diretta competenza di ATS**.
Nello specifico, i lavori condotti dal Tavolo nel corso del 2023 si sono concentrati sulle **attività di controllo** relative alla **sussistenza dei requisiti** previsti dalle disposizioni nazionali e regionali per l'inserimento e la permanenza negli elenchi di **prescrittori** di protesica e per il riconoscimento delle strutture sanitarie quali **luoghi di prescrizione** di assistenza protesica ed integrativa.
Gli approfondimenti condotti hanno altresì consentito la formulazione di una proposta condivisa di **processo** sull'inserimento/aggiornamento nell'elenco dei medici prescrittori, caratterizzato da **azioni di controllo sia ex ante che ex post**, e di un gruppo di **indicatori** (sia di processo che di esito), prevalentemente orientati al **controllo ex-post**.
Propedeuticamente a tale attività di controllo, ACSS e il TdL si sono focalizzati sulla **profilazione dei medici prescrittori** (MMG/PLS, medici di RSA/RSD, medici specialisti, di Centro di Prescrizione o meno), al fine di individuare percorsi specifici per le attività di controllo inerenti alle diverse figure professionali coinvolte.

Di seguito, dopo aver delineato il quadro normativo che sottende l'attività ed aver brevemente descritto l'organizzazione dell'assistenza protesica ed integrativa in Regione Lombardia, si descrivono sinteticamente gli esiti dei lavori condotti nell'anno.

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Normativa nazionale

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce tra i LEA l'erogazione di dispositivi protesici e integrativi. Con il DM 332 del 27 agosto del 1999 la normativa nazionale ha stabilito le logiche di funzionamento che regolano l'erogazione dell'assistenza protesica, e con il DPCM del 29 novembre del 2001 è stata introdotta con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) l'assistenza integrativa.

Successivamente è intervenuto il **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017**, "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", che ha definito i nuovi LEA, sostituendo il DPCM del 2001 e il precedente DM 332/1999.
In particolare, all'**Allegato 5** è presente il nuovo Nomenclatore, che classifica i dispositivi protesici come segue:

- **elenco 1:** protesi e ortesi costruite o allestite **su misura** da un professionista abilitato; i dispositivi che fanno parte dell'elenco 1 sono remunerati a tariffa predefinita;
- **elenco 2A:** ausili tecnologici di fabbricazione continua o **di serie** che devono essere **applicati dal professionista sanitario abilitato**;
- **elenco 2B:** ausili tecnologici di fabbricazione continua o **di serie**, **pronti per l'uso**, che non richiedono l'applicazione da parte del professionista sanitario abilitato.

All'**Art. 18** del DPCM 12 gennaio 2017, comma 1 vengono elencati i possibili destinatari delle prestazioni di assistenza protesica, e nell'**Allegato 12** al DPCM vengono definite le **modalità di erogazione** dell'assistenza protesica e di individuazione degli erogatori.

Il **Decreto tariffe del 23 giugno 2023**, attuativo del DPCM, ha infine aggiornato le tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per l'assistenza protesica e definito le tariffe per le nuove prestazioni introdotte dal DPCM stesso.

Le prestazioni contenute nell'allegato 5 al Dpcm 12 gennaio 2017 potranno essere richieste a partire dal **1° aprile 2024**.

Normativa regionale

A partire dal 2008, con **DGR 8730/2008** la Giunta Regionale ha intrapreso il processo di adeguamento delle normative regionali a quelle nazionali che ha portato allo sviluppo della piattaforma **Assistant-RL**, un sistema concepito per favorire l'interazione tra le diverse parti coinvolte nel processo di prescrizione, verifica ed erogazione di assistenza protesica, che gestisce e coordina le informazioni in modo efficace e coordinato.

A seguito dell'entrata in vigore del DPCM 12 gennaio 2017 e a completamento dell'evoluzione delineata dalla LR 23/2015 e della DGR 5954/2016 (la quale ha previsto il

modello del Servizio Unificato Protesica e Integrativa – S.U.P.I.), con **DGR 6917/2017** la Giunta Regionale ha:

- **ridefinito l'assetto organizzativo regionale**, assegnando ai diversi attori del processo funzioni specifiche fra loro integrate; in particolare, ha posto in capo a:
  - ATS: la responsabilità del processo di autorizzazione alla prescrizione (prescrittori e centri di prescrizione) ed alla fornitura di protesi ed ortesi su misura (Allegato 1);
  - ASST contabili (SUPI – almeno una per ogni ATS): la gestione unica del budget territoriale, d'acquisito dei presidi e ausili e del magazzino del controllo e liquidazione delle fatture relative alle forniture erogate ai cittadini;
  - ASST operative: la gestione dei percorsi di assistenza;

nonché:

- **delineato un sistema dei controlli** fondato su due distinte prospettive, una in capo alle **ASST**, basata su tecniche di **internal auditing**, orientata all'**autocontrollo della qualità del servizio** fornito all'utente, e l'altra in capo a **ATS** che, oltre alla tradizionale **attività di vigilanza e controllo**, è stata chiamata ad agire come **external auditor** con focus sull'appropriatezza dei processi in capo alle ASST (capitolo 6).

Con **DGR 1878/2024**, infine, è stato approvato il nuovo **nomenclatore tariffario regionale** dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

***

Nel seguito si delineerà nel dettaglio l'attività di controllo relativa alla **verifica dei requisiti di medici prescrittori e luoghi di prescrizione**, previa **identificazione dei diversi profili di medico prescrittore**. La tipologia di medico prescrittore, infatti, può determinare diversi processi ideali di attribuzione delle credenziali di protesica e di iscrizione nell'elenco dei medici prescrittori, e pertanto anche attività di verifica ex-ante/ex-post specifiche.

PROFILAZIONE DEI PRESCRITTORI

Da normativa nazionale e regionale sono identificabili **quattro tipologie di prescrittori** per l'assistenza protesica e integrativa, che nella seguente Tabella 1 vengono suddivisi in prescrittori di **assistenza primaria** e prescrittori di **assistenza specialistica**, secondo la definizione di cui alla DGR 8730/2008:

Tabella 1.

TIPO DI ASSISTENZA	TIPOLOGIE MEDICI PRESCRITTORI	RIFERIMENTI NORMATIVI
ASSISTENZA PRIMARIA: "Prestazioni protesiche per condizioni patologiche la cui gestione è interamente in capo al MMG/PLS" (**DGR 8730/2008**) (es. diabete non complicato, incontinenza successiva ad una valutazione specialistica)	• Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici prescrittori di Ambulatori Medici Temporanei (MAMT) • Medici di RSA/RSD	• **DM 332/99 correlato con DM 321/2001** Art. 4 – Modalità di erogazione 2. La prescrizione dei dispositivi protesici è redatta da un **medico specialista del SSN, dipendente o convenzionato**, competente per tipologia di menomazione o disabilità […] 3. La prescrizione costituisce parte integrante di un programma di prevenzione, cura e riabilitazione delle lesioni o loro esiti che, singolarmente, per concorso o coesistenza, determinano la menomazione o disabilità. • **D.P.C.M. 12 gennaio 2017** Art. 1 – Procedura di erogazione 2. Il piano riabilitativo assistenziale individuale è formulato dal medico specialista **in collaborazione con l'equipe multidisciplinare** sulla base delle esigenze espresse dall'assistito. Il medico specialista deve essere in possesso di **specifiche competenze** per la prescrizione di protesi, ortesi e ausili tecnologici. Le regioni possono prevedere l'istituzione di **elenchi regionali o aziendali dei medici prescrittori**. 4. Il medico e l'equipe sono responsabili della conduzione del piano e della verifica periodica dei risultati attesi, a medio e lungo termine, indicati dal piano stesso. 5. Le prestazioni di assistenza protesica che comportano l'erogazione dei dispositivi contenuti nel nomenclatore […] sono erogate su prescrizione del medico specialista di cui al comma 2, effettuata sul ricettario standardizzato del Servizio sanitario nazionale. **Le regioni possono individuare le modalità con le quali è consentita ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta o ai medici dei servizi territoriali la prescrizione di alcuni ausili di serie inclusi nell'elenco 2B di cui al citato nomenclatore.**
ASSISTENZA SPECIALISTICA: "Prestazioni protesiche derivanti da patologia d'organo o sistemiche di complessità tale da richiedere presidi personalizzati, la cui gestione è capo allo specialista che ha in cura la persona" (**DGR 8730/2008**) (es patologie muscolo scheletriche o neurologiche evolutive, stomie, interventi demolitivi)	· Medici prescrittori specialista di disciplina · Medici prescrittori specialista di Centro di Prescrizione	

Ciascuna tipologia di medico prescrittore può essere ulteriormente suddivisa a seconda del tipo di rapporto che ciascun prescrittore ha con la struttura, e più precisamente:

- il medico di RSA/RSD può essere un **dipendente** della struttura, un **libero professionista**, un **convenzionato** proveniente da altra struttura presso cui opera come specialista[10];

[10] Nota reg. H1.2015.0023799.

- il medico specialista NON di Centro di Prescrizione può essere un **dipendente o un universitario**, un **libero professionista**, uno **specialista ambulatoriale**;
- il medico specialista di Centro di Prescrizione può essere un **dipendente/universitario** o un **libero professionista**[11].

Nel caso dei medici MMG/PLS, viene distinto il medico **titolare a tempo indeterminato** dall'**incaricato temporaneo** e dal **sostituto**, e viene considerata anche la figura del **medico di Ambulatorio Medico Temporaneo**.

Regione Lombardia ha altresì provveduto, con sue Note, a specificare alcune tematiche, le principali delle quali vengono elencate nella seguente Tabella, accompagnate dai relativi riferimenti dispositivi:

Tabella 2.

TEMATICHE	PRINCIPALI NOTE REGIONALI DI RIFERIMENTO
Requisiti prescrittori e luoghi di prescrizione	· Nota regionale H1.2013.0007354, Allegato del sottogruppo 2
Dispositivi prescrivibili dalle diverse tipologie di prescrittore, per livello prescrittivo (prima fornitura o rinnovo)	• Nota regionale H1.2013.0007354, Allegato del sottogruppo 1 • Nota regionale H1.2015.0023799 • Nota regionale G1.2019.0014764 • Nota regionale G1.2021.0033999 • Nota regionale G1.2021.0047707 • Nota regionale G1.2023.0019093
Libera professione e rilascio/rinnovo Piani Terapeutici per ausili e presidi (protesica e assistenza integrativa)	• Nota regionale G1.2022.0023542 • Nota regionale G1.2022.0025468

A partire dall'analisi normativa di cui sopra, ACSS, in collaborazione con il TdL, ha riassunto nei seguenti quattro schemi le caratteristiche salienti di ciascuna figura di medico prescrittore: per ciascuna tipologia di medico prescrittore e tipo/durata del rapporto, sono state dettagliate le informazioni relative all'attività prescrittiva, al luogo di prescrizione, al regime di erogazione (istituzionale, libera professione, convenzione) e alle credenziali assegnate da ATS.

[11] Può verificarsi anche il caso di specialista ambulatoriale, ma solo se già autorizzato in precedenza come tale (Nota regionale G1.2023.0019099).

Tabella 3a. Profilazione MMG/PLS.

		Titolare	Incaricato temporaneo (provvisorio)	Sostituto		Medici di Ambulatori Medici Temporanei
Attività	**Descrizione**	Prescrizione protesica di - assistenza primaria - automonitoraggio della glicemia **per i propri assistiti**	Prescrizione protesica di - assistenza primaria - automonitoraggio della glicemia **per i propri assistiti, su nomina temporanea**	Prescrizione protesica di - assistenza primaria - automonitoraggio della glicemia **per gli assistiti del titolare da cui è stato indicato** per sostituzione temporanea		Prescrizione protesica di - assistenza primaria - automonitoraggio della glicemia **per gli aventi diritto del distretto**
	Riferimento ausili prescrivibili	- Nota H1.2013.0007354 sottogruppo 1 con riferimento a ELENCO 1, ELENCO 2 - PROTESICA MAGGIORE e ELENCO 3 Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99) e ELENCO 4 - Dispositivi Extra Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99) - Nota G1.2019.0014764 - Tabella 2	- Nota H1.2013.0007354 sottogruppo 1 con riferimento a ELENCO 1, ELENCO 2 - PROTESICA MAGGIORE e ELENCO 3 Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99) e ELENCO 4 - Dispositivi Extra Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99) - Nota G1.2021.0047707 con riferimento a Tabella 2 nota G1.2019.0014764	- Nota H1.2013.0007354 sottogruppo 1 con riferimento a ELENCO 1, ELENCO 2 - PROTESICA MAGGIORE e ELENCO 3 Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99) e ELENCO 4 - Dispositivi Extra Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99) - Nota G1.2019.0014764 - Tabella 2		Nota G1.2023.0019093 - Allegato
Luogo		Studio accreditato	Studio accreditato	Studio accreditato		Casa di Comunità
Regime di erogazione	**Istituzionale**	✓	✓	✓		✓
	Libera Professione	✗	✗	✗		✗
Credenziali assegnate da ATS	**Ruolo**	6	6	6 (MMG/PLS)	13 (Medico di altra natura)	13
	Credenziale	MMG / PDF	MMG / PDF	MMG / PDF - già in possesso	MMG / PDF	MAMT
	Livelli organizzativi	L1: Codice Fiscale L2: Codice Regionale	L1: Codice Fiscale L2: Codice Regionale	L1: Codice Fiscale L2: Codice Regionale (già in possesso)	L1: ATS	L1: ATS
	Richiesta	Inserita di default in considerazione dell'incarico assegnato dal Dip. Cure Primarie	Inserita di default in considerazione dell'incarico assegnato dal Dip. Cure Primarie	Già in possesso	Inserita dal Dip. Cure Primarie su richiesta dell'MMG/PLS titolare che identifica il sostituto	Inserita dal Dip. Cure Primarie su richiesta della Direzione aziendale
	Durata	A tempo indeterminato	Per il periodo in cui è nominato	-	Per il periodo in cui è nominato	Per il periodo in cui è nominato

Tabella 3b. Profilazione medico di RSA/RSD.

		Dipendente	Libero Professionista	Convenzionato
Attività	**Descrizione**	Prescrizione protesica di - assistenza primaria - automonitoraggio della glicemia **nell'ambito dell'attività di Medico di RSA/RSD o Responsabile Sanitario per assistiti residenti in RSA/RSD**	Prescrizione protesica di - assistenza primaria - automonitoraggio della glicemia **nell'ambito dell'attività contrattualizzata di Medico di RSA/RSD o Responsabile Sanitario per assistiti residenti in RSA/RSD**	Prescrizione protesica di - assistenza primaria - automonitoraggio della glicemia **nell'ambito della convenzione come Medico di RSA/RSD o Responsabile Sanitario per assistiti residenti in RSA/RSD**
	Riferimento ausili prescrivibili	- Nota G1.2015.0022306 con riferimento a Allegato 2 nota H1.2015.0023799 - Nota G1.2021.0033999 con riferimento a Tabella 2 nota G1.2019.0014764	- Nota G1.2015.0022306 con riferimento a Allegato 2 nota H1.2015.0023799 - Nota G1.2021.0033999 con riferimento a Tabella 2 nota G1.2019.0014764	- Nota G1.2015.0022306 con riferimento a Allegato 2 nota H1.2015.0023799 - Nota G1.2021.0033999 con riferimento a Tabella 2 nota G1.2019.0014764
Luogo		RSA/RSD accreditata e a contratto su posti contrattualizzati	RSA/RSD accreditata e a contratto su posti contrattualizzati	RSA/RSD accreditata e a contratto su posti contrattualizzati, in convenzione con la struttura di provenienza del Medico individuato
Regime di erogazione	**Istituzionale**	✓	✓ (con contratto > 19 ore)	✗
	Libera Professione	✗	✗	✗
	Convenzione	✗	✗	✓ PASSIVA
Credenziali assegnate da ATS	**Ruolo**	14	14	14
	Credenziale	MRSA o, in alternativa, MRSAPRODIA	MRSA o, in alternativa, MRSAPRODIA	MRSA o, in alternativa, MRSAPRODIA
	Livelli organizzativi	L1: Ente erogatore L2: Nome della struttura RSA/RSD	L1: Ente erogatore L2: Nome della struttura RSA/RSD	L1: Ente erogatore L2: Nome della struttura RSA/RSD
	Richiesta	Rappresentante legale	Rappresentante legale	Rappresentante legale
	Durata	TEMPO INDETERMINATO: A tempo indeterminato TEMPO DETERMINATO: Per il periodo di durata del contratto	Per il periodo di durata del contratto	Per il periodo di durata della convenzione

Tabella 3c. Profilazione medico specialista non di Centro di Prescrizione.

Attività		Dipendente / Universitario	Libero Professionista	Specialista ambulatoriale (EX SUMAI)
Descrizione		Prescrizione protesica di - assistenza specialistica specifica per disciplina - assistenza primaria specifica per disciplina **per aventi diritto / assistiti residenti in RSA/RSD convenzionata non trasportabili**	Prescrizione protesica di - assistenza specialistica specifica per disciplina - assistenza primaria specifica per disciplina **nell'ambito dell'attività contrattualizzata per aventi diritto**	Prescrizione protesica di - assistenza specialistica specifica per disciplina - assistenza primaria specifica per disciplina **nell'ambito dell'attività contrattualizzata, in regime ambulatoriale, per aventi diritto**
Riferimento ausili prescrivibili		Nota HI.2013.0007354 sottogruppo 1 con riferimento a ELENCO 1, ELENCO 2 - PROTESICA MAGGIORE e ELENCO 3 Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99) e ELENCO 4 - Dispositivi Extra Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99)	Nota HI.2013.0007354 sottogruppo 1 con riferimento a ELENCO 1, ELENCO 2 - PROTESICA MAGGIORE e ELENCO 3 Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99) e ELENCO 4 - Dispositivi Extra Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99)	Nota HI.2013.0007354 sottogruppo 1 con riferimento a ELENCO 1, ELENCO 2 - PROTESICA MAGGIORE e ELENCO 3 Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99) e ELENCO 4 - Dispositivi Extra Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99)
Luogo		- Struttura sanitaria accreditata e contrattualizzata - Casa di Comunità / Ambulatori territoriali in possesso dei requisiti generali - RSA/RSD convenzionata accreditata e a contratto su posti contrattualizzati	- Struttura sanitaria accreditata e contrattualizzata - Casa di Comunità / Ambulatori territoriali in possesso dei requisiti generali	- Polo ambulatoriale di una struttura accreditata e a contratto, operante in relazione funzionale con equipe per disciplina specifica - Casa di Comunità in possesso dei requisiti generali
Regime di erogazione	Istituzionale	✓	✓ (con contratto > 19 ore)	✓
	Libera Professione Intramuraria	✓	×	×
	Convenzione	RSA/RSD CONVENZIONATA: ✓ ATTIVA	STRUTTURA CONVENZIONATA: × (salvo casi espressamente autorizzati)	×
Credenziali assegnate da ATS	Ruolo	13	13	13
	Credenziale	Credenziale semplice	Credenziale semplice	Credenziale semplice
	Livelli organizzativi	L1: Ente erogatore (L1: ATS, solo per i medici di ATS) L2: Struttura sanitaria (fra cui poliambulatorio), Casa di Comunità L3: Nome dell'Unità Operativa	L1: Ente erogatore L2: Struttura sanitaria (fra cui poliambulatorio), Casa di Comunità L3: Nome dell'Unità Operativa	L1: Ente erogatore L2: Struttura sanitaria (poliambulatorio), Casa di Comunità
	Richiesta	Direzione Strategica	Direzione Strategica	Direzione Strategica
	Durata	TEMPO INDETERMINATO: A tempo indeterminato TEMPO DETERMINATO: Per il periodo di durata del contratto	Per il periodo di durata del contratto	TEMPO INDETERMINATO: A tempo indeterminato TEMPO DETERMINATO: Per il periodo di durata del contratto

Tabella 3d. Profilazione medico specialista di Centro di Prescrizione.

Attività		Dipendente / Universitario	Specialista ambulatoriale (EX SUMAI) SOLO PRESCRITTORI DI CdP GIA' AUTORIZZATI	Libero Professionista
	Descrizione	Prescrizione protesica di - assistenza specialistica specifica per disciplina e CdP - assistenza primaria specifica per disciplina **per aventi diritto**	Prescrizione protesica di - assistenza specialistica specifica per disciplina e CdP - assistenza primaria specifica per disciplina **nell'ambito dell'attività contrattualizzata, in regime ambulatoriale, per aventi diritto**	x
	Riferimento ausili prescrivibili	Nota H1.2013.0007354 sottogruppo 1 con riferimento a ELENCO 1, ELENCO 2 - PROTESICA MAGGIORE e ELENCO 3 Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99) e ELENCO 4 - Dispositivi Extra Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99)	Nota H1.2013.0007354 sottogruppo 1 con riferimento a ELENCO 1, ELENCO 2 - PROTESICA MAGGIORE e ELENCO 3 Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99) e ELENCO 4 - Dispositivi Extra Nomenclatore tariffario delle protesi (DM 332/99)	x
Luogo		- Struttura sanitaria accreditata e contrattualizzata - Casa di Comunità / Ambulatori territoriali in possesso dei requisiti generali e specifici	- Polo ambulatoriale di una struttura accreditata e a contratto, operante in relazione funzionale con equipe per disciplina specifica - Casa di Comunità in possesso dei requisiti generali e specifici	x
Regime di erogazione	**Istituzionale**	✓	✓ (esclusi specialisti di CdP di nuova istituzione)	x
	Libera Professione Intramuraria	✓	x	x
	Convenzione	STRUTTURA CONVENZIONATA x (salvo casi espressamente autorizzati)	x	x
Credenziali assegnate da ATS	**Ruolo**	13	13	x
	Credenziale	Credenziale di CdP	Credenziale di CdP	x
	Livelli organizzativi	L1: Ente erogatore L2: Struttura sanitaria (tra cui poliambulatorio), Casa di Comunità L3: Nome dell'Unità Operativa	L1: Ente erogatore L2: Struttura sanitaria (poliambulatorio), Casa di Comunità	x
	Richiesta	Direzione Strategica	Direzione Strategica	x
	Durata	TEMPO INDETERMINATO: A tempo indeterminato TEMPO DETERMINATO: Per il periodo di durata del contratto	TEMPO INDETERMINATO: A tempo indeterminato TEMPO DETERMINATO: Per il periodo di durata del contratto	x

Verifica dei requisiti dei medici prescrittori e dei luoghi di prescrizione

L'attività di controllo relativa a medici prescrittori e luoghi di prescrizione riguarda la verifica del rispetto dei requisiti indicati dalla normativa regionale e ha come scopo l'attribuzione di credenziali estese al professionista e il conseguente inserimento dello stesso in elenchi regionali di medici prescrittori di protesica, differenziati a seconda del ruolo rivestito.

Si precisa che l'attività di verifica dei requisiti inerenti ai nuovi inserimenti è estesa anche all'aggiornamento dell'elenco dei medici prescrittori, in quanto le due attività risultano strettamente correlate tra loro.

Nella seguente Tabella viene presentato il dettaglio delle azioni e gli ambiti di responsabilità che ATS e ASST rivestono nell'esecuzione di tali attività.

Tabella 4.

AZIONI DI GESTIONE ELENCHI	SPECIALISTI	RSA/RSD	ASSISTENZA PRIMARIA
1. Nuovo inserimento	ATS – UFF. PROTESICA	ATS – UFF. PROTESICA	DIP. CURE PRIMARIE
2. Cancellazione	ATS – UFF. PROTESICA	ATS – UFF. PROTESICA	DIP. CURE PRIMARIE
3. Aggiornamento posizioni preesistenti	ATS – UFF. PROTESICA	ATS – UFF. PROTESICA	DIP. CURE PRIMARIE
4. Controlli campionari	ATS – UFF. PROTESICA	ATS – UFF. PROTESICA	ATS – UFF. PROTESICA

ACSS, in collaborazione con il TdL Controlli Protesica, ha elaborato la seguente **proposta di processo** ideale di **attribuzione delle credenziali di protesica e iscrizione nell'elenco dei medici prescrittori**. Tale processo, schematizzato nelle Figure 3a e 3b, rispettivamente per medici specialisti e medici di RSA/RSD, prevede l'esecuzione di **attività di controllo** (identificate con la lettera **C** nel diagramma di flusso) che si configurano come:

- **controlli ex-ante**, laddove siano condotti prima del rilascio delle credenziali e dell'iscrizione nell'elenco dei medici prescrittori;
- **controlli ex-post**, laddove siano condotti per appurare la sussistenza dei requisiti di abilitazione medici/luoghi di prescrizioni già in precedenza abilitati alla prescrizione in ambito protesica.

In seno al TdL, ACSS ha altresì elaborato degli **indicatori di controllo**, descritti nella successiva Tabella 5, a uso dell'ATS, inerenti in particolare all'attività di controllo ex-post: essi si suddividono in:

- **indicatori di processo**, volti a valutare l'aderenza di quanto eseguito a quanto programmato;
- **indicatori di esito**, volti a rilevare l'effettivo risultato dei controlli eseguiti.

Figura 3a. Proposta di processo di gestione dell'elenco dei medici specialisti prescrittori.

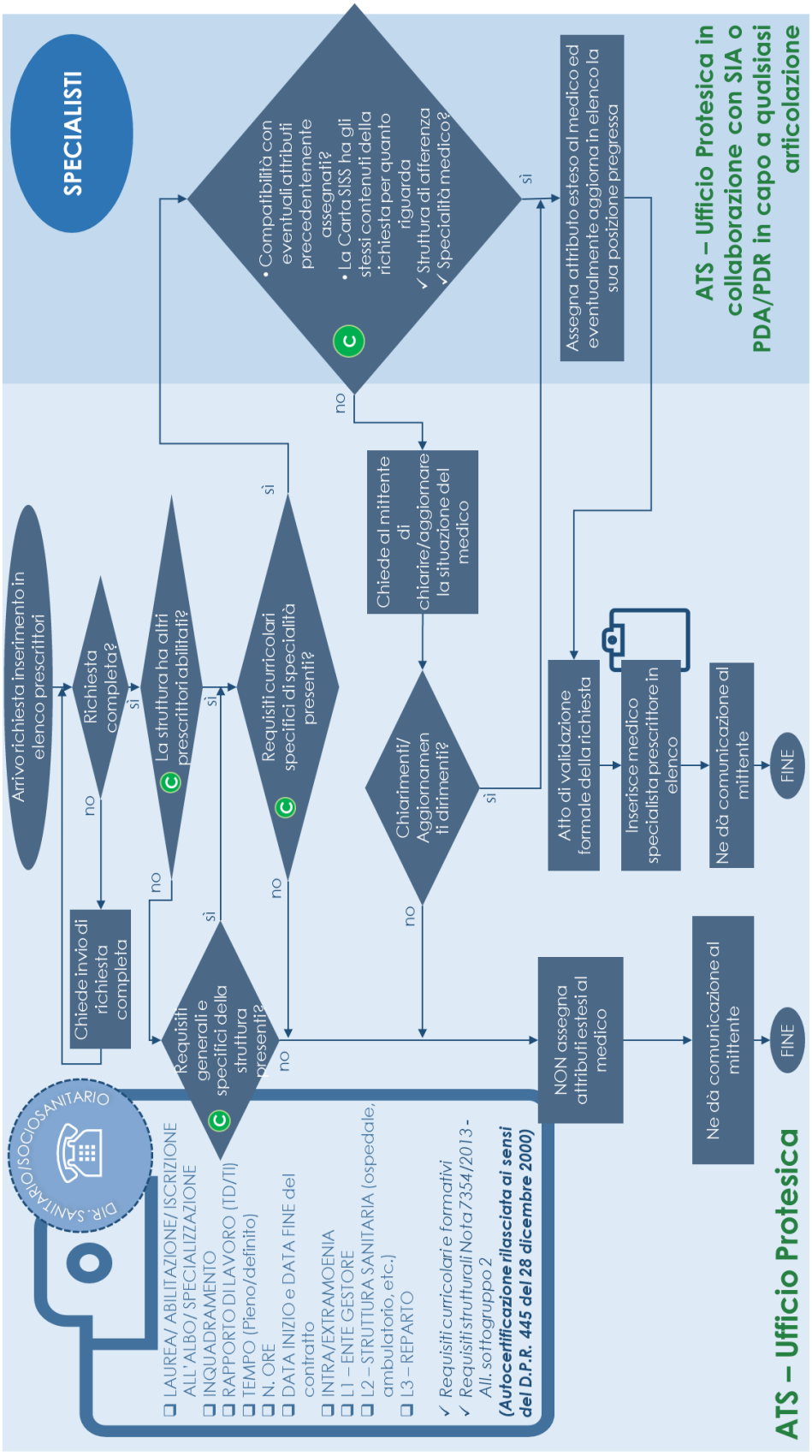


Figura 3b. Proposta di processo di gestione dell'elenco dei medici di RSA/RSD prescrittori.

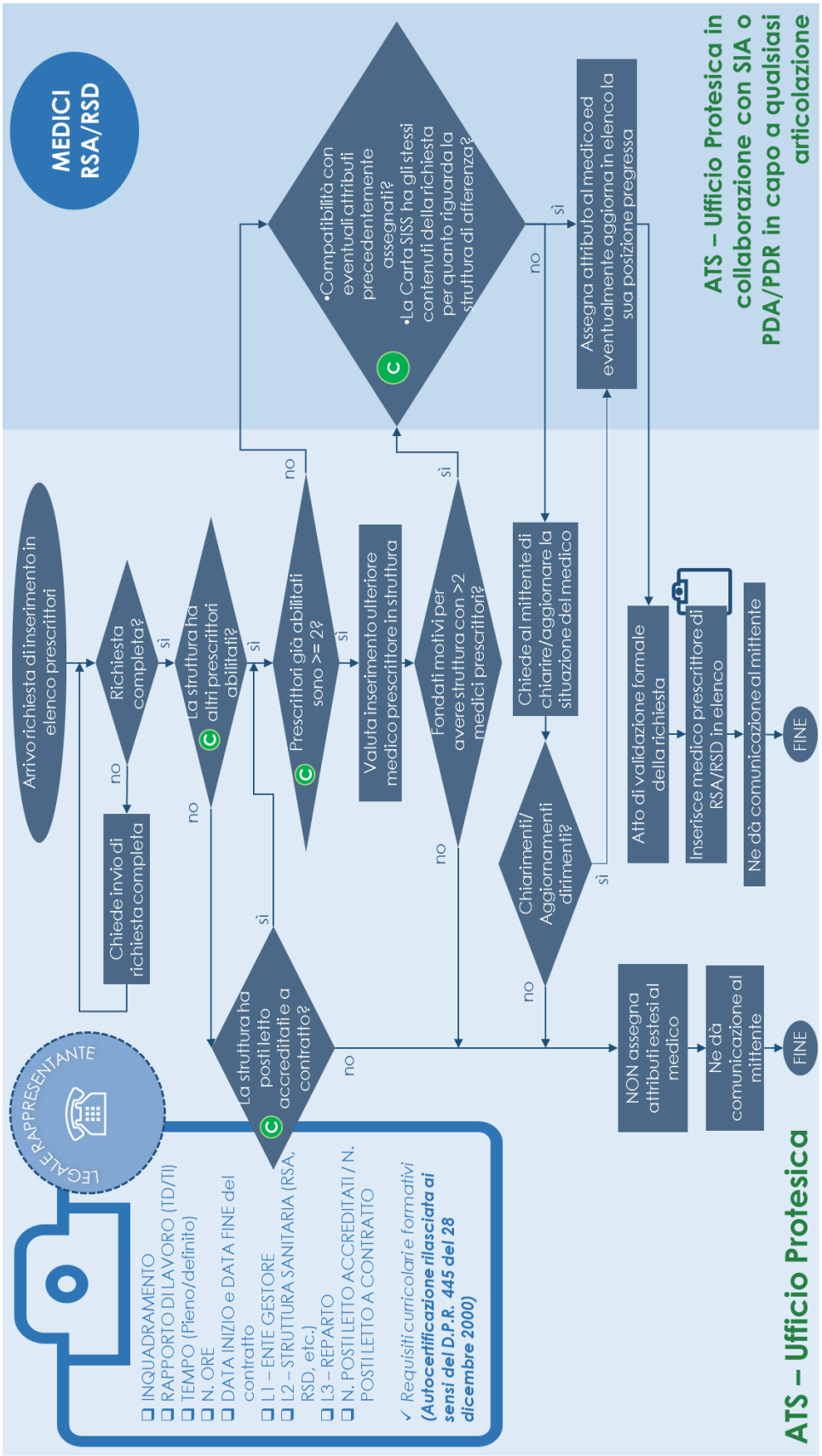


Tabella 5. Indicatori proposti per l'attività di verifica dei requisiti dei medici prescrittori e dei luoghi di prescrizione.

AZIONE PROCESSO (TITOLARE)	AZIONE CONTROLLO	RIFERIMENTI ex DGR 6917-DETTAGLIO AZIONI PREVISTE	DESTINATARI DEL CONTROLLO	INDICATORI PROPOSTI
IDONEITÀ CENTRI DI PRESCRIZIONE (ATS)	CONTROLLO REQUISITI ORGANIZZATIVI	6.1.a).01-Controllo dei requisiti organizzativi autocertificati dei Centri di prescrizione	CENTRI DI PRESCRIZIONE	• N° sopralluoghi effettuati presso la struttura sanitaria sede di centro di prescrizione /N° centri di prescrizione riconosciuti ed attivi presenti nel territorio di afferenza • N° non conformità rilevate /N° controlli effettuati
IDONEITÀ CENTRI DI PRESCRIZIONE (ATS)	PRESENZA TECNICO IN FASE DI PRESCRIZIONE	6.1.a).03-Controllo delle convenzioni delle strutture sanitarie e delle aziende fornitrici di protesi per la presenza del tecnico presso le sedi della struttura sanitaria	CENTRI DI PRESCRIZIONE	• N° convenzioni controllate /N° strutture sanitarie con prescrizioni di Codici ISO elencati nella Tabella A del documento RL "Modalità collab. specialisti_tecnici_GAT RL_sottogruppo 5" (Ortopedia/Fisiatria) • N° non conformità rilevate /N° controlli effettuati
INSERIMENTO NELL'ELENCO PRESCRITTORI (ATS)	ABILITAZIONE PRESCRITTORI - CONTROLLO EX ANTE	6.1.a).02-Attribuzione credenziali estese per la prescrizione di dispositivi protesici	PRESCRITTORI	• N° dinieghi all'inserimento nell'elenco aziendale medici specialisti prescrittori tramite SW AssistantRL / N° richieste ricevute • N° richieste di integrazione documentazione inviate / N° richieste ricevute
GESTIONE ELENCO PRESCRITTORI (ATS)	AGGIORNAMENTO ELENCHI - CONTROLLI EX POST	6.1.a).02-Tenuta Elenco e aggiornamento dati anagrafici e credenziali prescrittive medici prescrittori (in AssistantRL, sul sito web)	PRESCRITTORI	• N° controlli prescrittori/ N° prescrittori specialisti già presenti in Elenco • N° controlli medici RSA/ N° medici RSA già presenti in Elenco • N° non conformità rilevate / N° prescrittori selezionati • N° prescrittori che non prescrivono / N° prescrittori totali
IDONEITÀ PRESCRITTORI RSA (ATS)	CONTROLLO CONVENZIONI	6.1.a).05-controllo delle convenzioni tra Ente di afferenza dei prescrittori (ASST o Struttura Sanitaria privata accreditata) e RSA	PRESCRITTORI	• N° convenzioni controllate / N° convenzioni attese (N° strutture che hanno registrato prestazioni per paziente ospite presso RSA) • N° prescrizioni ausili per non deambulanti /N° prescrizioni specialistiche per paziente ospite presso RSA (Poche prescrizioni in RSA + Difficile identificare non deambulanti + appropriatezza anche per coloro che sono fuori dalla RSA - per es. scarpe ortopediche) - N° prescrizioni specialistiche diverse da quelle per la mobilità/N° totale prescrizioni per pazienti ospiti presso RSA? • N° prescrizioni di ausili che RSA dovrebbe già garantire / N° totale prescrizioni per pazienti ospiti presso RSA (possibile se, per es., il medico ha doppio ruolo)

AZIONE PROCESSO (TITOLARE)	AZIONE CONTROLLO	RIFERIMENTI ex DGR 6917-DETTAGLIO AZIONI PREVISTE	DESTINATARI DEL CONTROLLO	INDICATORI PROPOSTI
INIZIATIVE FORMAZIONE (ATS)	VERIFICA PFA	6.2.e).01- Realizzazione di iniziative formative a favore di prescrittori e operatori di protesica	STRUTTURE	• N°PFA controllati / N° strutture che hanno prescrittori • N° iniziative formative realizzate a favore di prescrittori protesica strutture pubbliche territorio di competenza / N° iniziative formative programmate a favore di prescrittori protesica strutture pubbliche territorio di competenza • N° iniziative formative realizzate a favore di prescrittori protesica strutture private accreditate territorio di competenza / N° iniziative formative programmate a favore di prescrittori protesica strutture private accreditate territorio di competenza
INIZIATIVE FORMAZIONE (ASST)	PFA	6.2.e).01- Realizzazione di iniziative formative a favore di prescrittori e operatori di protesica	STRUTTURE	• N° prescrittori che hanno partecipato ad iniziative formative / N° specialisti prescrittori totali

SINTESI

Così come previsto dall'Art. 11, comma 4, lett. c) della L.R. 33/2009 e ss.m.ii., ACSS ha attivato nel 2023 il Tavolo di Lavoro "*Controlli in ambito di Assistenza protesica e integrativa*", che ha coinvolto i referenti per la protesica individuati dalle direzioni strategiche di ciascuna ATS, un referente della competente struttura della DG Welfare, referenti di Aria S.p.A. nonché altri professionisti esperti nella materia, al fine di conseguire i seguenti obiettivi:

- promozione di **protocolli comportamentali** omogenei e condivisi fra ATS;
- omogeneizzazione delle **modalità operative di esecuzione** dei controlli di competenza;
- orientamento della programmazione delle attività di controllo al superamento delle criticità individuate da specifici **strumenti di monitoraggio e controllo**;
- maggior efficacia delle attività di controllo dando la possibilità alle ATS di concentrarsi su peculiarità territoriali attraverso la costruzione di **modelli di campionamento**;
- esplicitazione e omogeneizzazione delle **modalità di interazione** tra ATS e ASST operative / contabili.

La disanima della normativa nazionale e regionale, nonché delle declinazioni ulteriori assunte da quest'ultima (Note regionali), ha permesso una delineazione sistematica dell'organizzazione dell'assistenza protesica in Regione Lombardia attraverso

l'identificazione di un **macro-processo** di erogazione dei dispositivi protesici, articolato a sua volta in processi e sotto-processi.
La metodologia di lavoro condivisa all'interno del TdL ha previsto l'identificazione di:

- un elenco dei **processi/sottoprocessi** oggetto del controllo;
- punti nodali di controllo (**attività**) per ciascun processo;
- **ambiti e responsabilità del controllo** per ciascuna attività, individuando, laddove pertinenti:
  - **modalità operative condivise**;
  - **strumenti operativi**;
  - **modelli di campionamento**;
  - **strumenti di monitoraggio**.

Il lavoro sinora condotto dal TdL ha condotto alla formalizzazione di:

- un processo ideale di **attribuzione delle credenziali e iscrizioni nell'elenco dei medici prescrizioni**, che contempla controlli da attuarsi in sede di abilitazione di medici prescrittori e relativa iscrizione nell'elenco (**controlli ex-ante**) e controlli da attuarsi successivamente, ai fini della verifica della permanenza dei requisiti di medici e luoghi di prescrizione (**controlli ex-post**);

un gruppo di **indicatori di controllo**, per la valutazione del **processo** di programmazione e degli **esiti** dei controlli, a garanzia di un miglior presidio dell'area.

PROGETTO DI RICOGNIZIONE ELENCHI MEDICI PRESCRITTORI

In esecuzione di quanto previsto dal Piano dei Controlli e Protocolli e coerentemente con il mandato conferito dalla legge, nel 2023 è stato istituito il Tavolo di Lavoro per i Controlli dell'assistenza protesica (cfr. par. precedente), che in corso d'anno ha affrontato la tematica dei controlli relativi alla fase di verifica dei requisiti, in ingresso e in itinere, di medici prescrittori e luoghi di prescrizione in ambito di assistenza protesica, attività così definite dalla DGR 6917/2017:

EX DGR 6917/2017 - CONTROLLO DEI REQUISITI DEI PRESCRITTORI, CON GESTIONE DEI RELATIVI ELENCHI consistente in:

1. ***ricevimento richieste di inserimento e/o aggiornamento*** *negli elenchi dei medici autorizzati da parte delle ASST, dalle strutture sanitarie private accreditate, dalle strutture riabilitative extra-ospedaliere (ex IDR) e dalle residenze sanitarie anziani (RSA)*
2. ***attribuzione credenziali estese*** *per la prescrizione di dispositivi protesici*
3. ***validazione con atto formale*** *delle richieste pervenute*
4. ***tenuta elenco*** *con registrazione dati anagrafici e credenziali prescrittive nuovi medici prescrittori (nel database aziendale, in AssistantRL, sul sito web)*
5. ***aggiornamento dati*** *per trasferimenti o cancellazione per cessata attività (nei database aziendali, in AssistantRL, sul sito web)*
6. ***controllo periodico*** *dell'anagrafica prescrittori di AssistantRL*

I lavori sono stati indirizzati verso tale tematica anche in virtù del fatto che la DGR 7758 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023" (cd."Regole di sistema 2023") ha disposto testualmente:

"*Per quanto riguarda ATS, l'obiettivo 2023 è relativo all'aggiornamento dell'elenco dei medici prescrittori di dispositivi protesici di ogni territorio in accordo con le Direzioni Sanitarie delle Strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate con particolare riferimento alle credenziali estese rilasciate a specialisti prescrittori di apparecchi acustici e protesi d'arto inferiori.*".

Al fine di ottenere elenchi aggiornati e verificati il TdL ha svolto, quale attività propedeutica alla corretta profilazione del medico prescrittore, un approfondimento sulla normativa nazionale e regionale e delle note regionali emesse dalle strutture competenti:

DISPOSIZIONI NORMATIVE	NOTE REGIONALI
DM 332/99 e s.m.i.	**H1.2013.0007354** – *Assistenza protesica: applicazione delle determinazioni predisposte dai Sottogruppi di lavoro denominati 1, 2, 4 e 5, in attuazione della DGR 22 dicembre 2008, n. 8730*
	H1.2015.0023799 - *Nuove Indicazioni Assistenza Protesica*
DPCM 12.01.2017	**G1.2015.0022306** - *Medico RSA/RSD – Indicazioni prescrizione protesica*
	G1.2021.0033999 - *Sistema regionale Assistant RL per la prescrizione dei presidi per l'auto-monitoraggio della glicemia da parte dei Medici di RSA a favore di ospiti di RSA.*
DGR 8730/2008	**G1.2022.0023542** - *Piani terapeutici farmaci e ausili - attività professionali a pagamento richieste da terzi all'Azienda, ai sensi dell'art. 115, comma 1 lettera d) del CCNL 19/12/2019*
	G1.2022.0025468 - *Piani terapeutici farmaci e ausili - attività professionali a pagamento richieste da terzi all'Azienda, ai sensi dell'art. 115, comma 1 lettera d) del CCNL 19/12/2019 - chiarimenti*

Stante la necessità di **verificare la situazione regionale di partenza** in termini di numerosità dei medici abilitati, di specialità di prescrizione, nonché di distribuzione territoriale, rilevata anche dal Tavolo di Coordinamento Regionale della Protesica e da ARIA S.p.A., ACSS si è proposta di supportare le ATS nella ricognizione degli elenchi dei prescrittori attraverso la creazione di **format automatizzati di ricognizione specifici per ciascun ruolo applicativo**, da sottoporre alle Strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate ed alle RSA, che hanno la responsabilità autorizzativa dell'inserimento in elenco.

***

Dal punto di vista operativo, la costruzione dei format di ricognizione ha previsto lo sviluppo di due attività svolte in parallelo:

- **predisposizione elenchi di verifica**: la fonte dati utilizzata è una estrazione da Provisioning fornita da ARIA S.p.A. di tutti gli utenti SISS attivi al Giugno 2023 profilati per l'accesso e prescrizione on-line tramite il gestionale Assist@nt-RL.
  Tali elenchi contengono le **informazioni estrapolate dalle carte SISS dei medici** specialisti (o di RSA/RSD) che operano presso una struttura di Regione Lombardia. In particolare, è stata estratta la combinazione **ruoli applicativi**[12]**/credenziale PROT** (relativa all'ambito protesico), così come indicati in tabella:

RUOLO APPLICATIVO	CODICE RUOLO APPLICATIVO	CREDENZIALE	DESCRIZIONE
MMG/PLS	6	PROT	Medico convenzionato con l'ATS per svolgere attività di MMG/PLS.
MEDICO	13	PROT	Medico che opera nell'ambito dei servizi sanitari dell'Aderente.
RSA	14	PROT	Medico che opera presso una struttura che eroga assistenza di tipo residenziale, come RSA o RSD.

  È importante precisare che in tale elenco figurano tutti gli utenti abilitati alla prescrizione alla data di estrazione, a prescindere dal fatto che essi effettivamente esercitino tale prerogativa.
  Al fine di rendere agevole la distribuzione capillare sulle strutture interessate, gli elenchi dei nominativi sono stati suddivisi in riferimento alla natura dell'erogatore, identificando quattro categorie di destinatari, e nello specifico:
  1. ASST, ospedali privati, IRCCS (pubblici e privati);
  2. Ambulatori (senza diretto collegamento a U.O./équipe);
  3. Aziende di Servizi alla Persona, Aziende Speciali, Comuni, etc.;
  4. RSA/RSD.

- **realizzazione di un format automatizzato**, separatamente per medici specialisti e per medici di RSA/RSD prescrittori, strutturato per una compilazione condizionata e sequenziale da parte degli enti gestori: a partire dall'analisi di profilazione dei medici prescrittori effettuata in seno al TdL (cfr. par. precedente), tale format prevede la

[12] **Ruolo Applicativo**: stabilisce i livelli di accesso dell'operatore all'uso delle funzionalità/servizi del SISS. Attraverso l'attribuzione ad un operatore SISS di un ruolo operativo si mappa l'attività professionale svolta dall'operatore nell'ambito del Sistema (e.g. ruolo del MMG nell'ambito del SISS). Poiché un operatore SISS può svolgere una pluralità di attività, anche in ambiti diversi, ad un operatore SISS potranno essere associati più Ruoli Applicativi.

compilazione di **campi desunti dalla normativa** e pertanto considerati rilevanti ai fini del controllo del possesso dei requisiti di prescrittori e luoghi di prescrizione.

Gli esiti di tali attività sono successivamente confluiti in un **format unico di rilevazione per ciascuna tipologia di professionista** (medico specialista e medico di RSA/RSD), **che propone l'elenco dei nominativi che alla data dell'estrazione risultano essere prescrittori per la struttura**.

Prima della completa realizzazione del format, è stata condotta un'analisi preliminare sui dati disponibili, di cui si riportano nel seguito i principali risultati, che hanno avvalorato la necessità di procedere con la ricognizione proposta.

ANALISI PRELIMINARE DEI DATI

L'estrazione ha resistituito 16.234 record così suddivisi fra i ruoli:

RUOLO	Tot
06	6.049
13	8.954
14	1.231
Tot	**16.234**

Ciascun record è generato dalla combinazione univoca delle informazioni contenute nei campi estratti.
Tra le informazioni a disposizione vi sono i c.d. **attributi di protesica**, che abilitano il medico alla prescrizione di specifiche classi di ausili.
Tali attributi vengono assegnati, con procedure differenziate in base alla tipologia di prescrittore, sia sulla base dei requisiti soggettivi del medico (es.: specialità), sia su requisiti generali della struttura di afferenza; qualora il medico operi all'interno di un Centro di Prescrizione specialistico, sono richiesti ulteriori requisiti, sia formativi/curricolari, sia organizzativi e strutturali relativi alla sede di attività.
Poiché la capacità prescrittiva del medico prescrittore dipende da questi attributi, si è proceduto a verificare la tipologia delle strutture che ospitano prescrittori di Centro di Prescrizione.
Escludendo dal totale dei 16.234 record i 7.439 relativi ai medici prescrittori di assistenza primaria[13], si sono classificati i rimanenti 8.795 distinguendo quelli con almeno un attributo di Centro di Prescrizione, corrispondenti a 2.533 record, così collocati fra le diverse tipologie di struttura:

CLASSIFICAZIONE	Tot
AMBULATORIO	15
ASST / IRCCS PUBBLICO	1.821
ATS	1
CDC / IRCCS PRIVATO	658
RSA/RSD	38
Tot	**2.533**

[13] Si tratta di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia o Medici di Ambulatori Temporanei che possono rientrare nel ruolo applicativo 6 o nel ruolo applicativo 13.

La maggior parte (2.479) dei record è collocata presso ospedali o IRCCS, pubblici o privati, che potenzialmente possono essere in possesso degli ulteriori requisiti previsti per la sede ospitante un Centro di Prescrizione. Sono invece meritevoli di ulteriori approfondimenti quei record (54) che afferiscono a RSA/RSD, ATS o ambulatori per cui non vi è un riferimento diretto a una U.O. o a una équipe multidisciplinare, prevista anche dal D.P.C.M. del 12 gennaio 2017.

***

Il numero dei record estratti non esprime il numero di medici abilitati ma ne è superiore. Essendo infatti ciascun record generato dalla combinazione univoca delle informazioni contenute nei campi estratti, la sussistenza di talune fattispecie, anche previste dalle disposizioni regionali, può generare, per il medesimo codice fiscale, la presenza di record multipli.

Al fine di quantificare il numero di prescrittori abilitati, si è proceduto con il conteggio dei codici fiscali, rilevandone complessivamente 13.326, dei quali:

- 11.123 hanno un record singolo;
- 2.203 hanno record multipli per complessivi 5.111 record:

N. RECORD	CF	
1	11.123	**Record singoli**
2	1.748	
3	307	
4	99	
5	24	
6	13	**Record multipli**
7	3	
8	5	
9	1	
10	3	
TOT CF	**13.326**	
TOT CF CON RECORD SINGOLI	**11.123**	
TOT CF CON RECORD MULTIPLI	**2.203**	

È importante sottolineare che la presenza di record multipli evidenzia situazioni **potenzialmente ma non certamente** a rischio di inadempienza al dettato normativo, ed in quanto tali meritevoli di ulteriori verifiche ed approfondimenti documentali.

Record singoli

Sebbene all'osservazione gli 11.123 record singoli non presentino evidenti potenziali criticità, alla luce del fatto che:

1. **Assist@nt-RL può contenere informazioni relative a posizioni non più attuali**;

2. allo specialista possano essere state date abilitazioni non coerenti con i requisiti professionali od organizzativo-strutturali previsti per i prescrittori di Centri di Prescrizione,

possono risultare utili approfondimenti circa la permanenza del prescrittore presso la struttura indicata e la compatibilità degli attributi di protesica assegnati.

Dall'analisi dei dati è emerso che la maggior parte dei prescrittori (10.635 record/teste) risulta avere un unico attributo; tuttavia, risultano esserci 488 medici che presentano, per una sola riga, da 2 a 8 attributi differenti:

SOMMA ATTRIBUTI	Tot
1	10.635
2	431
3	47
4	6
5	3
8	1
Tot	**11.123**

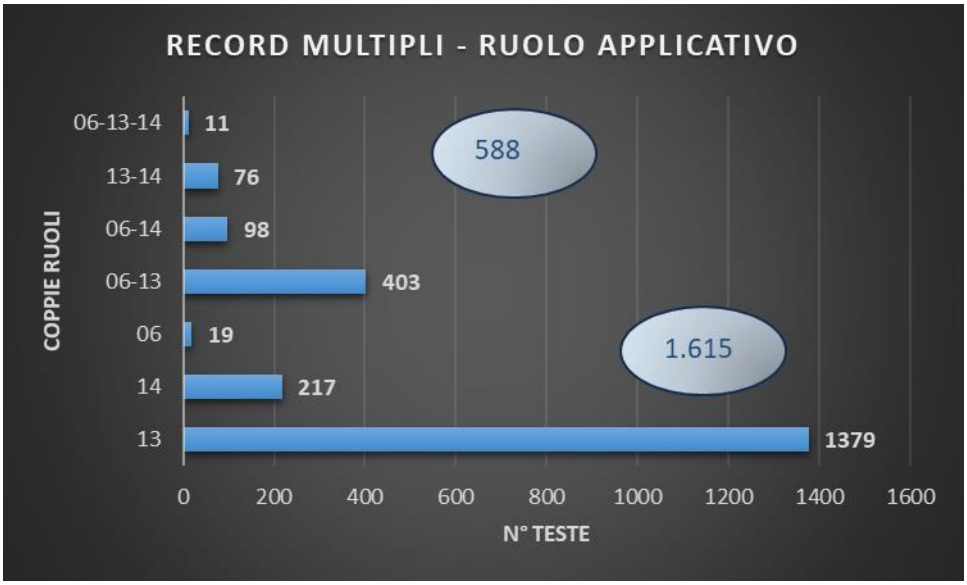
La compresenza di più attributi nell'ambito di un singolo record è una fattispecie meritevole di verifica in quanto potenzialmente a rischio di non aderenza alla norma.

Record multipli

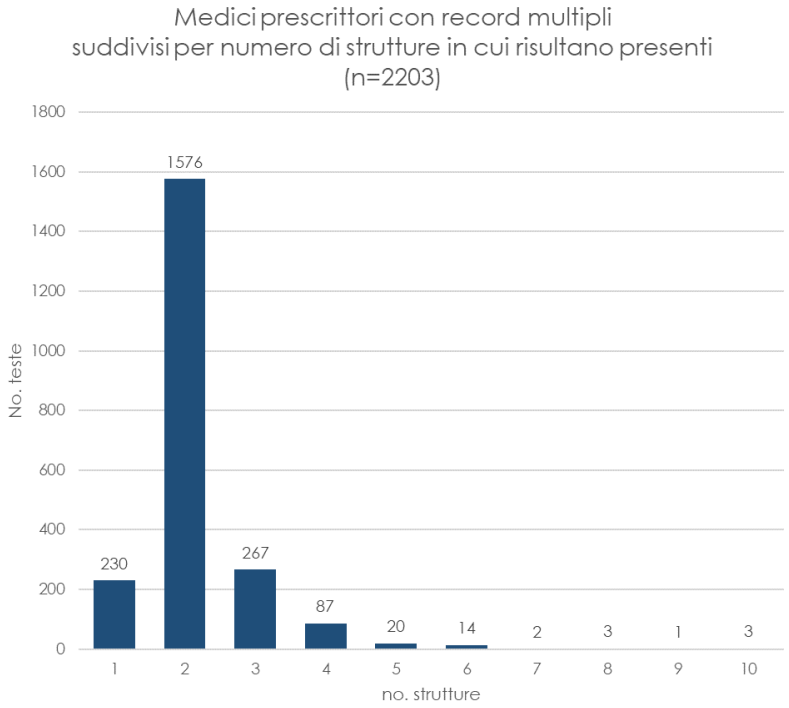
Le dimensioni individuate dall'analisi che, singolarmente o combinate con altre, generano record multipli sono:

- Medico con più di un ruolo applicativo
- Medico che opera in più di una ATS
- Medico assegnato a più di una struttura/reparto
- Medico con attributi prescrittivi differenti (es.: specialità diverse).

Dall'osservazione dei soli record multipli (5.111) e valutando la sola dimensione **ruolo applicativo** è emerso che 588 professionisti compaiono con due o in alcuni casi tre ruoli, mentre per i restanti 1.615 che hanno lo stesso ruolo la molteplicità dei record è da imputare a una o più delle altre fattispecie:



Classificando le complessive 2.203 teste che presentano record multipli per il numero di strutture differenti in cui esse risultano presenti, si rileva che la maggior parte di esse (1.576) sono presenti in 2 strutture[14], mentre 397 medici risultano profilati presso 3 o più strutture:



Inoltre, per quanto riguarda gli attributi, la maggior parte (4.358) dei record multipli risulta avere un unico attributo; 63 record presentano tuttavia 3 o più attributi:

[14] In quasi un terzo dei casi (411 record), tuttavia, la seconda struttura non risulta indicata: il medico prescrittore presenta almeno una riga con l'indicazione di una struttura e almeno una riga senza indicazione di struttura.
Si fa altresì presente che, trattandosi di record multipli, i 230 record che risultano afferire a una sola struttura presentano in realtà più righe, che possono variare per U.O. di riferimento (L3) e/o attributi di protesica assegnati.

SOMMA ATTRIBUTI	Tot
1	4.358
2	690
3	44
4	15
5	1
7	3
Tot	**5.111**

Si ribadisce che **la presenza di record multipli o di molteplici attributi di protesica all'interno di uno stesso record** non necessariamente è in contrasto con il disposto normativo e pertanto **non rappresenta di per sé una criticità**; in taluni casi è infatti consentito che:

- il medico operi presso più strutture;
- vi sia la compresenza di più attributi.

Tuttavia, stante il fatto che Assist@nt-RL può contenere informazioni relative a posizioni non più attuali, si ritiene che su questi punti si possano orientare ulteriori verifiche finalizzate all'aggiornamento dell'elenco dei medici prescrittori.

SINTESI

Così come previsto dall'Art. 11, comma 4, lett. c) della L.R. 33/2009 e ss.m.ii., ACSS ha attivato nel 2023 il Tavolo di Lavoro "*Controlli in ambito di Assistenza protesica e integrativa*", che – tra le altre attività – si è occupato del progetto di ricognizione degli elenchi di medici prescrittori (specialisti, medici di RSA/RSD, MMG/PLS).
Nel corso del 2023, con la collaborazione di Aria S.p.A., il TdL ha predisposto un format di ricognizione, per tipologia di medico, da inviare agli enti gestori per la relativa compilazione, contenente un **elenco di medici abilitati alla prescrizione** in ambito protesica alla data di estrazione del dato da Provisioning (Giugno 2023) e un elenco di campi la cui compilazione è in capo agli enti gestori, riguardanti **informazioni utili ai fini della verifica del possesso dei requisiti** normativamente previsti per prescrittori e luoghi di prescrizione.

L'analisi preliminare sui dati ha rilevato complessivamente 13.326 prescrittori abilitati (esclusi MMG/PLS, medici di Ambulatorio Medico Temporaneo), dei quali:

- 11.123 hanno un record singolo;
- 2.203 hanno record multipli, per complessivi 5.111 record.

Sebbene all'osservazione gli 11.123 **record singoli** non presentino evidenti potenziali criticità, possono risultare utili **approfondimenti** circa la permanenza del prescrittore presso la struttura indicata e la compatibilità degli attributi di protesica assegnati.
Inoltre, dall'analisi dei dati risultano esserci 488 medici che presentano, per una sola riga, da 2 a 8 attributi differenti: la **compresenza di più attributi** nell'ambito di un singolo record è una fattispecie meritevole di verifica in quanto **potenzialmente a rischio** di non aderenza alla norma.

Dall'osservazione dei soli **record multipli** (5.111) e valutando la sola dimensione ruolo applicativo è emerso che 588 professionisti compaiono con due o in alcuni casi tre ruoli, mentre per i restanti 1.615 che hanno lo stesso ruolo la molteplicità dei record è da imputare a una o più delle altre fattispecie (medico che opera in più di una ATS, medico assegnato a più di una struttura/reparto, medico con attributi prescrittivi differenti).
Classificando le complessive 2.203 teste che presentano record multipli per il numero di strutture differenti in cui esse risultano presenti, si rileva che la maggior parte di esse (1.576) sono presenti in 2 strutture, mentre 397 medici risultano profilati presso 3 o più strutture.
Per quanto riguarda gli attributi, la maggior parte (4.358) dei record multipli risulta avere un unico attributo; tuttavia, 63 record presentano 3 o più attributi.
La presenza di record multipli (o la compresenza di più attributi in uno stesso record) evidenzia situazioni **potenzialmente ma non certamente** a rischio di inadempienza al dettato normativo, ed in quanto tali meritevoli di ulteriori verifiche ed approfondimenti documentali.

Si ritiene che lo strumento di ricognizione proposto possa essere utile alle ATS ai fini dell'**aggiornamento dell'elenco dei prescrittori**, così come previsto dalla DGR 6917/2017 e inserito nelle c.d. "*Regole di Sistema 2023*", nonché a ciascun Ente, affinché lo stesso possa definire, ai fini di ottimizzazione dell'organizzazione del lavoro, la situazione dei prescrittori presso le proprie strutture, per le quali sono responsabili della richiesta di inserimento di medici prescrittori nell'elenco.

VALUTAZIONI IN MATERIA DI FUNZIONI NON TARIFFABILI E DI MAGGIORAZIONI TARIFFARIE

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

La possibilità di finanziare le attività di didattica e di ricerca svolte all'interno di strutture ospedaliere è stata introdotta nell'ordinamento giuridico italiano rispettivamente con **D.M. Sanità 14 dicembre 1994** e **D.M. 30 giugno 1997**.
Tale modalità di finanziamento, cui si può far ricorso attraverso programmi finalizzati regionali qualora tali attività non risultino altrimenti finanziate, si è aggiunta a quelle elencate all'art. 8-sexies, comma 1, del **D. Lgs. 502/1992**, ossia:

- remunerazione in base a tariffe predefinite a livello nazionale, ma modulabili in aumento o in diminuzione dalle Regioni;
- remunerazione in base al costo standard per alcune tipologie di attività delineate dalla norma che non trovano riscontro nelle tariffe.

Il **D. Lgs. 517/1999** ha specificato il razionale di tale finanziamento, riconducendolo ai **maggiori costi indotti dalle attività di didattica e ricerca sulle attività assistenziali** delle strutture sanitarie che ospitano tali funzioni, e ha previsto che le Regioni concorrano al finanziamento delle strutture ospedaliero-universitarie che ospitano tali attività attraverso una remunerazione determinata sulla base di uno specifico accordo Stato-Regioni (art. 7, commi 1 e 2).

Nel 2010, **Regione Lombardia**, esercitando l'autonomia legislativa stabilita dalla riforma del Titolo V della Costituzione[15] , con la **L.R. 7/2010,** che ha integrato la L.R. 33/2009**,** ha introdotto l'istituto delle *Maggiorazioni Tariffarie* a favore di strutture sanitarie eroganti attività di didattica o ricerca[16], con l'obbiettivo di supportarle nella copertura dei maggiori costi che gravano sull'attività assistenziale di quelle strutture ospedaliere che erogano l'attività di didattica e ricerca, coerentemente a quanto già espresso nel D.lgs. 517/1999.
Tali costi sono legati:

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

Per quanto concerne la Didattica, che il finanziamento riguardi la sola attività professionalizzante viene implicitamente rinforzato con la previsione dell'art. 35 della L.R. 33/2009 (*Finanziamento delle strutture sanitarie convenzionate con le Università*)[17], il quale ribadisce che **gli oneri per tutta l'attività didattica sono a carico dell'Università**.
Il perimetro normativo di riferimento dell'istituto è definito dall'art. 27 bis della L.R. 33/2009 integrato dalle disposizioni della Giunta che definisce che all'istituto possano accedere, su istanza volontaria e previa verifica della sussistenza di alcuni criteri di accesso:

[15] *Le Regioni possono esercitare le proprie competenze legislative* […] *nel rispetto dei principi fondamentali posto dalle leggi dello Stato*, così come asserito dalla nella sentenza Corte costituzionale n. 329, 27 ottobre – 4 novembre 2003 (GU n. 45 del 12-11-2003).

[16] Oggi **art. 27 bis della L.R. 33/2009**: *Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - poli universitari*)

[17] Così come modificato dalla L.R. 33/2017.

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

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

L'applicazione pratica dell'istituto della maggiorazione tariffaria consiste in una remunerazione pari a un **incremento percentuale applicato al valore della produzione finanziato**[18] derivante da attività di ricovero:

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

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

- gli indicatori e le modalità operative per la determinazione dello spettante, sulla base dei criteri identificati dai commi 2[19]-3[20] dell'art. 27 bis);
- la determinazione dei parametri[21] per la verifica del consolidamento dei bilanci, e per l'assolvimento dell'impegno di cui ai commi 5 e 4;
- l'ammontare annuale complessivo di risorse da destinare all'istituto di cui al comma 7.

L'art. 11, comma 4, lettera f) della Legge Regionale 33/2009 attribuisce ad ACSS la funzione di valutare la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione delle Maggiorazioni Tariffarie (MT) di cui all'articolo 27 bis e la facoltà di proporre nuovi indicatori/ criteri.

In ottemperanza a tale mandato, nelle sue relazioni [22], ACSS ha evidenziato in un'ottica di semplificazione procedurale la necessità di rivedere, l'intero processo di attribuzione e, contestualmente, ha segnalato alcune potenziali criticità avanzando suggerimenti per il miglioramento dell'impianto di distribuzione delle risorse.

[18] Il valore finanziato viene individuato tenendo conto dei ricoveri ordinari dei residenti in Lombardia, con esclusioni delle produzioni rese in day hospital o day surgery nonché delle mobilità interregionali (cfr. paragrafo XX). A questo proposito si richiama L'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria del 31 marzo 2020 (atto rep. 20/54/CR/7b/C7), che riporta quanto segue (p. 96):
"*Alle Aziende miste viene riconosciuto dal 1° gennaio 2004 un incremento tariffario del 7% per i maggiori costi assistenziali determinati dalle attività di didattica e ricerca*".

[19] Per la didattica, tali criteri sono elencati al comma 2:
a) numero dei posti letto attivi destinati alle attività didattiche;
b) numero degli studenti frequentanti il polo didattico;
c) numero del personale formalmente dedicato alla formazione e al tutoraggio.

[20] Per la ricerca, i criteri sono elencati al comma 3:
a) numero del personale addetto alle attività di ricerca per posto letto;
b) numero di progetti di ricerca in corso di svolgimento presso la struttura;
c) impact factor standardizzato della struttura.

[21] *a) rispettare gli standard definiti dalla Giunta regionale in ordine all'instaurazione, in via prioritaria e prevalente, di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con i medici e con il personale infermieristico;*
b) presentare il consolidamento dei bilanci con evidenziazione dei conti economici relativi all'attività sanitaria;
c) perseguire la razionalizzazione dei costi dell'organizzazione delle attività e conseguentemente delle prestazioni erogate nei piani strategici triennali per gli IRCCS di diritto pubblico e per le strutture di ricovero e cura pubbliche convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, o in appositi documenti programmatici a valenza triennale per gli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto e per le strutture di ricovero e cura private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia.

[22] *Relazione sulle maggiorazioni tariffarie- Det. ACSS n° 59 del 17.06.2021*
Relazione sulle maggiorazioni tariffarie – Det. ACSS no. 6 del 14/02/2018
Valutazione metodologica preventiva su proposta di completamento dell'iter di attribuzione dell'istituto di maggiorazioni tariffarie ex art. 27 bis L.R. 33/2009 per gli anni 2013-2017".

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

Al fine di fornire spunti di riflessione sul processo di determinazione degli importi distribuiti, la relazione prodotta nel 2021 è stata strutturata includendo, in una prima parte, una descrizione del macro-processo di attribuzione del contributo, corredata dalla rappresentazione delle sue dimensioni più rilevanti e, nella seconda, di natura più tecnica, l'analisi di dettaglio delle singole fasi finalizzata alla valutazione della corretta applicazione dei criteri di accesso identificati e degli indicatori individuati per l'attribuzione delle fasce di maggiorazione.
In ottemperanza al mandato conferitole ACSS ha altresì elaborato una proposta di modello per la determinazione delle fasce, con una rappresentazione sintetica delle osservazioni e delle raccomandazioni emerse nel documento, formulata in ottica integrata quale contributo ad una auspicabile collaborazione istituzionale anche sul tema maggiorazioni tariffarie.

SINTESI

Non essendo intervenute modifiche rispetto all'impianto analizzato nella succitata relazione, ACSS ha ritenuto che potessero considerarsi valide ed esaustive le osservazioni e le poste di miglioramento già rappresentate nella relazione di cui sopra, in particolare con riferimento alla necessità di semplificare il processo di attribuzione delle risorse allocate all'istituto e soprattutto focalizzarlo maggiormente sulla finalità espressa dalla norma.

*Ai fini di completezza informativa, si ripropone nel seguito un **quadro sinottico** delle principali osservazioni emerse, organizzate in un'ottica integrata rispetto al tema proposto ed alla fase di processo in cui si collocano e classificate secondo il livello decisionale di coinvolgimento ipotizzato per la relativa risoluzione secondo le seguenti modalità:*

- ***Livello Istituzionale**: le osservazioni poste a questo livello richiedono un intervento legislativo di recepimento di modifiche de facto o di modifica dell'attuale configurazione normativa;*
- ***Livello Esecutivo**: rientrano nel seguente livello le osservazioni che, in conformità con quanto stabilito a livello normativo, presuppongono l'intervento della Giunta Regionale sul piano tecnico/decisionale e per l'emanazione di opportuni atti pubblici;*

***Livello Operativo**: in questo livello rientrano le osservazioni sull'iter tecnico di definizione delle somme spettanti volte aumentare la coerenza rispetto al dettato normativo, e possono essere implementate dalle competenti strutture tecniche di DG Welfare*

FASE DI RIFERIMENTO	OSSERVAZIONI	SUGGERIMENTO	LIVELLO DECISIONALE
STRUTTURAZIONE DELL'ISTITUTO	L'Art. 27 bis, comma 6, della L.R. 33/2009 e s.m.i. identifica l'istituto come alternativo alle Funzioni non Tariffate (FNT) della didattica universitaria e di ampiezza del case mix. Regione Lombardia, con DGR 2014/2019, recependo le indicazioni fornite da ACSS, ha espunto dal novero delle FNT alcune funzioni, tra cui quella della didattica universitaria. Si evidenzia, tuttavia, come tutt'ora non sia stato aggiornato il testo di legge che disciplina l'istituto delle maggiorazioni tariffate.	Aggiornare il testo di legge che disciplina l'istituto delle maggiorazioni tariffarie.	**LIVELLO ISTITUZIONALE**
NATURA ED ENTITÀ DELLO STANZIAMENTO ANNUALE	L'istituto finanzia con uno stanziamento unico due distinte fattispecie di attività. Il fatto che in sede di definizione dello stanziamento sia determinato un importo complessivo, distinto tra pubblico e privato, e non uno stanziato per tipo di attività, comporta incertezza sull'entità del finanziamento realmente destinato a ciascuna area di attività (didattica/ricerca)	Si suggerisce di definire, in sede di programmazione annuale, uno stanziamento distinto fra didattica e ricerca.	**LIVELLO ESECUTIVO**
DEFINIZIONE DEL PROCESSO	Il processo di definizione e attribuzione delle maggiorazioni non risulta formalmente descritto in alcun atto normativo.	Ai fini di trasparenza, esplicitare e dettagliare le singole fasi dell'iter di riconoscimento delle maggiorazioni tariffarie in opportuno atto, semplificandolo quanto più possibile.	**LIVELLO ESECUTIVO**
MAGGIORAZIONI TARIFFARIE E FUNZIONI NON TARIFFATE	Dall'analisi condotta emerge un'evidente sovrapposizione tra l'istituto della Maggiorazioni Tariffarie per la ricerca e la Funzione Non Tariffata di Ricerca corrente. Entrambe gli istituti, utilizzando come indicatori quegli stessi indicatori utilizzati dal Min Sal per il finanziamento della ricerca corrente, vanno a finanziare i medesimi progetti già finanziati dal ministero stesso. Stante il fatto che tali finanziamenti sono integrativi, una siffatta attribuzione di risorse finanziando in maniera sovrabbondante le medesime linee di ricerca allontana il contributo economico dalla finalità dell'istituto.	Si suggerisce che la fattispecie (contributo ai maggiori costi operativi connessi all'attività di ricerca) sia finanziata a livello regionale da un unico istituto, preferibilmente le maggiorazioni tariffarie. Si ritiene altresì auspicabile che le risorse siano finalizzate a progetti di ricerca promossi a livello regionale o comunque distinti dai progetti finanziati con la ricerca corrente. Laddove persistesse a scelta di utilizzare due distinti istituti si raccomanda di finalizzare i contributi a linee di ricerca differenziata	**LIVELLO ISTITUZIONALE/ ESECUTIVO**

FASE DI RIFERIMENTO	OSSERVAZIONI	SUGGERIMENTO	LIVELLO DECISIONALE
SISTEMA DI DEFINIZIONE DEGLI IMPORTI SPETTANTI	L'entità del contributo viene determinato applicando una percentuale (che cresce al crescere del punteggio assunto dagli indicatori) al fatturato di ricovero. Ciò comporta che alcuni erogatori con un ampio fatturato di base ricevano un finanziamento più consistente rispetto ad altre e che si sono maggiormente impegnate nell'attività di didattica/ricerca.	Si suggerisce di valutare un sistema di definizione degli importi spettanti costruito su importi assoluti crescenti al crescere dell'impegno profuso, che garantisca una miglior corrispondenza tra punteggi ottenuti ed importi riconosciuti	**LIVELLO ISTITUZIONALE**
BENEFICIARI	La norma identifica come beneficiari le strutture **convenzionati con Poli universitari per il corso di laurea in medicina** e gli IRCCS. Stante la finalità del finanziamento appare logico che il "beneficiario" sia il presidio ospedaliero che ospita rispettivamente studenti di medicina o trial clinici. L'analisi ha tuttavia evidenziato, in alcuni casi, che tale principio non è sempre rispettato con la conseguenza che in alcuni casi il finanziamento è attribuito alla singola struttura ed in altri all'ente (inteso come somma di presidi)	Al fine di garantire maggiore uniformità nell'assegnazione dei punteggi e dunque delle fasce di maggiorazione, chiarire se la richiesta di dati e l'attribuzione dei punteggi sia a livello di Ente o di presidio. Effettuare, per i beneficiari della ricerca, le opportune verifiche in merito al riconoscimento ministeriale di IRCCS per l'anno oggetto di finanziamento *prima* di procedere alla determinazione delle quote spettanti.	**LIVELLO ISTITUZIONALE/ ESECUTIVO**
DECRETO DI ASSEGNAZIONE IMPORTI SPETTANTI	La conclusione dell'iter di definizione degli importi è determinata da un decreto dirigenziale indirizzato alle ATS con le disposizioni finanziarie, atto tecnico e non sottoposto ad obblighi di pubblicità.	In ottica di una maggiore trasparenza, valutare l'emanazione di un formale atto di Giunta che rappresenti gli esiti e gli elementi essenziali dei vari passaggi effettuati.	**LIVELLO ESECUTIVO**
DEFINIZIONE ED EROGAZIONE ACCONTI	L'iter attuale prevede l'avvio dell'erogazione degli acconti avviene con un anno di anticipo rispetto della manifestazione di interesse dei potenziali beneficiari e prima che venga certificato il possesso dei requisiti di accesso all'istituto (richiesti l'anno successivo a quello di competenza). Ciò può comportare che si debba provvedere alla fine dell'iter di determinazione al recupero parziale o totale delle somme erogate.	Anticipare a inizio d'anno di competenza i termini di presentazione dell'istanza e subordinare l'erogazione degli acconti all'esito delle verifiche preliminari condotte da ATS.	**LIVELLO ESECUTIVO**

FASE DI RIFERIMENTO	OSSERVAZIONI	SUGGERIMENTO	LIVELLO DECISIONALE
AVVIO DEL PROCESSO	l'avvio del procedimento non ha avuto l'universalità informativa che, a parere di ACSS, un istituto caratterizzato da volontarietà dovrebbe avere, in particolare, la nota regionale con la quale si dà notizia dell'avvio della procedura è stata inviata a un numero ridotto di potenziali beneficiari (quelli che avevano beneficiato del finanziamento per le annualità precedenti) tralasciando quindi l'informativa a eventuali nuovi potenziali beneficiari	In ottica di maggiore trasparenza del processo si ritiene che tale informativa debba essere estesa a tutti i potenziali beneficiari.	**LIVELLO OPERATIVO**
TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE	La DGR 1153/2019 introduce la perentorietà del termine del 28/02 di presentazione dell'istanza, prevedendo altresì che le non sarebbero state considerate istanze pervenute successivamente a tale data.	Alla luce degli approfondimenti condotti e nell'ottica della perentorietà introdotta si suggerisce di valutare in maniera opportuna le date di trasmissione delle istanze dagli Enti interessati. Qualora inoltre si ritenga che l'istanza possa essere presentata anche con ampio anticipo, si suggerisce di esplicitarlo in un atto formale.	**LIVELLO OPERATIVO**
REQUISITI DI ACCESSO ALL'ISTITUTO: RAZIONAIZZAZIONE COSTI	La traduzione in regola del criterio sulla razionalizzazione dei costi indicato dalla norma non è mai stata aggiornata dal 2010 con la conseguenza che gli obiettivi individuati dall'atto di giunta possono in alcuni casi risultare obsoleti o non allineati con la programmazione sanitaria nazionale e regionale	Prevedere un sistema di regole di accesso più focalizzate sulla programmazione regionale e flessibile negli anni.	**LIVELLO ESECUTIVO**
DEFINIZIONE INDICATORI	Gli indicatori devono traslare in maniera misurabile i criteri espressi dall'articolo di legge, e devono singolarmente e nel loro complesso essere espressivi dei maggiori costi legati alla attività oggetto di finanziamento (attività professionalizzante per la didattica e trial clinici per la ricerca). Le analisi condotte sui singoli indicatori (per il cui dettaglio si rimanda ai capitoli specifici) hanno tuttavia rilevato la definizione degli stessi appare non adeguatamente motivata e strutturazione di alcuni di essi sia tale da risultare premiante per le organizzazioni più complesse, a prescindere dall'effettivo carico di lavoro aggiuntivo connesso alla presenza di studenti o trial clinici. Ciò, in taluni casi, allontana il contributo dalla finalità espressa dalla norma	Si suggerisce una revisione e/o semplificazione del set indicatori in ottica di maggiore focalizzazione al dettato normativo e di salvaguardia da possibili interpretazioni soggettive.	**LIVELLO ESECUTIVO**

FASE DI RIFERIMENTO	OSSERVAZIONI	SUGGERIMENTO	LIVELLO DECISIONALE
DETERMINAZIONE FASCIA: FONTE DATI	Per la costruzione degli indicatori le fonti dati sono utilizzati i flussi regionali e dati direttamente forniti dai potenziali beneficiari o, nel caso della didattica, dagli Atenei di riferimento. In riferimento a questa fattispecie si è tuttavia rilevato che la raccolta avviene attraverso l'utilizzo un format insufficiente a raccogliere le informazioni di dettaglio necessarie ad evitare interpretazioni "soggettive" del dato.	Valutare la modifica del format di rilevazione dati affinché rilevi dati grezzi di maggior dettaglio Inviare, in accompagnamento al format da compilare, indicazioni per la compilazione più chiare, esplicative, aggiornate e coerenti con le ultime disposizioni normative.	**LIVELLO OPERATIVO**

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

La modalità di remunerazione delle prestazioni e dei servizi sanitari offerti dagli erogatori, pubblici e privati accreditati col servizio sanitario è stabilita **dall'art.8-sexies del D.lgs. 502/1992 e s.m.i.** il quale contempla, due principali meccanismi di finanziamento e nello specifico:

1. in base a **tariffe predefinite** (DRG, Tariffa ambulatoriale, etc.)
2. in base al **costo standard** di produzione del programma di assistenza, per le attività che rispondono alle caratteristiche generali previste dal comma 2[23]del medesimo articolo.

L'istituto delle Funzioni non Tariffate rientra in questa seconda tipologia per la quale, il comma 3 del succitato articolo impegna il Ministero della Sanità a stabilire con apposito decreto i criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta.

Il **D.M. Sanità del 14.12.1994,** con l'art.2 comma 5[24], introduce le fattispecie di attività per le quali, purché compatibili con la programmazione nazionale e regionale, è prevista per le Regioni la possibilità di disporre programmi di finanziamento regionali.

Entra ancor più nel dettaglio il **D.M. 30 giugno 1997** che, all'art.3, "definisce, pur sempre con la necessità del riferimento alla programmazione nazionale e regionale, sia le attività (cfr. comma 1[25]) sia le componenti di costo che concorrono alla determinazione della remunerazione (cfr. comma 2[26]).

Le Funzioni non Tariffate vengono introdotte in Regione Lombardia con la **Legge Regionale 31/1997** che all'art.13 comma 15[27], confermato dall'art.27 della **Legge Regionale 33/2009 e s.m.i.**, attribuisce alla Giunta la facoltà di istituire, con un proprio provvedimento, un fondo finalizzato alla remunerazione delle funzioni non tariffate che ne espliciti le modalità di assegnazione e riparto.

---

[23] *Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:*
a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;
b) programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;
c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;
d) programmi di assistenza a malattie rare;
e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992;
f) programmi sperimentali di assistenza;
g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accerta-menti preventivi sui donatori.

[24] *Le regioni e le province autonome, per l'erogazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera relative alle attività di emergenza, di terapia intensiva, di trapianto di organi (ivi comprese quelle relative all'espianto degli organi stessi), di assistenza ai grandi ustionati e, eventualmente, alle attività di altri servizi obbligatori individuati dalla programmazione nazionale e regionale, nonché per lo svolgimento di attività di didattica nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, possono prevedere programmi finalizzati di finanziamento regionale.*[24]

[25] *1.Le regioni e le province autonome prevedono programmi finalizzati di finanziamento regionale mediante i quali remunerare le seguenti attività, ove siano specificamente individuate dalla programmazione nazionale e regionale:*
a) le attività di emergenza e urgenza, ivi compreso il funzionamento delle centrali operative, nonché le attività previste dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31 marzo 1992;
b) le attività delle unità spinali;
c) le attività di assistenza ai grandi ustionati;
d) le attività di trapianto di organi, ivi comprese le attività di mantenimento e monitoraggio del donatore in terapia intensiva, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori;
e) le attività di assistenza ospedaliera in regime di ricovero per i pazienti affetti da malattia da virus della immunodeficienza umana (H.I.V.);
f) le attività di ospedalizzazione a domicilio;
g) le attività di formazione;
h) le attività istituzionali di didattica e di ricerca, in quanto siano specificamente previste e non altrimenti finanziate;
i) altre attività di rilievo regionale, in quanto previste da specifici atti della programmazione sanitaria regionale.

[26] *2. Le regioni e le province autonome determinano l'entità dei finanziamenti da riconoscere alle strutture di ricovero che ne abbiano titolo, in quanto erogano le attività descritte al comma 1, sulla base dei seguenti costi correlati al volume ed alla tipologia delle attività erogate: costi del personale direttamente impiegato, costi dei materiali consumati, costi della manutenzione e dell'ammortamento delle apparecchiature utilizzate e una quota dei costi generali.*

[27] *La Giunta Regionale, con proprio provvedimento costituisce un fondo e determina la modalità del suo riparto e assegnazione finalizzandolo alla remunerazione delle funzioni non tariffarie. Per il finanziamento dei progetti specifici definiti dagli strumenti di programmazione regionale la giunta regionale definisce le somme a carico del fondo sanitario da attribuire alle Aziende Sanitarie con vincolo di destinazione.*

Le modifiche introdotte dalla **Legge Regionale 15/2015** che, all'art.1, istituisce l'Agenzia di Controllo del Sistema SSL conferiscono[28] alla medesima il mandato di valutare la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione della remunerazione delle funzioni non tariffabili e, in funzione degli esiti analitici, la possibilità di proporre ulteriori indicatori alla Giunta regionale.

In ottemperanza al mandato conferitole ACSS, con continuità fin dall'anno di sua istituzione, ha predisposto relazioni tecniche e pareri preventivi che, analizzando l'applicazione dell'istituto, sia in riferimento all'impianto generale che a ciascuna delle funzioni individuate dalla giunta, hanno fatto emergere aree di potenziale miglioramento a fronte delle quali sono state espresse raccomandazioni e suggerimenti che, in taluni casi, hanno assunto la forma di proposte di nuovi modelli di assegnazione maggiormente aderenti al razionale alla base della funzione stessa.

Dalle analisi condotte e condivise con le competenti strutture della DG Welfare è emersa la necessità di una revisione dell'intero processo di attribuzione del finanziamento centrato sul principio che le funzioni non tariffate debbano essere intese come una forma di finanziamento finalizzato, anche integrativo, direttamente proporzionale rispetto allo svolgimento di attività definite e misurabili, ma non tariffabili, e non come un contributo indistinto alla gestione.

Recependo i contenuti espressi ed accogliendo le proposte formulate da ACSS la Giunta Regionale si è impegnata con la DGR 1046 del 17/12/2018 ad una modifica nell'impianto dell'istituto[29] ed In attuazione all'impegno assunto, e con **DGR 2014 del 31/07/2019**, ha approvato, in allegato alla medesima, un documento denominato "*Criteri di assegnazione delle funzioni non tariffabili a valere per l'esercizio 2019 e seguenti*" con il quale ha avviato un percorso di progressiva modifica del processo nella sua interezza che, in prima istanza, ha previsto la soppressione delle funzioni classificate da ACSS come "non più attuali" ed la contestuale istituzione di nuove funzioni di nuova concezione principalmente legate alla valorizzazione delle reti tempo dipendenti e della medicina territoriale .

Di particolare importanza l'introduzione di un debito informativo di contabilità analitica, per gli erogatori privati, quale condizione necessaria per l'accesso all'istituto con la finalità di valorizzare le attività attraverso i "costi standard" sia degli erogatori pubblici che privati.

Nel medesimo atto in un'ottica di modalità innovativa di collaborazione istituzionale tra enti, nel rispetto dei reciproci ruoli, la DGR impegna altresì le strutture compenti della DG Welfare a rimandare a successive verifiche, da effettuarsi con ACCS, la definizione conclusiva degli aspetti di miglioramento degli algoritmi e dei criteri utilizzati per attribuire le risorse e a programmare con i competenti uffici della ACSS una attività di verifica periodica sulla raccolta e qualità dei dati necessari e, più in generale, sulla implementazione del nuovo sistema delle funzioni non tariffabili.

L'insorgenza ed il protrarsi della situazione emergenziale e di assestamento post emergenziale legata all'infezione COVID 19 hanno rallentato il prosieguo del percorso previsto, conseguentemente l'impianto di finanziamento introdotto dalla DGR 2014/2019

[28] Comma 4 lettera e).

[29] *"che individuerà le attività da remunerare a funzione secondo criteri e costi standard stabiliti nel rispetto delle indicazioni fornite dall'Agenzia di Controllo del SSL."*

ha mantenuto la sua validità anche per gli anni 2022 e 2023 (DGR n. XII/ 179 del 27.04.2023 e dalla DGR n. XII/2334 del 13/05/2024).

SINTESI

Alla luce di quanto sopra esposto ACSS ha ritenuto, in riferimento a tali annualità (2022-2023), di confermare la validità ed esaustività delle osservazioni, raccomandazioni e suggerimenti già rappresentati nella relazione prodotta nel 2022 quali contributi a quanto disposto dalla DGR n. XII/ 179 del 27.04.2023 che, anche in virtù delle interlocuzioni in corso tra Regione Lombardia e Ministero della Salute in materia di funzioni non tariffate, dà mandato alla Dg Welfare di "*..di procedere all'elaborazione di una proposta di revisione delle funzioni non tariffate ex D.lgs. n. 502/1992 da applicarsi a valere dall'esercizio 2024 e successivi*" :

- *miglioramento della coerenza tra il razionale e i criteri di distribuzione delle risorse di ciascuna funzione, che, in alcuni casi, pur essendo formalmente corretti, sembrano rispondere ad una logica diversa rispetto a quella espressa nel razionale;*
- *necessità, laddove l'accesso alla funzione sia subordinato al possesso di determinati requisiti, che gli stessi siano definiti preventivamente in maniera precisa affinché possano essere oggetto di verifica, anche nelle fasi intermedie;*
- *coerenza degli impianti di ciascuna funzione sia con il quadro normativo di riferimento, che con le altre funzioni, considerate quali parti di un unico e organico sistema di finanziamento,*

evidenza del rispetto del disposto dell'art. 8-sexies, comma 1, del D. Lgs. 502/1992 e ss.mm. ii. sulla remunerazione in base al costo standard.

MONITORAGGIO E CONTROLLO DEL LIVELLO DI MATURITÀ DELL'IMPLEMENTAZIONE DI INNOVAZIONI E INTERVENTI INERENTI ALLA SANITÀ DIGITALE

Nel mese di dicembre 2023 con la pubblicazione delle DD.GG.RR. N° XII / 1474, 1476, 1508, 1549 e 1673 del 2023 la Direzione Generale Welfare ha individuato l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS) quale soggetto correlato intermediario per la realizzazione di diverse progettualità in tema di Sanità Digitale inerenti ad obiettivi e fondi del PNRR e/o regionali, e in particolare:

- FSE 2.0 (M6C2 1.3.1): il PNRR promuove il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione mediante interventi finalizzati all'evoluzione e potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (*DGR n. XII/1474/2023*);
- FSE – PACS e VNA (M6C2 1.3.1): nell'ambito dell'obiettivo PNRR di potenziamento del Fasciolo Sanitario Elettronico, si ritiene in particolar modo importante che tutte le immagini digitali prodotte dagli Enti sanitari pubblici e privati accreditati nel corso dell'attività sanitaria alimentino il FSE, mediante l'implementazione e sviluppo del servizio di gestione centralizzata di immagini e biosegnali (*DGR n. XII/1476/2023*);
- Sistema per la Gestione Digitale del Territorio – SGDT (M6C1 1.2.2): nell'ambito dei finanziamenti previsti dal PNRR, si inserisce la realizzazione di interventi tecnici, architetturali, e funzionali finalizzati al potenziamento del Sistema per la Gestione Digitale del Territorio per supportare l'erogazione dei servizi welfare, coinvolgere i nuovi attori del processo assistenziale, consentire la disponibilità di dati in tempo reale e semplificare l'accesso ai servizi sociosanitari da parte dei cittadini (*DGR n. XII/1508/2023*);
- Competenze digitali (M6C2 1.3.1): sempre nell'ambito dei finanziamenti previsti dal PNRR e, in particolare, del potenziamento del FSE, vi sono gli interventi finalizzati all'implementazione del piano operativo per la formazione volta ad incrementare le competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario nell'uso e alimentazione del FSE (*DGR n. XII/1549/2023*);
- Centro Unico di Prenotazione – CUP: si prevede lo sviluppo e l'implementazione di un sistema unico e centrale per la gestione e ottimizzazione dell'offerta sanitaria degli Enti del SSR, il cosiddetto CUP Unico regionale (*DGR n. XII/1673/2023*).

In merito alle progettualità sopra richiamate, la DG Welfare con decreto n. 5803 del 12/04/2024 ha delegato ACSS ad effettuare attività di controllo, monitoraggio e supporto ai fini della rendicontazione degli interventi previsti, anche mediante audit presso gli Enti utilizzatori.

Inoltre, in considerazione delle azioni intraprese da DG Welfare, dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, dal Dipartimento per la Trasformazione Digitale e da Agenas, finalizzate all'attuazione di un imponente potenziamento della digitalizzazione della Sanità, a seguito di approfondimenti del Comitato di Direzione e congiuntamente con la Direzione Generale, si è ritenuto utile inserire il monitoraggio di

alcune tematiche inerenti la Sanità Digitale all'interno del piano triennale dei controlli e dei protocolli (PCP).
Si riportano di seguito alcuni concetti ed aspetti rilevanti inerenti alle tematiche inserite nel PCP.

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Il Fascicolo Sanitario Elettronico costituisce lo strumento che raccoglie "*l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo* sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito" come definito dal DPCM n.178/2015 che ne specifica finalità e regole. Il tema del FSE viene ripreso e aggiornato con due decreti del Ministero della Salute nel 2022: il decreto del 20 maggio, "Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fasciolo sanitario elettronico" nel quale vengono specificati i requisiti obbligatori e raccomandati in connessione agli obiettivi e fondi del PNRR, includendo anche misure di monitoraggio dell'utilizzo del FSE, e il decreto del Ministero della Salute del 7 settembre 2023 con il quale vengono dettate disposizioni attuative, in relazione al decreto- legge n. 179/2012, circa i contenuti del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), nonché i limiti di responsabilità e compiti dei soggetti che concorrono alla sua implementazione, garanzie e misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità e livelli diversificati di accesso al FSE.

Il FSE, quindi, è stato concepito per "coprire" l'intera storia clinica del paziente, in quanto alimentato costantemente dai professionisti che erogano attività sanitarie e sociosanitaria nell'ambito del SSN ma anche dal cittadino stesso che può caricare documenti o inserire informazioni all'interno "taccuino personale dell'assistito". Il FSE è istituito, previo consenso dell'assistito nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione perseguite dai soggetti del SSN e dei servizi sociosanitari regionali che prendono in cura l'assistito. Tali soggetti, nel caso in cui il cittadino lo desideri e li autorizzi esplicitamente, possono consultare online i documenti sanitari digitali contenuti nel FSE per finalità di cura.

In precedenza, lo sviluppo è stato rallentato da problematiche connesse all'inadeguato livello di maturità dei sistemi informativi aziendali che non consentiva l'adeguato popolamento del FSE, la presenza di un'architettura disomogenea, l'assenza/scarsità di servizi rivolti al cittadino e assenza di servizi per il supporto alla ricerca. Attualmente, con il FSE 2.0 si vogliono superare questi limiti e promuoverne l'attuazione e utilizzo.

Il potenziamento del FSE costituisce anche un elemento essenziale per l'efficacia di altri servizi rivolti al cittadino, su cui si sta investendo molto, anche con fondi del PNRR, ovvero il progetto connesso alla Telemedicina che prevede servizi come la televisita, il teleconsulto, il telemonitoraggio e la teleassistenza e che richiede una condivisione dell'attività tra i professionisti e il professionista e il cittadino.

Le linee guida FSE già indicano come obiettivo la necessità di fornire dati per personalizzare le cure all'assistito: "Il FSE è un ecosistema di dati per una cura sempre più personalizzata". Con questa finalità, il FSE potrà raccogliere anche dati che identificano biologicamente l'assistito, quali: dati fenotipici e genotipici. In questo modo, si possono porre le basi per

abilitare l'attuazione della medicina personalizzata, ovvero un approccio alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e al monitoraggio epidemiologico delle malattie. Il FSE può fornire, quindi, servizi che "sulla base di modelli predittivi e di analisi integrata di tali dati, supportano i Medici Specialisti nella scelta della terapia verso trattamenti più mirati e utili a ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in soggetti fragili e/o affetti da patologie croniche" (ovviamente considerando l'anonimizzazione e pseudonimizzazione dei dati).

Il potenziamento del FSE consente molteplici benefici per i diversi stakeholder: il passaggio dalla verticalizzazione e occasionalità della prestazione specialistica ospedaliera alla presa in carico e monitoraggio delle condizioni di salute in ambito individuale ma anche comunitario; la comunicazione in forma elettronica in tempo reale dell'assistito tra medico e assistito; il potenziamento dei Servizi online per il cittadino e gli operatori; un "Welfare della corresponsabilità" tra produttori pubblici e privati di servizi per i cittadini e il passaggio da documenti elettronici (pdf, foto, ecc.) a dati elettronici strutturati anche per consentire future applicazioni di intelligenza artificiale (IA). La realizzazione delle diverse progettualità e servizi sopra citati, richiedono una realizzazione a livello centrale, ma soprattutto a livello regionale e degli enti erogatori. Per questo motivo occorre un concorso di responsabilizzazione dei tre livelli del servizio sanitario nazionale.

In questo contesto, ACSS ritiene di avviare un'attività di controllo con la collaborazione e partecipazione delle ATS, affinché sia possibile monitorare lo stato attuale e di avanzamento del FSE per la realizzazione dei diversi obiettivi a cui può dare risposta.

La programmazione di attività di controlli inerenti all'utilizzo e al potenziamento del FSE portando tale evoluzione verso il così detto FSE 2.0 si inserisce anche come conseguenza del mandato per il 2022 della DG Welfare alle strutture rispetto alla necessità di adeguare i propri sistemi informativi così da poter produrre e rendere disponibili i documenti sociosanitari con le specifiche definite a livello nazionale (DGR n. XI/6387/2022). Nell'ambito del PNRR, con la DGR n. XI/6928/2022, la DG Welfare riceve il mandato di svolgere alcune attività in coerenza con le Linee Guida per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. In particolare, deve ridefinire i contenuti della componente centrale prevista dalla DGR n. XI/2125/2021 nell'ambito dell'implementazione di una nuova componente architetturale rivolta alla raccolta in tempo reale e gestione delle immagini diagnostiche digitali che vada ad alimentare il FSE 2.0, inserire tale progettualità nel piano di adeguamento per il potenziamento dell'infrastruttura digitale dei sistemi sanitari previsto dal PNNR e coordinare le attività di predisposizione del piano di adeguamento per il potenziamento del FSE.

Data la rilevanza del tema e il livello dei finanziamenti impegnati, è necessario che sia presente all'interno dei Piani di Controllo delle ATS una sezione che preveda le verifiche e proposte, relative agli ambiti dell'innovazione tecnologica e della sanità digitale e inclusive dell'attività sotto riportata.

Dal punto di vista dell'alimentazione del FSE, ACSS analizzerà periodicamente i dati inerenti all'effettiva pubblicazione dei documenti sul FSE, in termini di completezza (effettiva pubblicazione dei documenti/referti a seguito di una prestazione erogata), ma anche di

tempestività nel renderli disponibili (quale tempo intercorso tra refertazione/redazione e pubblicazione sul FSE).

L'ulteriore verifica che verrà svolta è, per alcune tipologie di documenti, la pubblicazione dei documenti per specialità, allo scopo di verificare che l'adeguamento sia trasversale nell'ambito delle attività clinico assistenziali degli erogatori e che non sia concentrata su singole discipline.

Le analisi condotte includeranno quindi diversi livelli di approfondimento e, integrate con i dati rilevati dalle ATS, consentiranno di individuare le casistiche ritenute "critiche" sia dal punto di vista organizzativo che tecnologico, in termini di raggiungimento degli obiettivi regionali e nazionali.

Ricetta Dematerializzata Elettronica

Oltre alla L.R. 33 del 2009 la quale enfatizza l'importanza del passaggio alla ricetta elettronica il D.L. 18 ottobre 2012, n. 179 (cd. "Agenda Digitale") dispone la graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico, al fine di migliorare i servizi ai cittadini e rafforzare gli interventi di monitoraggio della spesa sanitaria, definendo già degli obiettivi percentuali da raggiungere su tutte le ricette prodotte: almeno il 60% nel 2013, l'80% nel 2014 e il 90% nel 2016. La diffusione della ricetta dematerializzata, disciplinata dal Decreto interministeriale del 2 novembre 2011, risponde a diverse esigenze ed opportunità, tra le quali quella di assicurare un'immediata rilevazione di eventuali anomalie di compilazione che possono così essere corrette prima che venga emessa, una maggior leggibilità dei contenuti, riducendo gli errori dovuti ad interpretazioni scorrette e un miglioramento in materia di appropriatezza delle prescrizioni. La digitalizzazione delle prescrizioni consente anche di attivare strumenti di controllo, sia in termini di verifiche preventive all'erogazione che di rendicontazione da parte degli stessi erogatori.

Nel 2022, considerando le prescrizioni di specialistica ambulatoriale, solo il 62% delle ricette di specialistica ambulatoriale rendicontate in 28/san sono effettivamente dematerializzate (DGR n. XII/511/2023). Si è, pertanto, ancora lontani rispetto al raggiungimento degli obiettivi di cui al decreto precedentemente citato. Attualmente, con la medesima DGR, è stato assegnato un obiettivo di raggiungimento di minimo 80% di ricette dematerializzate rispetto al totale delle prestazioni ambulatoriali complessivamente erogate entro il 2023.

Inoltre, la ricetta dematerializzata consente un monitoraggio dello "stato" delle ricette, ovvero se sono "bloccate" (prenotate e in attesa di essere erogate) ed "erogate", riducendo il fenomeno delle "doppie prenotazioni" e quindi anche del "no show" degli utenti. È evidente che tale ambito di sviluppo e potenziamento ha un impatto positivo sull'organizzazione riducendo le inefficienze e, conseguentemente, si riflette sul problema dei tempi d'attesa per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e sull'erogazione degli esami strumentali.

Sistema per la Gestione Digitale del Territorio (SGDT)

Il PNRR individua la digitalizzazione dei processi sociosanitari e sanitari come uno dei pilastri essenziali per lo sviluppo della sanità nazionale e per garantire una presa in carico efficace e costante dei pazienti. L'implementazione di sistemi informativi efficienti all'interno dei processi di cura ricade su ampie aree e servizi offerti, per tale ragione diventa fondamentale garantire la piena interoperabilità tra le piattaforme abilitanti nazionali, i sistemi regionali e quelli aziendali incrementando quindi l'accessibilità e inclusività dei servizi per i pazienti.

La disponibilità di sistemi informativi moderni ed efficienti e l'utilizzo di tecnologie digitali innovative rappresentano quindi elementi fondamentali per supportare la concreta attuazione del nuovo modello di gestione dei servizi sociosanitari, per favorire lo sviluppo dei servizi territoriali, lo sviluppo di percorsi di telemedicina e la fattiva integrazione dei servizi ospedalieri con i servizi territoriali.

La DGR 5872 del 24 gennaio 2022 la quale approva l'offerta Tecnico Economica relativa al progetto "Nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio" si concretizza nella realizzazione di una nuova soluzione applicativa unica e centralizzata messa a disposizione da Regione Lombardia per supportare gli Enti nell'attuazione dei processi sociosanitari integrati ospedale-territorio e nel concreto funzionamento delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali.

Il Sistema per la Gestione Digitale del Territorio, avviato nel 2022, è l'applicativo regionale dedicato alla gestione informatizzata dei processi sociosanitari di ambito territoriale che si integra con i sistemi informativi sanitari. Il SGDT dovrà integrarsi e poter "interagire" anche con la Infrastruttura Regionale di Telemedicina di cui alla Missione 6 del PNRR investimento 1.2.3.2, cui Regione Lombardia è capofila a livello Nazionale per la componente software e Regione Puglia è capofila per la componente postazioni di lavoro.

La piena integrazione tra i vari sistemi nazionali, regionali e aziendali consentirà così agli operatori e ai cittadini di poter disporre oltre ai servizi di telemedicina (telemonitoraggio, teleconsulto, televisita e teleassistenza), poter accedere alle prestazioni erogate dal SSR, avendo sempre a disposizione tutte le informazioni legate al processo di cura o di presa in carico, potendo "fidare" nella massima organizzazione e strutturazione dei processi ad essi sottesi.

Nello specifico il sistema SGDT è finalizzato ad una gestione in modalità completamente informatizzata del processo di valutazione dei bisogni assistenziali e di impostazione del piano assistenziale individuale, includendo sia le componenti infermieristiche e sociali, e di gestione delle attività di prenotazione, esito delle erogazioni delle prestazioni in tempo reale.
Nel corso del 2022, è stato stabilito dalla DGR n. XI/5872/2022 che il nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio fosse impiegato per la gestione completamente digitalizzata dei seguenti ambiti:

- Gestione del Punto Unico di Accesso (PUA) per l'accoglienza del paziente e la presa in carico delle situazioni di fragilità;

- Valutazione dei bisogni semplici e complessi;
- Definizione del Progetto Individuale;
- Attuazione del Progetto Individuale, attraverso l'attivazione dei nodi della rete sociosanitaria coinvolti, grazie al supporto della Centrale Operativa Territoriale (COT);
- Recepimento dei Piani di Assistenza Individuale (PAI) elaborati dai servizi sociosanitari;
- Monitoraggio dell'attuazione del Progetto Individuale, attraverso la connessione con i sistemi dei gestori per recepire eventi e informazioni inerenti alla realizzazione dei PAI;
- Condivisione del diario multidisciplinare.

ACSS si pone, quindi, l'obiettivo di mappare lo stato di implementazione di ogni singolo componente e del livello di attivazione raggiunto del Sistema per la gestione Digitale del Territorio.

SINTESI

La Sanità Digitale offre molti benefici, tra cui l'efficienza, l'accessibilità, l'inclusività, la personalizzazione delle cure e l'ottimizzazione dell'offerta sanitaria. Tuttavia, ci sono anche alcune sfide da affrontare, come l'implementazione di sistemi informativi efficienti, l'interoperabilità tra le piattaforme, la responsabilizzazione dei diversi livelli del servizio sanitario nazionale e l'incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario.

In considerazione delle azioni intraprese da DG Welfare, dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, dal Dipartimento per la Trasformazione Digitale e da Agenas, finalizzate all'attuazione di un imponente potenziamento della digitalizzazione della Sanità, e a seguito del decreto n. 5803 del 12/04/2024 con il quale la DG Welfare ha delegato ACSS ad effettuare attività di controllo, monitoraggio e supporto ai fini della rendicontazione degli interventi previsti, anche mediante audit presso gli Enti utilizzatori, a seguito di approfondimenti del Comitato di Direzione e congiuntamente con la Direzione Generale, si è ritenuto utile inserire il monitoraggio di alcune tematiche inerenti la Sanità Digitale all'interno del piano triennale dei controlli e dei protocolli (PCP).

Si riportano di seguito alcuni ambiti di monitoraggio per le differenti tematiche:

- FSE 2.0:
  - ACSS analizzerà periodicamente i dati inerenti all'effettiva pubblicazione dei documenti sul FSE, in termini di completezza, ma anche di tempestività nel renderli disponibili.
- RICETTA DEMATERIALIZZATA ELETTRONICA:
  - ACSS analizzerà periodicamente la diffusione di utilizzo del modulo prescrittivo inerente la produzione delle ricette dematerializzate, anche in relazione agli obiettivi regionali

- SISTEMA PER LA GESTIONE DIGITALE DEL TERRITORIO (SGDT):

ACSS si pone, quindi, l'obiettivo di mappare lo stato di implementazione di ogni singolo componente e del livello di attivazione raggiunto del Sistema per la gestione Digitale del Territorio.

SICUREZZA DEL PERSONALE SANITARIO - LR 15/2020

La violenza verbale e fisica nei confronti degli operatori sanitari rappresenta un fenomeno sottostimato. Gli episodi di aggressione contro il personale del SSN costituiscono eventi avversi, in taluni casi eventi sentinella, in quanto segnali della presenza, nell'ambiente di lavoro, di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.
Il Ministero della Salute attraverso la **Raccomandazione n. 8/2007** ha raccomandato la conduzione di analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative.
Attraverso la **DGR n.1986 del 23 luglio 2019** "*Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'esercizio 2019 – secondo provvedimento 2019", Sub Allegato C "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio*" - Regione Lombardia è intervenuta sul tema delle aggressioni, fornendo indicazioni organizzative e metodologie di analisi al fine di poter prevenire e contrastare il fenomeno.
Con la **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 e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, delle Agenzie di tutela della salute (ATS) e dell'Azienda regionale emergenza urgenza (AREU), è stato posto in capo all'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario lombardo (**ACSS**) il monitoraggio degli gli episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie.
Tramite la **Legge 113 del 14 agosto 2020** "*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 predisporre elementi di tutela dei lavoratori attraverso diverse azioni di sistema e a garantire che tutte le regioni monitorino efficacemente il fenomeno.
La norma ha istituito, presso il Ministero della salute, l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (**ONSEPS**).
L'ONSEPS acquisisce, con il supporto dell'osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, istituito presso l'Agenas, e degli ordini professionali, i dati regionali relativi all'entità e alla frequenza degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. L'osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità trasmette all'ONSEPS, tramite l'Agenas, i dati acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (CRGRS), di cui all'articolo 2, comma 4, della legge 8 marzo 2017, n. 24.
Con la **DGR n. 6902 del 05 settembre 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 confermata la necessità di proseguire nelle attività di rilevazione e monitoraggio del fenomeno degli atti di violenza a danno degli operatori, attraverso la somministrazione di una survey, in capo all'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS), a tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, le Agenzie di tutela della salute (ATS), l'Agenzia regionale emergenza urgenza

(AREU), i Medici di Medicina Generale (in forma singola ed associata) ed Pediatri di Libera Scelta (in forma singola ed associata)
Allo scopo di dar seguito al mandato normativo della LR 15/2020 e avviare il monitoraggio del fenomeno, nel corso del 2021 ACSS ha avviato una prima survey e successivamente, nel 2022, la seconda survey:

Tabella 5

Descrizione	*Data avvio raccolta dati*	*Data fine raccolta dati*	*Dati raccolti/oggetto di indagine*
Prima Survey	20.08.2021	30.08.2021	Episodi di violenza negli anni 2019 e 2020
Seconda Survey	19.09.2022	31.10.2022	Episodi di violenza nell' anno 2021

Considerata la necessità di dover raccogliere un set di dati rappresentativo della situazione regionale, le **ATS**, oltre a fornire i dati raccolti all'interno del proprio contesto organizzativo, sono state **attivamente coinvolte/coordinate** nella distribuzione capillare delle survey a tutto il contesto sanitario e sociosanitario territoriale pubblico e privato accreditato.
Il monitoraggio ha rappresentato e rappresenta il quadro di riferimento su cui si è attivato e costituito nel giugno 2022 il Tavolo Tecnico (art. 3 c.3 LR 15/2020), che ha tra gli scopi l'emanazione di linee guida.
Risulta dalla precedente descrizione che i dati raccolti rispondono a due diverse esigenze: l'una finalizzata all'evasione delle richieste che pervengono dal livello nazionale (ONSEPS), l'altra alla più ampia previsione della L.R. 15/2020. Quest' ultima comprende i dati nazionali estendendo sia la platea dei soggetti tenuti al debito informativo (privati accreditati oltre che pubblici), sia il numero e la tipologia dei dati richiesti.
I dati per il livello nazionale vengono raccolti dal CRGRS e veicolati al Ministero tramite AGENAS; i dati del livello regionale sono invece stati raccolti ed elaborati da ACSS.
La rilevazione di ACSS è stata effettuata con una tempistica consona alla peculiarità e complessità della rilevazione stessa.

OBIETTIVO

In ottemperanza all'art. 3 c 2 della Legge regionale 8 luglio 2020 - n. 15, in continuità con quanto predisposto negli anni precedenti, nel corso del 2023 è stata mantenuta attiva la sorveglianza ed il monitoraggio sugli atti di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie ed è quindi stata avviata la terza survey.

METODI

L'acquisizione delle informazioni, necessarie al monitoraggio, è stata condotta attraverso la somministrazione di uno specifico questionario a tutte le strutture sanitari e sociosanitarie pubbliche, private accreditate, IRCSS, AREU e ai MMG/PLS/MCA di Regione Lombardia. La somministrazione dei questionari è avvenuta attraverso piattaforma digitale dedicata.
I quesiti posti all'interno dei questionari rispondono a quanto disposto dalla DGR n. 1986/2019 e alle indicazioni della Legge n. 113/2020.
Si riporta, di seguito, una descrizione sintetica dell'attività.

Tabella 6

Descrizione	*Data avvio raccolta dati*	*Data fine raccolta dati*	*Dati raccolti/oggetto di indagine*
Terza Survey	18.09.2023	18.10.2023	Episodi di violenza nell'anno 2022 e primo semestre 2023

Tabella 7 Gantt attività

FASI/ATTIVITÀ	*ANNO 2023*											
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Revisione/aggiornamento questionario di raccolta dati.				■	■	■						
Coordinamento con i referenti della piattaforma digitale dedicata alla somministrazione del questionario e con DGW							■	■	■			
Coordinamento con i referenti di ATS									■			
Predisposizione e inoltro nota di avvio raccolta dati.									■			
Somministrazione questionario									■	■		
Monitoraggio attivo Survey									■	■		
Estrazione dati										■	■	
Rappresentazione e analisi dei dati raccolti.										■	■	
Stesura rapporto conclusivo												■

Per i dettagli/esiti sui risultati dell'indagine, si rimanda allo specifico allegato.

SINTESI

L'attività di ACSS ha visto il coinvolgimento attivo delle ATS, che oltre a fornire i dati raccolti all'interno del proprio contesto organizzativo, si sono attivate per una capillare distribuzione della survey sul proprio territorio di riferimento.

ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E CONTROLLO IN COLLABORAZIONE CON LA DG WELFARE

MONITORAGGIO RILIEVI COLLEGI SINDACALI

Con DGR n. 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.

OBIETTIVO

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 semestrale che ha coinvolto tutte le ATS, le ASST, gli IRCCS del Sistema Sanitario Regionale e AREU.
Nel corso del 2023 sono stati infatti raccolti ed esaminati tutti i verbali dei Collegi Sindacali contenenti rilievi relativamente a profili di legittimità e liceità dei provvedimenti e delle azioni messe in atto dalle Amministrazioni, relativi al II semestre 2022 e al I semestre 2023. 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 organizzati incontri presso la sede dell'Agenzia.

II SEMESTRE 2022				
Tipologia ente	N. enti oggetto di rilevazione	% Risposte	N. enti con rilievi	%
ATS	8	100%	2	25%
ASST	26	100%	3	11,50%
IRCSS	4	100%	0	0%
AREU	1	100%	0	0%
TOTALE	39	100%	5	12,80%

I SEMESTRE 2023				
Tipologia ente	N. enti oggetto di rilevazione	% Risposte	N. enti con rilievi	%
ATS	8	100%	0	0%
ASST	25	100%	4	16%
IRCSS	5	100%	2	40%
AREU	1	100%	0	0%
TOTALE	39	100%	6	15,38%

Si riporta nelle tabelle sottostanti una sintesi, quantitativa e qualitativa, degli esiti dei monitoraggi effettuati relativamente al II semestre 2022 e al I semestre 2023. I rilievi sono stati suddivisi per area e per argomento di afferenza e recano una breve descrizione delle criticità rilevate dai Collegi Sindacali degli Enti.

Rilievi dei Collegi Sindacali degli Enti del SSR - II semestre 2022

II SEMESTRE 2022			
AREA	**ARGOMENTO**	**N. RILIEVI**	**CRITICITA' RILEVATE DAI COLLEGI SINDACALI**
Appalti, concessioni e contratti	Affidamento diretto	3	- Sovrapposizione nel tempo di diversi incarichi - Pagamento integrale di prestazione non completata - Carenze nella fase di verifica della regolare esecuzione - Carenze nel provvedimento di affidamento diretto in quanto non dimostrata l'infungibilità
	Proroga contrattuale	2	- Irregolarità nei provvedimenti di proroga
Risorse Umane	Provvedimenti regolamentari	2	- Carenze nel contenuto dei Regolamenti in materia di reclutamento a tempo determinato
	Incarichi dirigenziali	2	- Inosservanza delle disposizioni del CCNL con riferimento a revoca di incarico pregresso e conferimento di nuovo incarico - Ritardo nel rinnovo dell'incarico
	Progressioni orizzontali	1	- mancato rispetto del principio di selettività dei criteri adottati nell'ambito della procedura
	Autorizzazioni al personale	1	- Concessione della proroga del periodo di comporto antecedentemente agli accertamenti medici
	Rapporti sindacali	1	- Omesse informazioni al sindacato nei termini di legge
	Fondi contrattuali	2	- Costituzione tardiva - mancate contrattazioni - carenze nell'istruttoria
	Incarichi libero professionali	1	- Mancata trasmissione al Collegio di documentazione comprovante lo svolgimento di prestazioni libero professionali
Area economico-finanziaria	Bilancio di esercizio	2	- Pareri non favorevoli all'approvazione del bilancio

I SEMESTRE 2023			
AREA	**ARGOMENTO**	**N. RILIEVI**	**CRITICITA' RILEVATE DAI COLLEGI SINDACALI**
Appalti, concessioni e contratti	Procedure sottosoglia / Affidamento diretto	10	- Illegittimità nell'applicazione dell'istituto dell'affidamento diretto (per mancata applicazione della rotazione, per mancanza della dichiarazione di assenza di alternative sul mercato, per errato calcolo degli importi a base d'asta) - Tardiva formalizzazione dell'affidamento - Mancata dimostrazione della congruità degli importi - Mancata specificazione, rispetto a contratto ponte, della tipologia di fornitura e dell'eventuale applicazione delle medesime condizioni contrattuali - Mancato controllo sull'esecuzione delle prestazioni (ipotesi di doppio pagamento di medesima prestazione)
	Estensione contrattuale	1	- Carenza di motivazione relativa ai presupposti
	Concessioni	1	- Carenze del provvedimento con riferimento sia alla legittimità che al merito (criterio di valutazione non coerente con il criterio di aggiudicazione, nomina commissione, carenze nella redazione del provvedimento)
	Proroga contrattuale	2	- Illegittimo ricorso all'istituto della proroga contrattuale - Rilevante numero di proroghe
Risorse Umane	Assunzioni	1	- Mancata indicazione della comprensività o meno degli oneri riflessi negli oneri derivanti dall'adozione del provvedimento, nonché del capitolo di spesa
	Incarichi libero professionali	2	- Mancata indicazione della comprensività o meno degli oneri riflessi negli oneri derivanti dall'adozione del provvedimento - mancata attestazione della regolare esecuzione in fase di liquidazione
Area giuridica	Trasformazione / Incorporazione Ente	1	- Questioni inerenti all'inquadramento giuridico (atti prodromici e conseguenti alla trasformazione)

SINTESI

L'attività svolta ha evidenziato, quali aree maggiormente attenzionate dai Collegi Sindacali, quelle attinenti al rispetto di disposizioni in materia di gestione delle risorse umane e di approvvigionamenti, con particolare riferimento ad affidamenti diretti e al ricorso all'istituto della proroga contrattuale, come si evince dalle tabelle di sintesi relative al II semestre 2022 e al I semestre 2023.
Gli esiti delle analisi condotte dall'Agenzia, oltre all'individuazione di aree di possibile efficientamento delle procedure degli Enti del SSR, hanno consentito altresì l'avvio di interlocuzioni specifiche tra le Amministrazioni sul territorio e il livello regionale centrale, finalizzate al superamento di situazioni di complessità, nonché fornito elementi per l'identificazione di ambiti di miglioramento ed implementazione di buone prassi o per l'espressione di eventuali linee specifiche di indirizzo da parte della DG Welfare.

AUDIT SUI PERCORSI/ATTIVITÀ DI SCREENING ONCOLOGICI E SUL PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING PER L'ELIMINAZIONE DEL VIRUS HCV

In collaborazione con la DGW - U.O. Prevenzione, in relazione al DDS 1935/2016, al fine di migliorare i programmi di screening oncologici, sono stati previsti e predisposti dei percorsi di "Audit Partecipato" attraverso l'utilizzo del modello "Precede-Proceed".
Nel 2019, a seguito della conduzione degli audit e delle conseguenti risultanze, le ATS hanno predisposto degli specifici "Piani di miglioramento" con la definizione di cronoprogrammi per l'implementazione delle relative azioni di miglioramento.
L'impatto dell'evento pandemico ha avuto effetto anche su tali attività e pertanto si è reso necessario intervenire con un aggiornamento delle attività stesse e la rimodulazione del programma di attuazione nel 2021.
Con la DGR 5830/2021 è stato dato avvio al "Programma per l'attuazione del piano per l'eliminazione dell'HCV in Regione Lombardia".
Il nuovo programma di screening, introdotto da Regione Lombardia attraverso una specifica programmazione, ha lo scopo di identificare le infezioni da virus dell'Epatite C (HCV) e la loro presa in carico per il successivo trattamento. Lo screening, gratuito e volontario, è offerto/rivolto ai nati tra il 1969 e il 1989, che accedono ai Punti Prelievo e ai pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere. Il programma di screening è stato prorogato sino al 31.12.2024.
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 Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) per l'anno 2022 di cui alla DGR n. XI/5832/2021", è stato affidato ad ACSS, congiuntamente 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.

In ossequio al mandato normativo, nell'ottobre del 2022 è stato avviato un programma di audit che ha visto il coinvolgimento di ATS e ASST, nelle vesti di organizzazioni auditate congiuntamente. La scelta di coinvolgere un soggetto erogatore pubblico per ogni ambito territoriale di ATS è nata dal bisogno di raccogliere dati/informazioni di sistema, al fine di poter esaminare/analizzare le varie dimensioni proprie del percorso di screening, dalle fasi organizzative/programmatorie alle fasi erogative delle prestazioni.

Le ASST individuate nei rispettivi territori di riferimento delle ATS, da sottoporre ad audit, sono state selezionate/individuate sulla base dei dati ricavati dalle dashboard regionali.
In avvio di programma, nel corso del 2022, sono stati condotti 4 (quattro) audit su ATS/ASST. Nel corso del 2023, è stata portata a compimento l'attività sottoponendo ad audit le restanti ATS e i relativi soggetti erogatori pubblici, selezionati/individuati secondo il criterio già specificato. Nel corso del 2023 sono stati condotti 6 (sei) audit.

OBIETTIVO

L'obiettivo è correlato all'attività prevista dalla 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 (ASST) per l'anno 2022 di cui alla DGR n. 5832/2021".

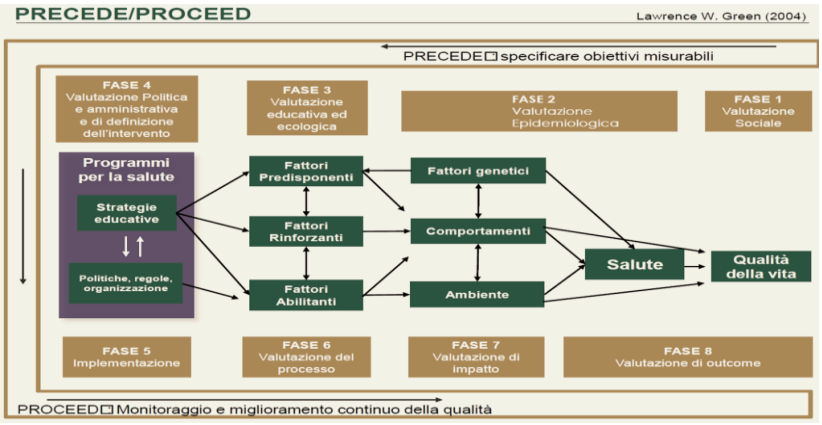
Nello specifico, gli obiettivi individuati sono:

- identificare reali o potenziali **criticità nei percorsi di screening** offerti dalle organizzazioni oggetto di audit;
- Identificare **buone pratiche** capaci di rappresentare un valore aggiunto per il sistema, e favorirne la diffusione;
- ottimizzare il processo comunicativo e di collaborazione tra ATS (che ne ha la Governance) ed Enti erogatori, i clinici e tutti i professionisti direttamente coinvolti nell'ambito dei percorsi screening, al fine di migliorare la **qualità delle prestazioni** erogate, con particolare riguardo agli aspetti **dell'appropriatezza e della sicurezza sanitaria**;
- facilitare/ottimizzare ed infine consolidare la **cultura della sicurezza sanitaria**, attraverso un approccio sistemico di **Risk Management**, in tutti i percorsi degli screening, qualora non fortemente consolidati e radicati all'interno dell'organizzazione;
- fornire un'immediata consapevolezza di situazioni che possono trovare un rapido sviluppo migliorativo;
- individuazione di eventuali **criticità di sistema**, rilevabili attraverso l'analisi aggregata delle risultanze sugli audit condotti, ai fini della programmazione regionale;
- verifica dello stato di realizzazione/completamento delle azioni previste dai **piani di miglioramento vigenti e/o rimodulati delle ATS** e rivalutazione di alcuni item di interesse strategico.

METODI

Metodologia di audit

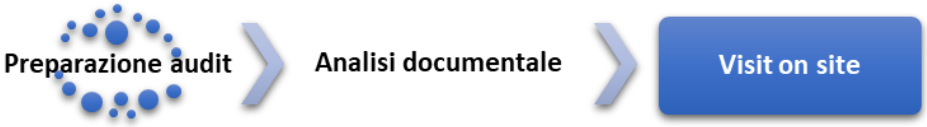
A seguito dell'esperienza condotta nel 2019, si è ritenuto di procedere all'effettuazione di audit adattando lo strumento "**Precede-Proceed modificato**" - che valuta tutte le dimensioni in ambito preventivo, al fine di rilevare eventuali limiti e/o criticità dell'organizzazione dei programmi di screening delle singole ATS/ASST.



Lo strumento "Precede- Proceed" è stato oggetto di modifica/adattamento ai fini del raggiungimento degli obiettivi di audit. Il "Precede-Proceed" è un processo partecipativo, che coinvolge tutte le parti interessate.
Come per tutti gli audit, il processo è articolato in fasi ed è previsto un report finale.
La metodologia prevede una serie di attività/azioni e strumenti per la pianificazione e la conduzione degli audit.

Attuazione dell'audit
Definita la metodologia, idonea al raggiungimento degli obiettivi, ed elaborato il Programma di audit, la fase di attuazione è stata caratterizzata da tre fasi:

- Preparazione dell'audit;
- Analisi documentale (audit documentale);
- Visit on site.



<u>Preparazione dell'audit</u>

La preparazione dell'audit è stata caratterizzata dalle seguenti attività:

- **Costituzione del gruppo/team di audit con caratteristiche di multidisciplinarietà ed esperti.**
  La costituzione del gruppo ha seguito la logica delle competenze. In accordo con l'UO Prevenzione della DGW, al gruppo di audit sono stati affiancati degli esperti tecnici, con specifica competenza sui percorsi di screening, oggetto di audit;
- **Contatto con le organizzazioni oggetto di audit,** con lo scopo di:
  - individuare e definire gli attori/canali di comunicazione;
  - formalizzare la richiesta di messa a disposizione di informazioni documentate, pertinenti con l'obiettivo e il campo di applicazione di audit (procedure in uso, piano di miglioramento aggiornato, documentazione ritenuta utile a rappresentare la propria organizzazione ed i processi dei vari screening, documenti di monitoraggio) ai fini dell'analisi documentale;

- formalizzare la richiesta di compilazione di uno specifico questionario di raccolta dati, allo scopo di indagare le seguenti ambiti/dimensioni dei percorsi di screening:
  - Organizzazione
  - Software
  - Programmazione
  - Inviti
  - Formazione
  - Qualità e Sicurezza
  - Comunicazione
  - Equity
  - Screening HCV
  - Riscontro al piano di miglioramento di ATS
- formalizzare la richiesta di individuazione e coinvolgimento nell'attività di audit dei soggetti (ruoli), sia di ATS che di ASST, implicati nei processi di screening;
- Pianificare/definire la visit on site in modo condiviso con ATS e ASST.

Analisi documentale

Acquisite le informazioni documentate, pertinenti con l'obiettivo e il campo di applicazione di audit, è stato condotto un riesame documentale sulle stesse. Attraverso il riesame della documentazione, il gruppo di audit ha raccolto le informazioni per comprendere l'organizzazione e/o i processi oggetto di audit, preparato l'attività di audit sul campo (visit on site) e gli strumenti utili alla conduzione dello stesso.

Visit on site

Dopo aver condiviso con ATS e ASST alcuni elementi di pianificazione della visit on site, ACSS, di comune accordo con DGW, si è occupata di definire il Piano di audit. Successivamente, il Piano è stato notificato alle organizzazioni, oggetto di audit, a mezzo di Posta Elettronica Certificata (PEC).

Nella tabella successiva, si riporta un riepilogo dell'articolazione delle attività previste/riportate nel Piano di audit.

Figura 2: Articolazione attività piano di audit

Data - Ora	Attività
Programmate in relazione alle diverse fasi delle attività	Riunione di apertura Confronto sui diversi temi: 1 qualità delle procedure/raccomandazioni in uso, evidenziando eventuali best practice, nei diversi percorsi dei diversi screening; 2 indirizzi/linee guida/buone pratiche che sono stati implementati; 3 grado di implementazione dei diversi percorsi e se vengono valutati/misurati in modo sistemico; 4 formazione specifica sia a livello locale che regionale inerente all'attività è stata sviluppata, con particolare riguardo alla qualità e sicurezza dei percorsi (inviti, software, accessibilità, comunicazione, ecc.); 5 l'organizzazione delle risorse e dei percorsi interni e con gli altri enti di riferimento; 6 l'utilizzo del sistema di incident reporting (L. 24/2017) per la segnalazione di near miss, eventi avversi ed eventi sentinella degli ultimi anni; 7 criticità su percorsi e strumenti in uso (es. software); 8 punti di forza; 9 verifica grado di implementazione dei Piani di Miglioramento di ATS Analisi delle risposte dei questionari trasmessi ad ACSS dai soggetti auditati e confronti tra ATS e ASST di tipo documentale. Eventuale richiesta di ulteriore documentazione o approfondimenti. Organizzazione dei sopralluoghi con i referenti screening. Sopralluoghi con approfondimento dei percorsi di tutti gli screening sia da parte di ATS che da parte di ASST, con un importante coinvolgimento dei clinici. Campionamento attività, osservazioni – interviste agli operatori delle UU.OO. interessate. Per il percorso sullo screening HCV, oltre al sopralluogo, selezione e controllo di Cartelle Cliniche di almeno quattro UU.OO. diverse, condividendo i dati regionali sullo stato raggiunto. Preparazione del Debriefing a cura del Gruppo/Team di audit. Debriefing finale con un ritorno immediato di alcune eventuali note o criticità da portare alla discussione e che spesso hanno trovato una pratica e corretta risoluzione, in tempi rapidi. Chiusura dei lavori.

L'auditing si è basato su un processo di campionamento delle informazioni disponibili.

Metodi di raccolta dati/informazioni: interviste, osservazioni, campionamento di attività e revisione/analisi della documentazione. Il campionamento delle attività ha risentito dei fattori contingenti/contestuali legati allo svolgimento delle attività stesse.

Strumenti: come strumento guida per la conduzione dell'analisi documentale sulle cartelle cliniche, è stata utilizzata una specifica checklist. A supporto dell'attività di audit è stato utilizzato il questionario compilato da ATS e ASST.

ESITI

Di seguito, si riporta una sintesi tabellare degli esiti di sistema. Gli esiti sono stati organizzati prevedendo, per ogni ambito/dimensione di indagine, i punti di forza, i punti di debolezza e le buone pratiche rilevate.

Ambito	Punti di forza del sistema	Punti di debolezza del sistema	Singole buone pratiche rilevate
organizzazione	Nella maggior parte dei casi si rileva che l'organizzazione degli Enti dimostra una forte propensione a costruire un sistema flessibile capace di garantire sia la qualità che l'offerta degli screening.	Non sempre le procedure che indirizzano e governano i percorsi di screening sono risultate presenti o aggiornate e codificate nell'ambito del Sistema Gestione Qualità. La presenza di procedure specifiche e condivise rappresenta un punto di miglioramento per alcuni percorsi, in termine di qualità e di sicurezza. In alcuni casi, le procedure a governo dei percorsi di screening sono risultate prive di riferimenti a: - indicatori di monitoraggio e relativi standard di riferimento; - modalità e responsabili del monitoraggio.	
Software		Rappresentano un importante punto di miglioramento del sistema: - la tempestiva presa in carico delle richieste di assistenza sul software e la risoluzione del problema segnalato; - l'integrazione dei software con gli applicativi interni degli erogatori.	Il software permette agli utenti di modificare autonomamente le date del proprio appuntamento attraverso un QR Code inserito nella lettera d'invito.
Programmazione	In alcuni casi i sistemi di Gestione Qualità, inerenti ai processi di screening oncologici, risultano certificati da Ente certificatore esterno.	In una visione di sistema, il monitoraggio delle attività e la condivisione dei risultati con gli stakeholders necessitano sistematicità e consolidamento. Fondamentale risulta la condivisione con gli attori coinvolti nei rispettivi percorsi operativi, in una visione multidisciplinare e multidimensionale.	

Ambito	Punti di forza del sistema	Punti di debolezza del sistema	Singole buone pratiche rilevate
Invito		Generalmente i criteri di esclusione, sia di tipo temporaneo che definitivo, rispondono alle linee guida regionali. Tuttavia, dall'analisi delle dashboard e dalle informazioni raccolte nel corso degli audit, sembra emergere, a livello di sistema, una difformità di applicazione tra ATS.	Trasmissione di lettere di invito, con una nota di reminder sull'importanza / utilità di alcune tipologie di vaccinazioni con l'invito di aderire alla vaccinazione stessa.
Formazione		Limitate attività formative trasversali tra ATS ed Erogatori. Scarso coinvolgimento dei MMG nelle attività formative.	
Qualità e Sicurezza	Le ASST presentano un percorso di gestione del rischio sanitario ben consolidato che favorisce l'eventuale segnalazione di eventi indesiderati relativi al percorso di screening.	In linea generale, si rileva la necessità, per le ATS, di migliorare l'attività di Risk Management con particolare riguardo alle segnalazioni di eventi avversi attraverso la diffusione della cultura del rischio ed il sistema di incident reporting, considerando l'obbligatorietà delle segnalazioni degli eventi sentinella al Risk Manager per la presa in carico e la gestione. In considerazione della complessità dei percorsi screening, principalmente dovuti a diversi e numerosi interlocutori e alla necessità di consolidare una cultura sulla sicurezza sanitaria in tutti gli attori coinvolti, nonché ai fini di una corretta governance, risulta inoltre indispensabile un approccio integrato del rischio interaziendale.	In fase di esecuzione della procedura diagnostica, nell'ambito dello screening del tumore del colon retto, viene documentato un percorso di sicurezza attraverso l'implementazione della "Check list – percorso sicuro in chirurgia", specifica per le procedure chirurgiche e/o invasive diagnostico-interventistiche effettuate in ambiti diversi dai blocchi operatori, come da specifiche Raccomandazioni Ministeriali. È inoltre stata rilevata nel percorso dello stesso screening un'ulteriore buona pratica, dove al paziente che dovrebbe essere sottoposto a colonscopia vi è una presa in carico da parte dell'endoscopista che rivaluta con un colloquio preventivi l'opportunità o l'alternativa diagnostico/interventistica più idonea al paziente, includendo anche la tipologia di preparazione all'indagine. Questo riduce i rischi della procedura, rende più compliante il paziente.

Ambito	Punti di forza del sistema	Punti di debolezza del sistema	Singole buone pratiche rilevate
Comunicazione	Le ATS attraverso i siti istituzionali e in alcuni casi attraverso i social effettuano una buona campagna di sensibilizzazione/informativa sui programmi di screening.	Migliorabile, per le ASST, l'aspetto relativo alla diffusione di materiale informativo, sui programmi di screening attraverso i principali canali comunicativi con la popolazione.	Attività di comunicazione riferite agli screening programmate attraverso specifiche schede di progetto contenute nel Piano di Comunicazione Aziendale. Iniziative di comunicazione organizzate in collaborazione tra ATS e ASST.
Equity		A causa dell'evento pandemico, è stato necessario interrompere alcuni progetti Equity Oriented. In alcuni casi, non sono ancora stati riprogrammati e riavviati progetti Equity Oriented, con particolare attenzione al reclutamento della popolazione fragile. Tuttavia, è stata rilevata la forte propensione da parte delle ATS all'adesione di iniziative regionali dedicate.	Progetto "DAMA" per agevolare l'adesione agli screening dei soggetti portatori di disabilità grave. Sviluppo, d'intesa con le associazioni di categoria e l'ordine dei farmacisti, di un progetto per il potenziamento del ruolo delle farmacie dei servizi/di comunità, quali presidi di prossimità per la promozione di offerte di prevenzione. Promozione dell'adesione ai programmi di screening oncologico ai lavoratori delle aziende aderenti.
Screening HCV	Per lo specifico percorso di screening si è rilevato il corretto impiego del materiale regionale comunicativo/informativo della popolazione. In senso generale le ATS e le ASST risultano complianti alle indicazioni regionali.	Non sempre si è rilevata la presenza di procedure a governo dello specifico percorso di screening.	Estensione del programma di screening nei contesti comunitari realizzata attraverso Unità mobile di prevenzione. Iniziativa denominata "**ParteCipa**" La promozione dello screening è realizzata in partnership con le Amministrazioni comunali, Associazioni di volontariato, Punti comunità, Realtà produttive, Polizia di Stato e strutture di ritrovo della popolazione. La presenza dell'unità mobile è preceduta da iniziative informative.
Piano di miglioramento ATS		L'impatto dell'evento pandemico ha avuto anche una ricaduta sulle attività previste nei piani di miglioramento e pertanto non tutte le attività previste/programmate nei piani di miglioramento vigenti sono state completate.	

SINTESI

Nell'ottobre del 2022 è stato avviato un programma di audit, sui percorsi di screening oncologici e di eliminazione del virus HCV, che ha visto il coinvolgimento di ATS e ASST nelle vesti di organizzazioni auditate congiuntamente. La scelta di coinvolgere un soggetto erogatore pubblico per ogni ambito territoriale di ATS è stata dettata dalla necessità di raccogliere dati/informazioni di sistema, al fine di poter esaminare/analizzare le varie dimensioni proprie dei percorsi oggetto di audit, dalle fasi organizzative/programmatorie alle fasi erogative delle prestazioni.
Le ASST individuate nei rispettivi territori di riferimento delle ATS, da sottoporre ad audit, sono state selezionate/individuate sulla base dei dati ricavati dalle dashboard regionali.
In avvio di programma, nel corso del 2022, sono stati condotti 4 (quattro) audit su ATS/ASST. Nel corso del 2023, è stata portata a compimento l'attività sottoponendo ad audit le restanti ATS e i relativi soggetti erogatori pubblici, selezionati/individuati secondo il criterio già specificato, e sono stati condotti 6 (sei) audit.
Al termine di ogni singolo audit è stato redatto un rapporto finale. All'interno del rapporto sono stati evidenziati i punti di forza, i punti di debolezza che richiedono interventi correttivi e/o azioni di miglioramento e le buone pratiche rilevate.
La partecipazione agli audit, nonché la rappresentanza dei professionisti individuati dalle ATS e dalle ASST, ai fini di una fattiva collaborazione, ha rappresentato un valore aggiunto al processo di audit.
Le organizzazioni hanno dimostrato flessibilità e adattamento, in un contesto post-pandemico che ha pesantemente impattato sugli screening nel contesto specifico e in tutto il territorio lombardo.
Gli audit condotti hanno evidenziato l'impegno dei rispettivi Enti sulla specifica attività attraverso lo sviluppo di sinergie trasversali ai fini dell'ottimizzazione dei processi gestiti, superando talvolta criticità legate a carenze/limiti di risorse.

TEMPI D'ATTESA

Per la prima parte dell'anno ACSS ha effettuato analisi a più riprese da un lato dei dati relativi alla programmazione per le prestazioni ritenute critiche da DG Welfare (DGR 7475/2022 e DGR 7819/2023) e agli slot già occupati e, dall'altro alla prenotabilità delle agende garantita dal RRP. Tali analisi ed approfondimenti sono confluiti nell'ambito dei lavori del gruppo istituito in DG Welfare, i cui esiti hanno contribuito all'istruttoria dei provvedimenti adottati dalla DG Welfare nel corso dell'anno 2023.

ACSS ha altresì contribuito alle seguenti attività:

- analisi delle richieste di prenotazione presso la RRP in relazione all'orizzonte temporale disponibile sul cruscotto regionale (DGR 7475/2022, 7819/2023 -1° e 2°PROVV. URGENTE- e 88/2023)
- analisi ex-post delle performance sui tempi d'attesa nell'ambito della specialistica ambulatoriale con riferimento alle prestazioni di cui alle DDGGRR n. 7475/2022, n. 7819/2023 e n. 88/2023
- analisi ex-post delle performance sui tempi d'attesa nell'ambito dei ricoveri chirurgici

SINTESI

A partire dall'anno 2022 ACSS è stata coinvolta nei gruppi di lavoro riferiti ai tempi di attesa, anche ai fini dello sviluppo di una metodologia di controllo sulla prenotabilità delle Agende.

ASSETTO ORGANIZZATIVO E FUNZIONAMENTO

L'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS) è un organismo tecnico scientifico istituito con la Legge Regionale n. 23/2015 di riforma del SSL, recepita nel Testo Unico delle Leggi Regionali in materia di sanità (L.R. n. 33/2009), quale ente sanitario di diritto pubblico afferente al Sistema regionale[30], dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile.
Nel declinare le competenze regionali di controllo sulle unità d'offerta e i servizi del SSL, il legislatore ha precisato che ACSS è un ente di diritto pubblico 'terzo e indipendente' identificando quindi terzietà e indipendenza quali elementi qualificanti l'operato dell'agenzia.
Nello spirito della legge l'Agenzia a promuove lo sviluppo e il consolidamento di un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli nell'ambito del Sistema sociosanitario Regionale, a garanzia dell'equità di accesso ai servizi e a tutela del rispetto dei principi di efficienza, efficacia, qualità, trasparenza, appropriatezza ed economicità. Analizza inoltre 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.

In sintesi, si può affermare che la norma affidi ad ACSS una funzione di controllo di livello centrale, che richiede autonomia d'azione e un'ampia visione d'insieme dell'intero Sistema dei controlli.
Ai sensi del comma 2, lett. C), dell'art.11 della L.R. n. 33/2009, il **Comitato di Direzione** è composto da tre membri nominati dal Presidente della Giunta Regionale, su indicazione della Conferenza dei Presidenti dei Gruppi di minoranza del Consiglio Regionale e svolge le funzioni assegnate dall'art. 11 della L.R. n. 33/2009. Il Comitato nomina tra i propri componenti il Coordinatore, che convoca le sedute e assicura il buon funzionamento dei lavori, favorendo il più ampio confronto e la collegialità delle decisioni. Il Comitato di Direzione per lo svolgimento dell'attività si avvale delle strutture, degli strumenti e delle risorse umane e professionali a disposizione dell'Agenzia, d'intesa con il Direttore Generale. Sono in capo al Comitato di Direzione le funzioni espressamente assegnate dal comma 4, lettere a), d), e), f), g) e i), dell'art. 11 della L.R. n. 33/2009.
Il Comitato di Direzione assegna annualmente gli obiettivi al Direttore Generale e ne valuta il raggiungimento, anche ai fini della valutazione sulla retribuzione di risultato. La valutazione annuale degli obiettivi del Direttore da parte del Comitato è comunicata alla Direzione Generale Welfare.
Il **Direttore Generale** è il rappresentante legale dell'Agenzia ed è titolare dei poteri di gestione: è responsabile del funzionamento dell'Agenzia, attraverso il governo delle risorse umane ed economico-finanziarie. Al Direttore Generale compete, inoltre, l'attuazione delle

[30] L.R. n. 30/2006 (art. 1, comma 1 e All. A1)

deliberazioni assunte dal Comitato di Direzione, con riconoscimento di autonomia gestionale, organizzativa e operativa.
Ai sensi dell'articolo 11, commi 4 e 5, della L.R. n. 33/2009, il Direttore Generale svolge le seguenti funzioni:
"programma e coordina gli interventi delle strutture di controllo delle ATS, in accordo con le ATS di competenza su tutto il territorio regionale";
sentito il Comitato di Direzione, "definisce gruppi di lavoro multidisciplinari, attingendo dalle strutture di cui alla lettera a) [strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL], provenienti da più ATS, per l'effettuazione delle diverse tipologie di controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie".
È responsabile dell'attività svolta, degli obiettivi conseguiti, dell'imparzialità e del buon andamento complessivo delle attività.
Il **Collegio Sindacale** è l'organo di controllo dell'Agenzia, nominato con provvedimento del Direttore Generale, secondo la composizione di cui all'art. 3-ter c. 3 del D.lgs. n. 502/1992. Svolge, in particolare, le seguenti funzioni:
- verifica la regolarità amministrativa e contabile;
- vigila sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- esamina ed esprime le proprie valutazioni sul bilancio di esercizio.

L'Agenzia si avvale del **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni** (NVP), organismo di verifica del funzionamento complessivo del sistema di valutazione della performance nonché di controllo dell'attuazione degli adempimenti normativi in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione.
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 regionale, l'operato dell'Agenzia è risultato, anche nel 2023, in costante evoluzione.
Tra il 2022 e il 2023, l'Agenzia è stata oggetto di specifici incarichi e progetti regionali. Tra questi, in particolare, a dicembre 2023, figurano incarichi, con successive assegnazioni di risorse, relativi all'implementazione di sistemi informativi sanitari a livello di SSR e relative infrastrutture, che comportano anche l'attribuzione ad ACSS di funzioni in materia di investimenti PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), con riflessi stabili sul patrimonio dell'Agenzia.
Al fine di soddisfare i requisiti organizzativi necessari per far fronte ai compiti istituzionali e agli incarichi regionali, alla gestione dei finanziamenti assegnati e delle relative patrimonializzazioni, risulta necessario un potenziamento dell'Agenzia, strutturale e organico, come previsto anche dalla DGR n. 1827 del 31/01/2024 (punto 7.8, All. 7: al fine di consentire all'Agenzia di far fronte e gestire coerentemente con gli obiettivi regionali tutte le funzioni assegnate, si prevede che alla stessa vengano riconosciute le necessarie risorse compatibili al raggiungimento delle finalità di interesse regionale, ciò in un'ottica sia di potenziamento sia, e soprattutto, di consolidamento).

POLITICHE DEL PERSONALE

Il Piano Triennale di Fabbisogni di Personale dell'Agenzia per le annualità 2023-2024-2025 è stato approvato da Regione Lombardia con delibera n. XII / 1566 del 18/12/2023.
L'organico effettivo di ACSS risulta inferiore a quanto previsto nel Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, ma comunque in linea con l'annualità precedente.
Allo scopo di fornire una rappresentazione della distribuzione del personale nella struttura organizzativa di ACSS, si riportano di seguito il dettaglio delle unità di personale in servizio in Agenzia al 31/12/2023 nonché la dotazione organica 2023 approvata.

PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12/2023		ruolo	DIPENDENTI E COMANDATI	
			TOTALE	… di cui comandati
	TESTE			
1	DIRIGENZA MEDICA	S		
	DIRIGENZA VETERINARIA	S		
	DIRIGENZA SANITARIA	S	**1**	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	**1**	1
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	**1**	1
	DIRIGENZA TECNICA	T		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	**3**	
	TOT DIRIGENZA		**6**	**2**
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	**1**	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S		
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S		
	ASSISTENTI SOCIALI	T		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	**2**	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T		
	AUSILIARI	T		
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	**5**	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P		
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARI	R		
	TOTALE COMPARTO		**8**	**-**
	TOTALE COMPLESSIVO		**14**	**2**

	DOTAZIONE ORGANICA 2023	ruolo	DIPENDENTI E COMANDATI	
			TOTALE	… di cui comandati
	TESTE			
1	DIRIGENZA MEDICA	S	**1**	
	DIRIGENZA VETERINARIA	S		
	DIRIGENZA SANITARIA	S	**2**	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	**1**	1
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	**1**	1
	DIRIGENZA TECNICA	T		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	**3**	
	TOT DIRIGENZA		**8**	**2**
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	**2**	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S		
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S		
	ASSISTENTI SOCIALI	T		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	**9**	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T		
	AUSILIARI	T		
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	**6**	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P		
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARI	R		
	TOTALE COMPARTO		**17**	**-**
	TOTALE COMPLESSIVO		**25**	**2**

Nel 2023 è stato portato avanti il processo di strutturazione stabile delle risorse di personale dell'Agenzia, si rileva comunque un tasso di turn over abbastanza elevato, nel corso dell'annualità, infatti, circa il 29% del personale è cessato ed è stato sostituito con nuove figure.

L'Agenzia, nella seconda metà dell'anno, si è attivata per dotarsi di ulteriori fonti di professionalità specifica, tramite l'attivazione di collaborazioni a titolo gratuito con personale in quiescenza del Sistema Sanitario Regionale, nonché tramite la stipula di accordi quadro con diverse Università lombarde.

DINAMICHE FINANZIARIE

Con decreto della Giunta Regionale n. 1780 del 10/02/2023 è stata assegnata all'Agenzia, da Regione Lombardia, la dotazione finanziaria di euro 2.053.677, oltre ad un anticipo di cassa pari a euro 400.00, per un finanziamento complessivo annuo di euro 2.453.677. Il Decreto di Assestamento n. 18389 del 21/11/2023 ha assegnato risorse complessive per euro 2.480.677.

Al termine dell'esercizio 2023, in relazione ai decreti di assegnazione sopra citati, ACSS ha predisposto per il IV trimestre la rendicontazione da cui si evince che i costi di gestione dell'Ente rispettano i vincoli di spesa stabiliti dalla Giunta Regionale. In particolare, per gli aggregati di bilancio riferiti ai Beni e servizi e al Costo del Personale Dipendente unitamente

all' IRAP, sono state accantonate economie per rispettivi euro 255.276 ed euro 108.431, per un totale di euro 363.707.
Per quanto riguarda l'aspetto finanziario, l'Agenzia presenta una situazione solida caratterizzata da un ampio margine di liquidità, pertanto, nel corso dell'esercizio 2023 non si è effettuato alcun ricorso all'anticipazione di cassa.
Per quanto concerne l'ITP, Indice dei Tempi di Pagamento, nell'esercizio 2023 si è registrato un coefficiente pari a -31, evidenziando una dilazione media di 38 gg, rispetto al limite massimo di 60 gg.
Nella fase conclusiva dell'esercizio 2023 Regione Lombardia ha affidato ad ACSS, con apposite DGR - nn. 1474 del 04/12/2023, 1476 del 04/12/2023, 1508 del 13/12/2023, 1549 del 18/12/2023, 1673 del 28/12/2023 – il ruolo di Soggetto Correlato Intermediario nell'ambito di diverse progettualità dell'area Sanità Digitale incluse fra gli obiettivi del PNRR, nonché inerenti alla realizzazione del Centro Unico Prenotazione regionale (CUP - finanziato con risorse regionali).
In tale contesto l'Agenzia risulta essere beneficiario finale dell'intervento, con correlata attribuzione delle risorse per la realizzazione dei servizi e delle infrastrutture telematiche, per un importo totale iscritto all'esercizio 2023 di euro 22.416.886, le cui registrazioni contabili, correlate agli aspetti patrimoniali, riguardanti le iscrizioni in bilancio dei finanziamenti, delle immobilizzazioni e la rilevazione dei conseguenti effetti contabili sul patrimonio netto dell'Agenzia, saranno effettuate in fase di Bilancio Consuntivo 2023.
Le citate DGR e i relativi decreti di assegnazione di risorse prevedono, per gli anni successivi, ulteriori rilevanti investimenti, per la prosecuzione delle progettualità sopra menzionate.

ELENCO DEI PRINCIPALI PROVVEDIMENTI ADOTTATI

DELIBERE DEL COMITATO DI DIREZIONE - ANNO 2023

- DELIBERA N. 1 DEL 26.01.2023 APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2023 - 2025;
- DELIBERA N. 2 DEL 23.02.2023 APPROVAZIONE REGOLAMENTO SUI PROCEDIMENTI DISCIPLINARI;
- DELIBERA N. 3 DEL 23.02.2023 APPROVAZIONE REGOLAMENTO CASSA ECONOMALE;
- DELIBERA N. 4 DEL 29.03.2023 CONSUNTIVAZIONE OBIETTIVI DIRETTORE GENERALE ANNO 2022;
- DELIBERA N. 5 DEL 31.03.2023 RELAZIONE ANNUALE AL CONSIGLIO REGIONALE ANNO 2022;
- DELIBERA N. 6 DEL 02.05.2023 APPROVAZIONE "REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DEL SISTEMA DEGLI INCARICHI DI POSIZIONE E DI FUNZIONE DEL PERSONALE DEL COMPARTO SANITÀ";
- DELIBERA N. 7 DEL 28.06.2023 APPROVAZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2022;
- DELIBERA N. 8 DEL 25.10.2023 APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO PER LA POLITICA DELLA SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI E LA CYBER SECURITY;

DETERMINE DEL DIRETTORE GENERALE - ANNO 2023

- DETERMINA N. 1 DEL 09/01/2023 INCARICO DI SOSTITUZIONE SULLA STRUTTURA COMPLESSA CONTROLLO ACCESSIBILITÀ, ULTERIORI DETERMINAZIONI;

- DETERMINA N. 2 DEL 12/01/2023 ASSUNZIONE TRAMITE MOBILITÀ DOTT. G.R.R.;
- DETERMINA N. 3 DEL 13/01/2023 ASSUNZIONE TRAMITE MOBILITÀ DOTT.SSA C.P.;
- DETERMINA N. 4 DEL 26/01/2023 ASSEGNAZIONE INCARICHI DI FUNZIONE PROFESSIONALI DI COMPLESSITÀ BASE;
- DETERMINA N. 5 DEL 30/01/2023 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2023-2024-2025;
- DETERMINA N. 6 DEL 08/02/2023 NOMINA DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD);
- DETERMINA N. 7 DEL 13/02/2023 BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO 2023;
- DETERMINA N. 8 DEL 23/02/2023 "NOMINA DELLA COMMISSIONE INCARICATA DEI SORTEGGI DEI COMPONENTI DELLA COMMISSIONE DI VALUTAZIONE PER LA PROCEDURA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA ANALISI E SVILUPPO SISTEMI DI CONTROLLO";
- DETERMINA N. 9 DEL 02/03/2023 COSTITUZIONE FONDO CASSA ECONOMALE 2023;
- DETERMINA N. 10 DEL 17/03/2023 APPROVAZIONE PIANO FORMAZIONE ANNO 2023 (PFA 2023);
- DETERMINA N. 11 DEL 29/03/2023 NOMINA DELLA COMMISSIONE DI VALUTAZIONE PER LA PROCEDURA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA ANALISI E SVILUPPO SISTEMI DI CONTROLLO;
- DETERMINA N. 12 DEL 26/04/2023 ESITI PROCEDURA INCARICO DI DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA ANALISI E SVILUPPO SISTEMI DI CONTROLLO. IMMISSIONE IN RUOLO E CONFERIMENTO INCARICO;
- DETERMINA N. 13 DEL 28/04/2023 ATTIVAZIONE COMANDO ING. G.G. DALLA ATS DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO ALL'AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO;
- DETERMINA N. 14 DEL 02/05/2023 PRESA D'ATTO ACCORDI DECENTRATI CON LE OO.SS. DEL COMPARTO E DELLA DIRIGENZA DEL 27.04.2023;
- DETERMINA N. 15 DEL 02/05/2023 NOMINA DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT) E DEL GESTORE UIF DI ACSS;
- DETERMINA N. 16 DEL 08/05/2023 ISTITUZIONE INCARICHI DI FUNZIONE EX CCNL COMPARTO SANITA' 02/11/2022 E APPROVAZIONE AVVISI INTERNI;
- DETERMINA N. 17 DEL 12/05/2023 APPROVAZIONE BILANCIO D'ESERCIZIO 2022;
- DETERMINA N. 18 DEL 15/05/2023 COSTITUZIONE FONDI AZIENDALI ANNO 2023;
- DETERMINA N. 19 DEL 17/05/2023 NOMINA COMPONENTI UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD);
- DETERMINA N. 20 DEL 19/05/2023 CONFERIMENTO INCARICHI DI FUNZIONE EX CCNL COMPARTO SANITÀ 02/11/2022;
- DETERMINA N. 21 DEL 19/05/2023 "1° PROVVEDIMENTO ORGANIZZATIVO";
- DETERMINA N. 22 DEL 27/07/2023 PRESA D'ATTO DELLA DGR N. 698 DEL 24/07/2023 AVENTE AD OGGETTO "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA DIREZIONE DELL'AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO";
- DETERMINA N. 23 DEL 03/08/2023 D.LGS. 09 APRILE 2008, N. 81 - RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE, ADDETTI ALLA GESTIONE EMERGENZE, MEDICO COMPETENTE E DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI;

- DETERMINA N. 24 DEL 03/08/2023 AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA COPERTURA DI UN INCARICO DI LAVORO A TEMPO PIENO E DETERMINATO, PER UN ANNO, CON LA QUALIFICA DI COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE;

- DETERMINA N. 25 DEL 09/08/2023 CONFERMA NOMINA DEL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE UNICA DELLE STAZIONI APPALTANTI (RASA) E DEL RESPONSABILE UNICO DEL PROGETTO (RUP) AI SENSI DELL'ART. 15 D.LGS. N. 36/2023;

- DETERMINA N. 26 DEL 10/08/2023 NOMINA DEL 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;

- DETERMINA 27 DEL 11/08/2023 SITO WEB DELL'AGENZIA DI CONTROLLO: AFFIDAMENTO DEI SERVIZI DI HOSTING, ASSISTENZA E MANUTENZIONE PER 12 MESI, AI SENSI DELL'ART. 50 C. 1 LETT. B), DEL D.L. N. 36/2023;

- DETERMINA N. 28 DEL 11/08/2023 "AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA SUITE MICROSOFT 365 IN TUTTE LE SUE COMPONENTI, COMPRENSIVA DI CONFIGURAZIONE, FORMAZIONE E MIGRAZIONE TOTALE AL CLOUD, PER UN PERIODO DI 12 MESI, COD. CIG ZDA3C0C65C.";

- DETERMINA N. 29 DEL 11/08/2023 APPROVAZIONE CONTO GIUDIZIALE DEGLI AGENTI CONTABILI – ESERCIZIO 2022;

- DETERMINA N. 30 DEL 29/08/2023 RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI ANNO 2023;

- DETERMINA N. 31 DEL 01/98/2023 NOMINA COLLEGIO SINDACALE ACSS;

- DETERMINA N. 32 DEL 12/09/2023 "AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA COPERTURA DI UN INCARICO DI LAVORO A TEMPO PIENO E DETERMINATO, PER UN ANNO, CON LA QUALIFICA DI COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - NOMINA COMMISSIONE E AMMISSIONE CANDIDATI.";

- DETERMINA N. 33 DEL 21/09/2023 APPROVAZIONE ESITI AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA COPERTURA DI UN INCARICO DI LAVORO A TEMPO PIENO E DETERMINATO, PER UN ANNO, CON LA QUALIFICA DI COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE;

- DETERMINA N. 34 DEL 28/09/2023 ADESIONE ALLA CONVENZIONE ARIA_2021_012 - LOTTO 3 PER L'ACQUISIZIONE DI SERVIZI DI CANCELLERIA E IMPEGNO DI SPESA (CIG DERIVATO Z873C954E8);

- DETERMINA N. 35 DEL 28/09/2023 CONVENZIONE CONSIP "TELEFONIA FISSA N. 5 - LOTTO UNICO" (CIG DERIVATO 7716496DEE): ESTENSIONE CONTRATTUALE DAL 02/10/2023 AL 31/12/2024 E IMPEGNO DI SPESA;

- DETERMINA N. 36 DEL 28/09/2023 AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI SOSTITUZIONE SULLA STRUTTURA COMPLESSA CONTROLLO ACCESSIBILITÀ;

- DETERMINA N. 37 DEL 03/10/2023 CONVENZIONE ARIA_2021_123 PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI GESTIONE DELLE POSTAZIONI LAVORO E SERVIZI CONNESSI E OPZIONALI ED EMISSIONE ODA ALL'RTI ENGINEERING DIGITAL HUB / PROJECT INFORMATICA / SBI DI CUI ALLA DETERMINA N. 27 DEL 22/12/2022: ULTERIORI DETERMINAZIONI";

- DETERMINA N. 38 DEL 09/10/2023 CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI SOSTITUZIONE SULLA STRUTTURA COMPLESSA CONTROLLO ACCESSIBILITÀ;

- DETERMINA N. 39 DEL 17/10/2023 CONVENZIONE CON LA ASST MELEGNANO E MARTESANA PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ INERENTI ALLO SVILUPPO DEI CONTROLLI SANITARI E SOCIOSANITARI NEL SSR

- DETERMINA N. 40 DEL 17/10/2023 COLLABORAZIONI PROFESSIONALI A TITOLO GRATUITO;

- DETERMINA N. 41 DEL 20/10/2023 APPROVAZIONE DELL'ACCORDO QUADRO TRA ACSS E LE UNIVERSITÀ PER LO SVILUPPO DI ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE, STUDIO, RICERCA E FORMAZIONE;

- DETERMINA N. 42 DEL 25/10/2023 "AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA COPERTURA DI UN INCARICO DI LAVORO A TEMPO PIENO E DETERMINATO, PER UN ANNO, CON LA QUALIFICA DI COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE – ULTERIORI DETERMINAZIONI E NUOVO AVVISO PUBBLICO";
- DETERMINA N. 43 DEL 02/11/2023 NOMINA DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD) E DEL RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI INCARICATO DELLA GESTIONE DEL SISTEMA DELLA PRIVACY;
- DETERMINA N. 44 DEL 06/11/2023 AGGIORNAMENTO PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2023-2024-2025;
- DETERMINA N. 45 08/11/2023 AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI N. 8 LICENZE MICROSOFT 365 BUSINESS PREMIUM, AI SENSI DELL'ART. 50 CO. 1 LETT. B), DEL D.LGS N. 36/2023, COD. CIG. Z4B3D17BD7;
- DETERMINA N. 46 DEL 14/11/2023 COLLABORAZIONE PROFESSIONALE A TITOLO GRATUITO;
- DETERMINA N. 47 DEL 14/11/2023 AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI RESPONSABILE DELLA STRUTTURA SEMPLICE ANALISI ATTIVITÀ DI CONTROLLO;
- DETERMINA N. 48 DEL 15/11/2023 CONVENZIONE CONSIP "TELEFONIA MOBILE 8" (CIG DERIVATO 88156031BC): PROSECUZIONE DEL CONTRATTO DAL 17/11/2023 AL 15/05/2025 E IMPEGNO DI SPESA;
- DETERMINA N. 49 DEL 17/11/2023 COLLABORAZIONE PROFESSIONALE A TITOLO GRATUITO RCG;
- DETERMINA N. 50 DEL 20/11/2023 CONVENZIONE CONSIP PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO SOSTITUTIVO DI MENSA;
- DENOMINATA "BUONI PASTO EDIZIONE N. 9 ID 2092– LOTTO N. 1 LOMBARDIA": ULTERIORI DETERMINAZIONI IN RELAZIONE AL ODF N. 7050249/2022;
- DETERMINA N. 51 DEL 21/11/2023 PROCEDURA OPERATIVA PER L'ESPLETAMENTO DI AVVISI PUBBLICI PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO;
- DETERMINA N. 52 DEL 30/11/2023 PROROGA COMANDO DOTT.SSA M.M.,
- DETERMINA N. 53 DEL 01/12/2023 CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI RESPONSABILE DELLA STRUTTURA SEMPLICE ANALISI ATTIVITÀ DI CONTROLLO;
- DETERMINA N. 54 DEL 04/12/2023 NUOVA DEFINIZIONE PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2023-2024-2025;
- DETERMINA N. 55 DEL 06/12/2023 ADOZIONE DELLE PROCEDURE AMMINISTRATIVO CONTABILI NELL'AMBITO DEL PERCORSO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITÀ DEL BILANCIO DELL'AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO;
- DETERMINA N. 56 DEL 14/12/2023 PRESA D'ATTO DELLA SOTTOSCRIZIONE DEGLI ACCORDI QUADRO TRA ACSS E LE UNIVERSITÀ PER LO SVILUPPO DI ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE, STUDIO, RICERCA E FORMAZIONE;
- DETERMINA N. 57 DEL 18/12/2023 AGGIORNAMENTO DEL PROGRAMMA DEGLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI AI SENSI DEL DLGS 31 MARZO 2023, N. 36 "CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI";
- DETERMINA N. 58 DEL 18/12/2023 ADESIONE ALL'ACCORDO QUADRO CONSIP S.P.A. BUONI PASTO 10 – LOTTO 1 - FORNITURA DEL SERVIZIO SOSTITUTIVO DI MENSA MEDIANTE BUONI PASTO ELETTRONICI OCCORRENTE ALL'AGENZIA DI CONTROLLO;
- DETERMINA N. 59 DEL 20/12/2023 APPROVAZIONE BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO 2024;
- DETERMINA N. 60 DEL 27/12/2023 PRESA D'ATTO DELLA DGR N. XII / 1651 DEL 21/12/2023 AVENTE AD OGGETTO "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO";

- DETERMINA N. 61 DEL 27/12/2023 "AFFIDAMENTO DIRETTO, AI SENSI DELL'ART. 50, CO. 1 LETT. B), DEL D.L. N. 36/2023, DEL RINNOVO CANONI LICENZE D'USO SOFTWARE SAS, PER UN PERIODO DI 12 MESI, COD. CIG Z353DC603F";

- DETERMINA N. 62 DEL 29/12/2023 PROSECUZIONE RAPPORTI CONVENZIONALI CON L'AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO PER LA GESTIONE DI ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE E PROVVEDIMENTI CONSEGUENTI.

L.R. 15/2020
SICUREZZA DEL PERSONALE SANITARIO DEL SSR LOMBARDO

Report Survey 2023

S.C. Qualità e Sicurezza delle Cure
ACSS- Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo
Via Pola, 12 – Palazzo Sistema- settore G stanza G032- 20124 Milano

Sommario

INTRODUZIONE 2
OBIETTIVO 3
METODI 3
SINTESI 4
ESITI 5
ENTI/STRUTTURE 5
ANAGRAFICA 5
EPISODI DI AGGRESSIONE 5
CLASSIFICAZIONE EPISODI DI AGGRESIONE SEGNALATI 10
VALUTAZIONE DEL RISCHIO 27
MMG/PLS/MCA 28
ANAGRAFICA 28
EPISODI DI AGGRESSIONE 28
CLASSIFICAZIONE EPISODI DI AGGRESIONE SEGNALATI 29
SVILUPPI FUTURI 34

INTRODUZIONE

La violenza verbale e fisica nei confronti degli operatori sanitari rappresenta un fenomeno sottostimato. Gli episodi di aggressione contro il personale del SSN costituiscono eventi avversi, in taluni casi eventi sentinella, in quanto segnali della presenza, nell'ambiente di lavoro, di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

Il Ministero della Salute attraverso la **Raccomandazione n. 8/2007** ha raccomandato la conduzione di analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative.

Attraverso la **DGR n.1986 del 23 luglio 2019** "*Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'esercizio 2019 – secondo provvedimento 2019", Sub Allegato C "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio*" - Regione Lombardia è intervenuta sul tema delle aggressioni, fornendo indicazioni organizzative e metodologie di analisi al fine di poter prevenire e contrastare il fenomeno.

Con la **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 e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, delle Agenzie di tutela della salute (ATS) e dell'Azienda regionale emergenza urgenza (AREU), è stato posto in capo all'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario lombardo (**ACSS**) il monitoraggio degli gli episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie.

Tramite la **Legge 113 del 14 agosto 2020** "*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 predisporre elementi di tutela dei lavoratori attraverso diverse azioni di sistema e a garantire che tutte le regioni monitorino efficacemente il fenomeno.

La norma ha istituito, presso il Ministero della salute, l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (**ONSEPS**).

L'ONSEPS acquisisce, con il supporto dell'osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, istituito presso l'Agenas, e degli ordini professionali, i dati regionali relativi all'entità e alla frequenza degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. L'osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità trasmette all'ONSEPS, tramite l'Agenas, i dati acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (CRGRS), di cui all'articolo 2, comma 4, della legge 8 marzo 2017, n. 24.

Con la **DGR n. 6902 del 05 settembre 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 confermata la necessità di proseguire nelle attività di rilevazione e monitoraggio del fenomeno degli atti di violenza a danno degli operatori, attraverso la somministrazione di una survey, in capo all'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS), a tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, le Agenzie di tutela della salute (ATS), l'Agenzia regionale emergenza urgenza (AREU), i Medici di Medicina Generale (in forma singola ed associata) ed Pediatri di Libera Scelta (in forma singola ed associata).

Allo scopo di dar seguito al mandato normativo della LR 15/2020 e avviare il monitoraggio del fenomeno, nel corso del 2021 ACSS ha avviato una prima survey e successivamente, nel 2022, la seconda survey:

Tabella 1

Descrizione	*Data avvio raccolta dati*	*Data fine raccolta dati*	*Dati raccolti/oggetto di indagine*
Prima Survey	20.08.2021	30.08.2021	Episodi di violenza negli anni 2019 e 2020
Seconda Survey	19.09.2022	31.10.2022	Episodi di violenza nell' anno 2021

Considerata la necessità di dover raccogliere un set di dati rappresentativo della situazione regionale, le **ATS**, oltre a fornire i dati raccolti all'interno del proprio contesto organizzativo, sono state **attivamente coinvolte/coordinate** nella distribuzione capillare delle survey a tutto il contesto sanitario e sociosanitario territoriale pubblico e privato accreditato.
Il monitoraggio ha rappresentato e rappresenta il quadro di riferimento su cui si è attivato e costituito nel giugno 2022 il Tavolo Tecnico (art. 3 c.3 LR 15/2020), che ha tra gli scopi l'emanazione di linee guida.
Risulta dalla precedente descrizione che i dati raccolti rispondono a due diverse esigenze: l'una finalizzata all'evasione delle richieste che pervengono dal livello nazionale (ONSEPS), l'altra alla più ampia previsione della L.R. 15/2020. Quest' ultima comprende i dati nazionali estendendo sia la platea dei soggetti tenuti al debito informativo (privati accreditati oltre che pubblici), sia il numero e la tipologia dei dati richiesti.
I dati per il livello nazionale vengono raccolti dal CRGRS e veicolati al Ministero tramite AGENAS; i dati del livello regionale sono invece stati raccolti ed elaborati da ACSS.
La rilevazione di ACSS è stata effettuata con una tempistica consona alla peculiarità e complessità della rilevazione stessa.

OBIETTIVO

In ottemperanza all'art. 3 c 2 della Legge regionale 8 luglio 2020 - n. 15, in continuità con quanto predisposto negli anni precedenti, nel corso del 2023 è stata mantenuta attiva la sorveglianza ed il monitoraggio sugli atti di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie ed è quindi stata avviata la terza survey.

METODI

L'acquisizione delle informazioni, necessarie al monitoraggio, è stata condotta attraverso la somministrazione di uno specifico questionario a tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche, private accreditate, IRCSS, AREU e ai MMG/PLS/MCA di Regione Lombardia. La somministrazione dei questionari è avvenuta attraverso piattaforma digitale dedicata.
I quesiti posti all'interno dei questionari rispondono a quanto disposto dalla DGR n. 1986/2019 e alle indicazioni della Legge n. 113/2020.

SINTESI

L'attività ha visto il coinvolgimento attivo delle ATS, che oltre a fornire i dati raccolti all'interno del proprio contesto organizzativo, si sono attivate per una capillare distribuzione della survey sul proprio territorio di riferimento.
Si riporta, di seguito, una descrizione sintetica dell'attività.

Tabella 2

Descrizione	*Data avvio raccolta dati*	*Data fine raccolta dati*	*Dati raccolti/oggetto di indagine*
Terza Survey	18.09.2023	18.10.2023	Episodi di violenza nell'anno 2022 e primo semestre 2023

Tabella 3 Gantt attività

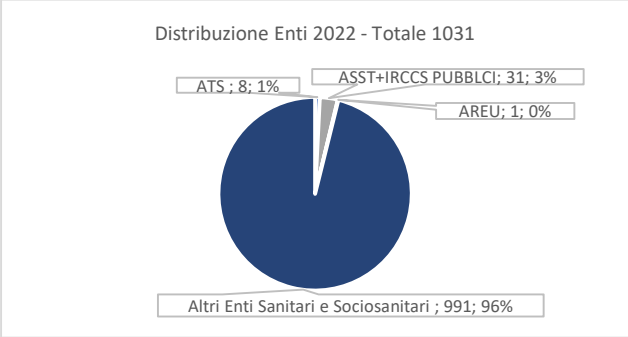
FASI/ATTIVITÀ	*ANNO 2023*											
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Revisione/aggiornamento questionario di raccolta dati.				■	■	■						
Coordinamento con i referenti della piattaforma digitale dedicata alla somministrazione del questionario e con DGW							■	■	■			
Coordinamento con i referenti di ATS									■			
Predisposizione e inoltro nota di avvio raccolta dati.									■			
Somministrazione questionario									■	■		
Monitoraggio attivo Survey									■	■		
Estrazione dati										■	■	
Rappresentazione e analisi dei dati raccolti.										■	■	
Stesura rapporto conclusivo												■

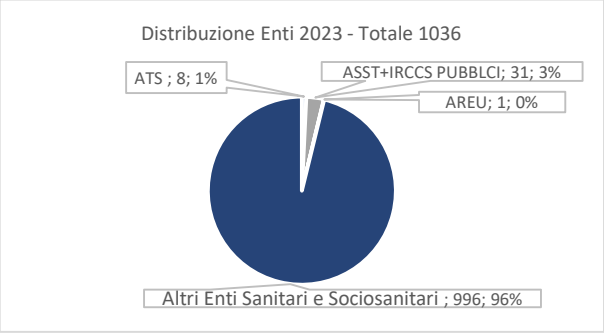
ESITI

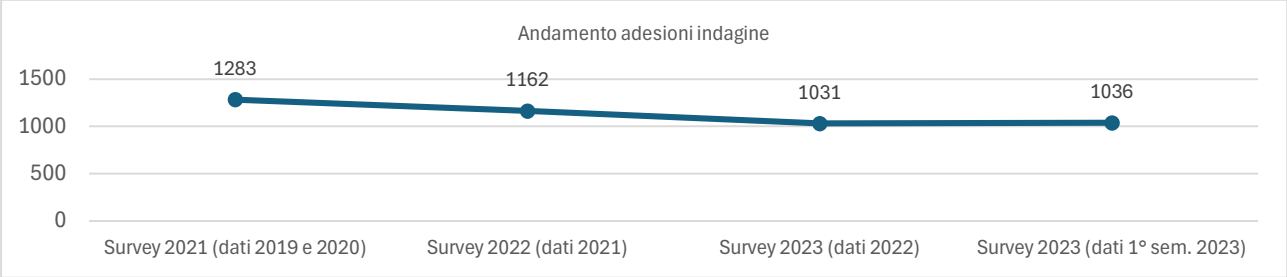
Di seguito vengono rappresentati i dati raccolti attraverso la survey e dei confronti con gli anni oggetto di monitoraggio.

ENTI/STRUTTURE

ANAGRAFICA





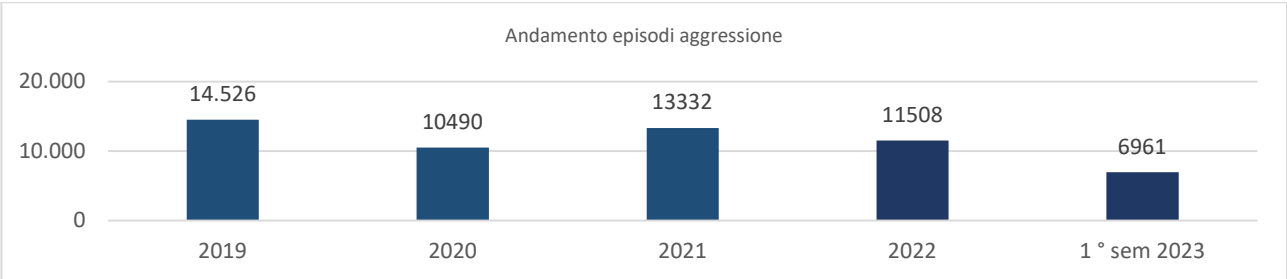


In linea generale, tra la prima survey (2021) e le successive (2022 e 2023) viene rilevata una lieve flessione in temini di adesioni/compilazioni. Per quanto riguarda le **strutture pubbliche** (ATS – ASST- IRCCS Pubblici e AREU), l'adesione è sempre stata del **100%**, fornendo quindi una robusta base di dati.

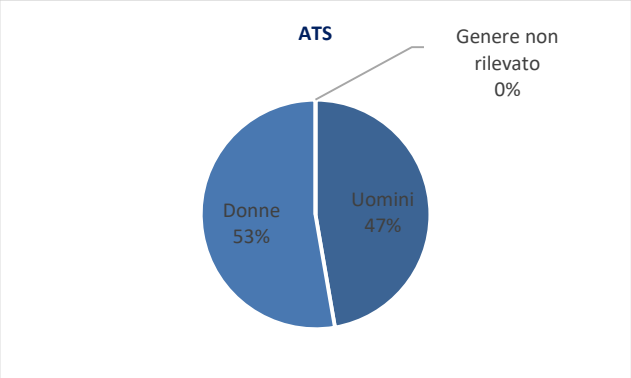
EPISODI DI AGGRESSIONE

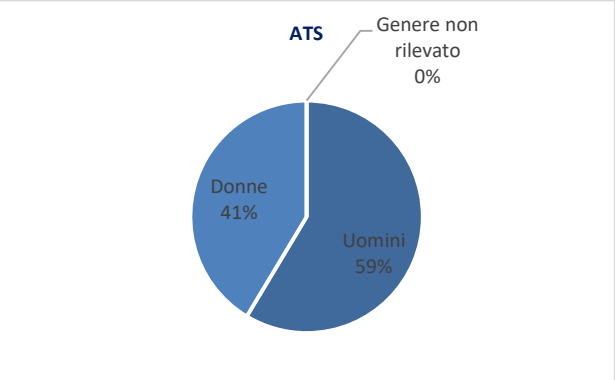
Distribuzione episodi di aggressione: dati 2022 e 1° semestre 2023.

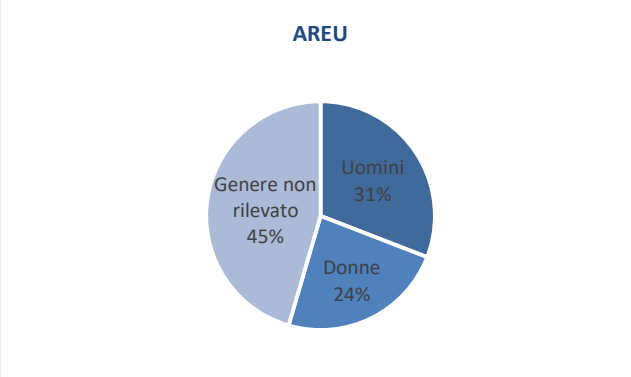
Descrizione Ente	Numero episodi di aggressione	
	Anno 2022	Primo semestre 2023
ATS	74	29
ASST + IRCCS PUBBLICI	3142	2350
AREU	55	39
ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI	8237	4543
TOTALE	**11508**	**6961**

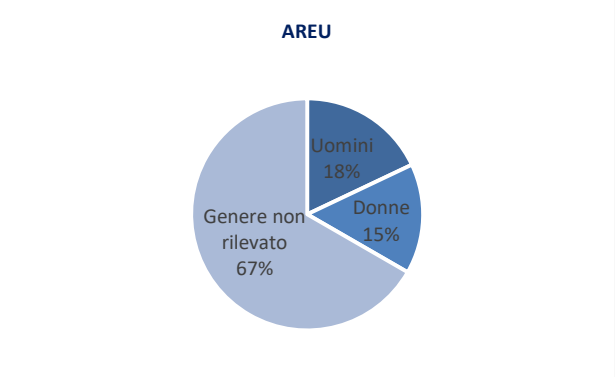


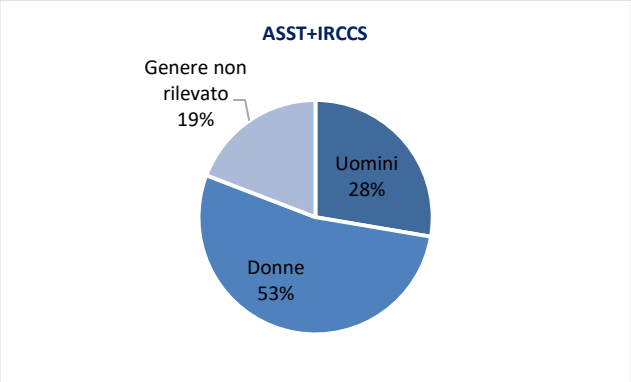
Distribuzione episodi di aggressione per genere	
Anno 2022	Primo semestre 2023

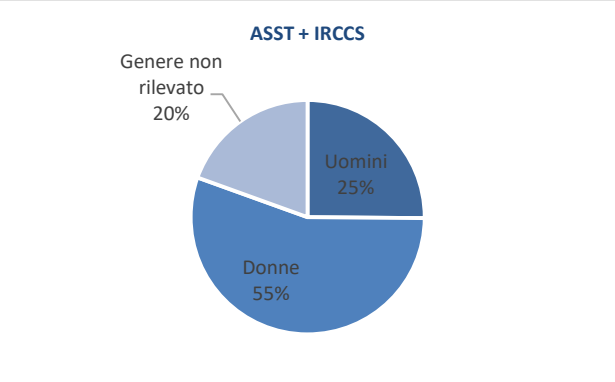


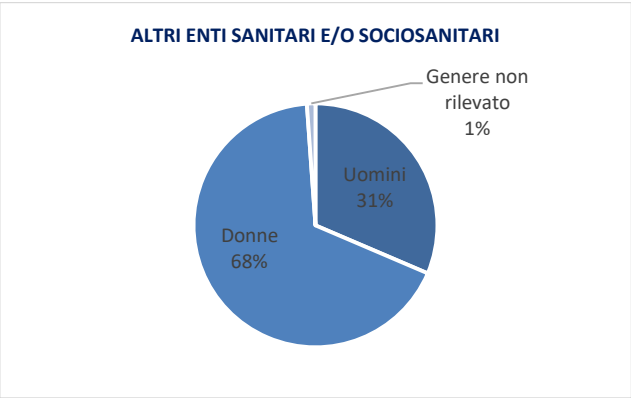


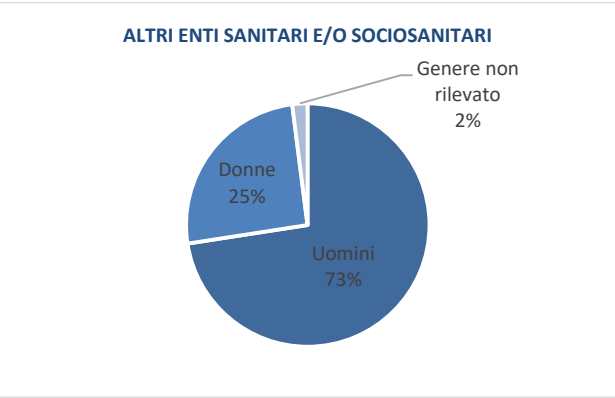






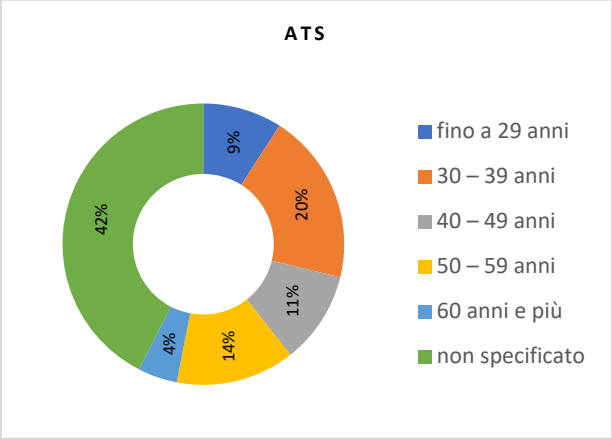


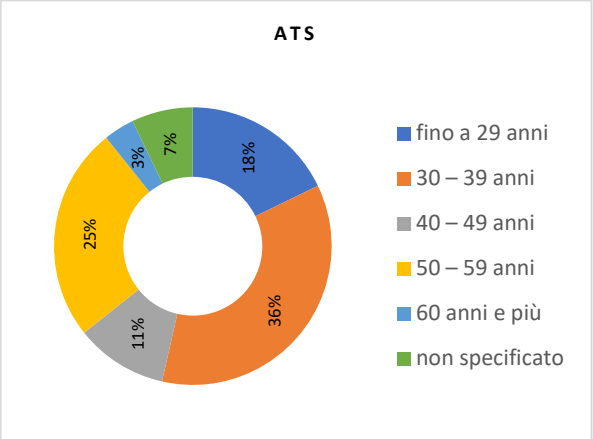


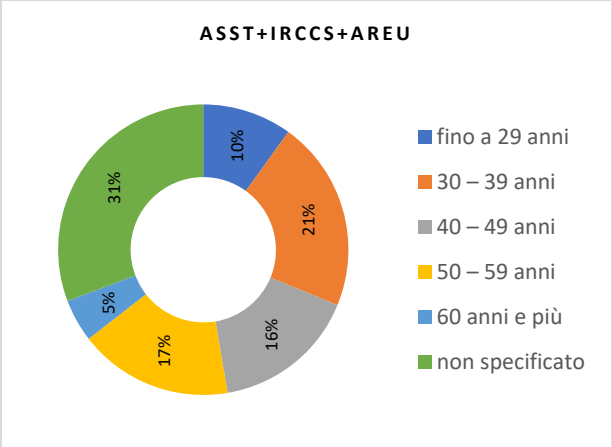


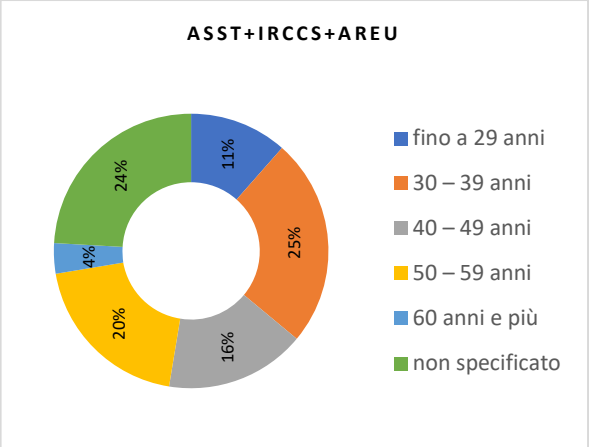
Dai dati emerge che le aggressioni sono rivolte prevalentemente a carico delle donne. Nella lettura del dato si deve comunque tenere in considerazione anche la prevalenza di operatori di genere femminile.

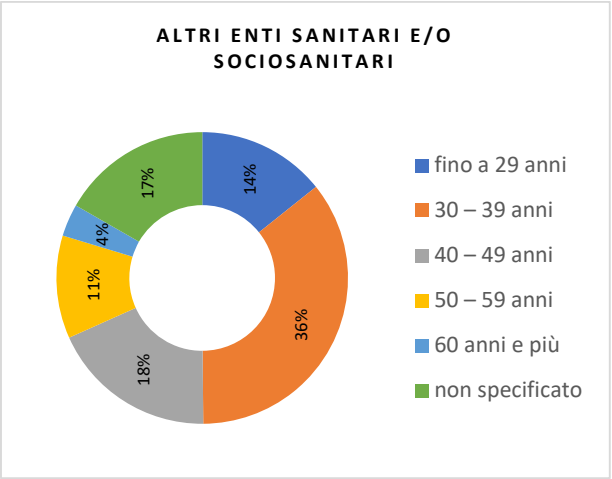
Distribuzione episodi di aggressione per fascia di età	
Anno 2022	Primo semestre 2023

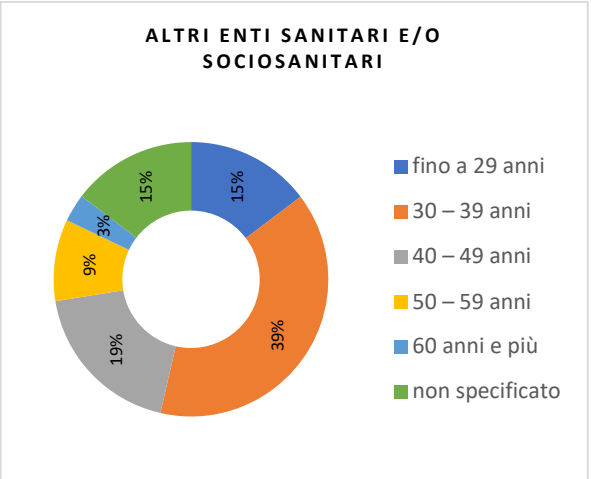






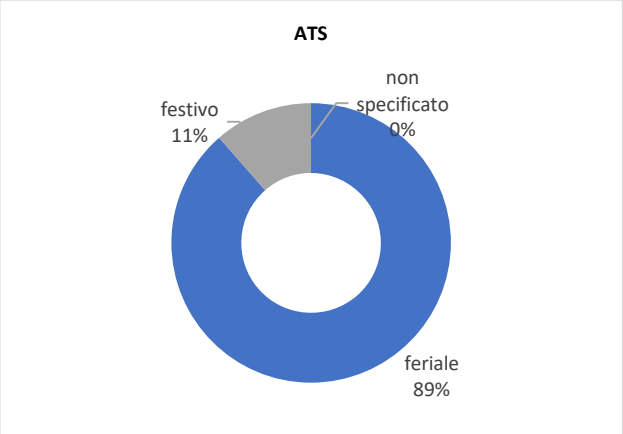


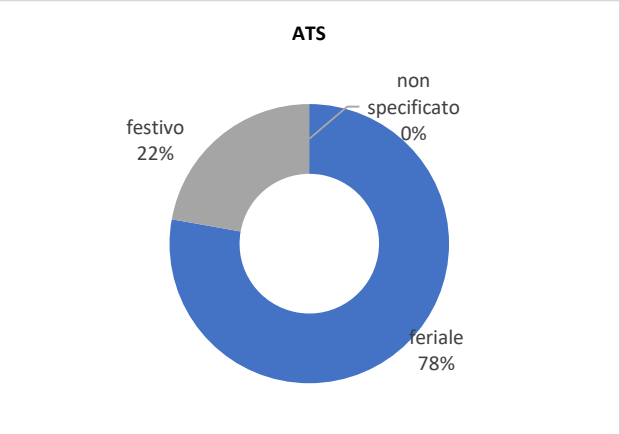


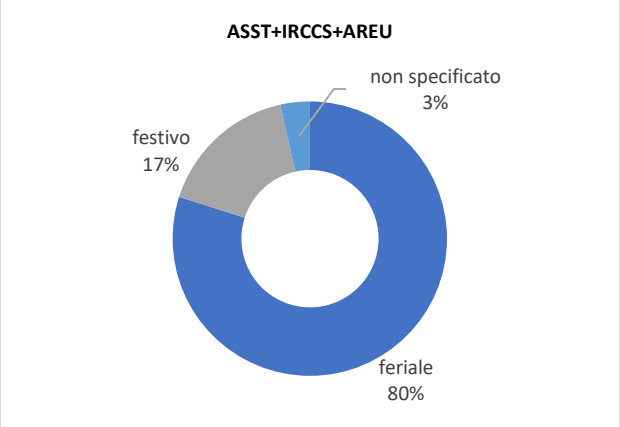


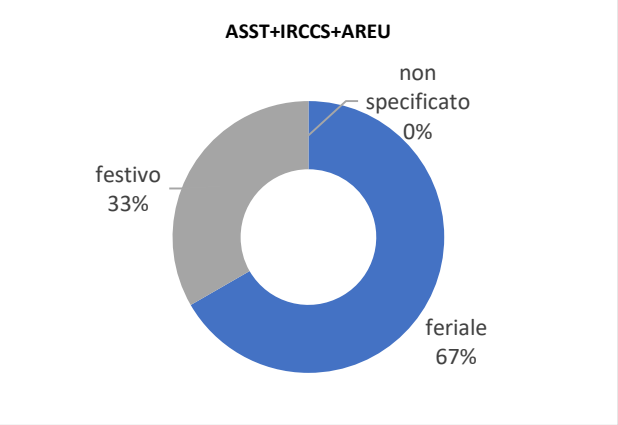
Osservando i dati relativi alle fasce di età, che interessano gli operatori che hanno subito l'aggressione, si rileva che, relativamente all'anno 2022, la categoria maggiormente rappresentativa delle strutture pubbliche ATS - ASST – IRCCS- AREU sia la "*Non Specificata*". Questo dato è da ricondurre alla modalità di raccolta delle segnalazioni che non evidenziava direttamente l'età del segnalatore, richiedendo pertanto una successiva e specifica riapertura di ogni singolo evento che in taluni casi risulta di difficile attuazione.
Tuttavia, per quanto concerne le ATS è possibile rilevare come nel 2023 tale categoria sia significativamente ridotta a vantaggio di una classificazione per fascia di età più precisa.

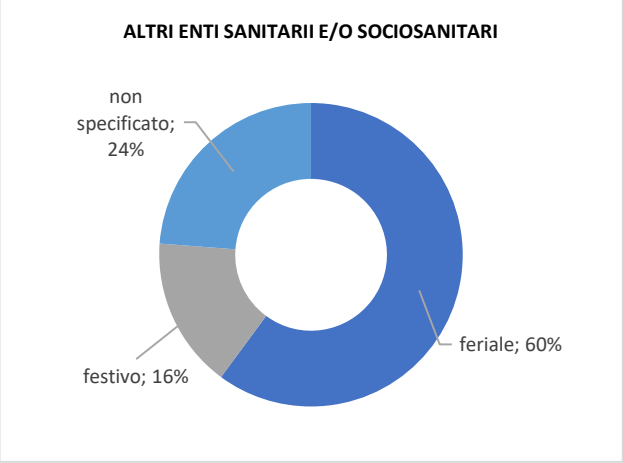
Distribuzione episodi di aggressione per giorno della settimana	
Anno 2022	Primo semestre 2023

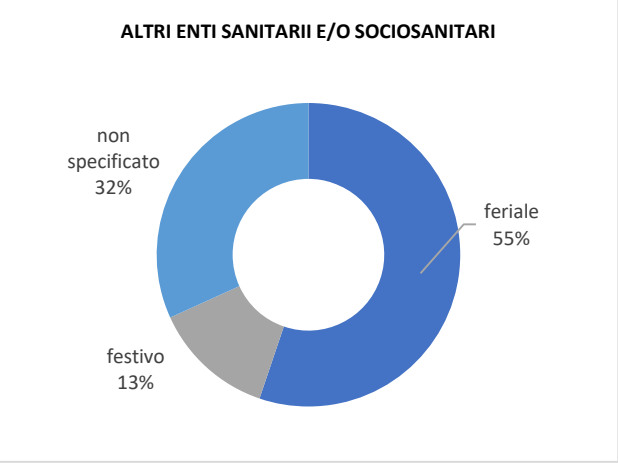






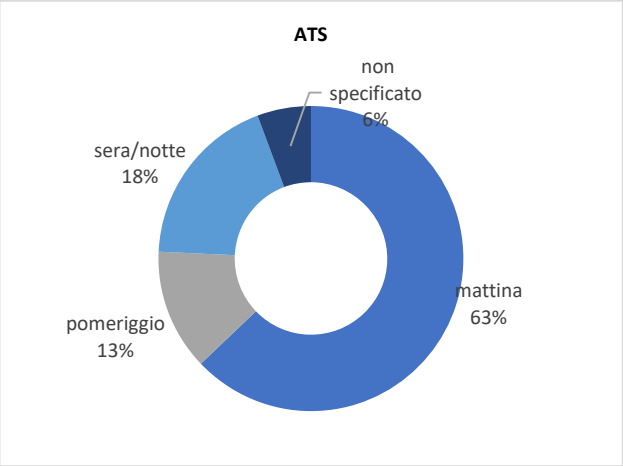


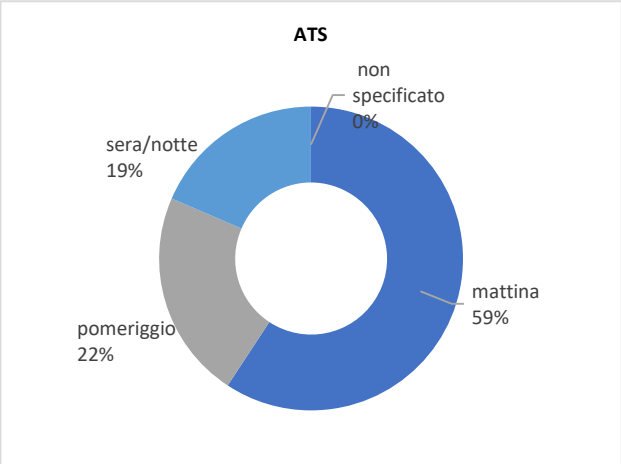


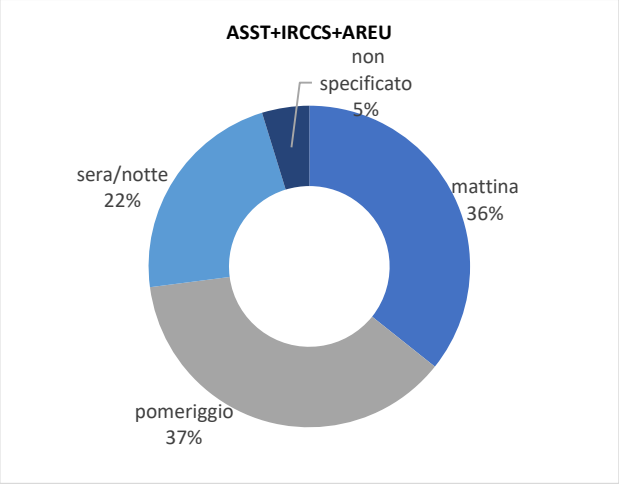


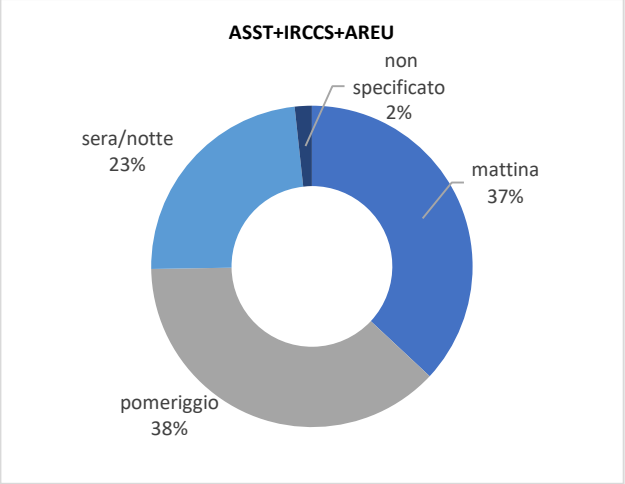
Dai dati si rileva che le aggressioni si verificano prevalentemente nei giorni feriali. Nell'analisi/interpretazione del dato bisogna tenere conto anche del maggior numero di giorni feriali rispetto ai giorni festivi

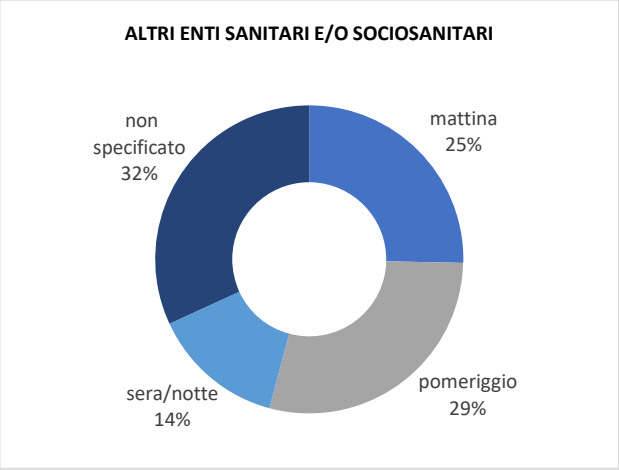
Distribuzione episodi di aggressione per fascia oraria	
Anno 2022	Primo semestre 2023

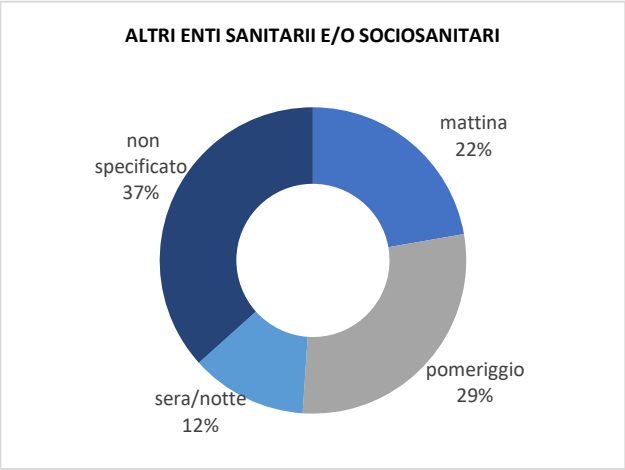












CLASSIFICAZIONE EPISODI DI AGGRESIONE SEGNALATI

CLASSIFICAZIONE PER TIPOLOGIA DI AGGRESSIONE

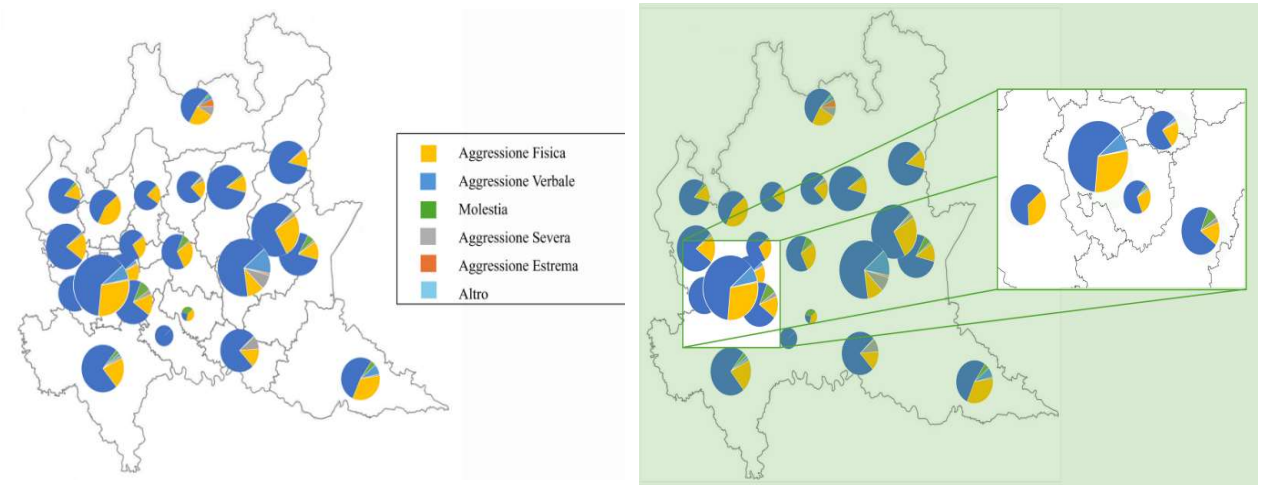
Ai fini di una classificazione omogenea delle aggressioni, in ossequio alle indicazioni fornite dalla DGR 1986/2019 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'esercizio 2019 – secondo provvedimento 2019 - Sub-Allegato C: "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio – Guida operativa", è stato chiesto di classificare le diverse forme di violenza secondo il Work Safe Victoria[1] , ovvero del Victorian WorkCover Authority, autorità del governo dello stato di Victoria (Australia).

Tabella: Work Safe Victoria

Tipologia di agito	Dettaglio
Aggressione estrema	Attacco con uso di arma, attacco con risultante la morte
Aggressione severa	Attacco con risultante lesioni severe. Ripetuti calci e pugni
Aggressione fisica	Specifiche azioni per colpire e provocare danni fisici tra cui spingere, afferrare, strattonare, pungere
Aggressione fisica minore	Attacchi fisici con risultante lievi lesioni
Minacce, intimidazioni	Specifiche minacce per nuocere con comportamento apertamente aggressivo, abuso, minacce personali di diffamazione anche ad uso dei social media
Aggressioni verbali	Insulti, minacce non specifiche dirette allo staff
Aggressioni verbali minori	Disaccordo, voce alterata

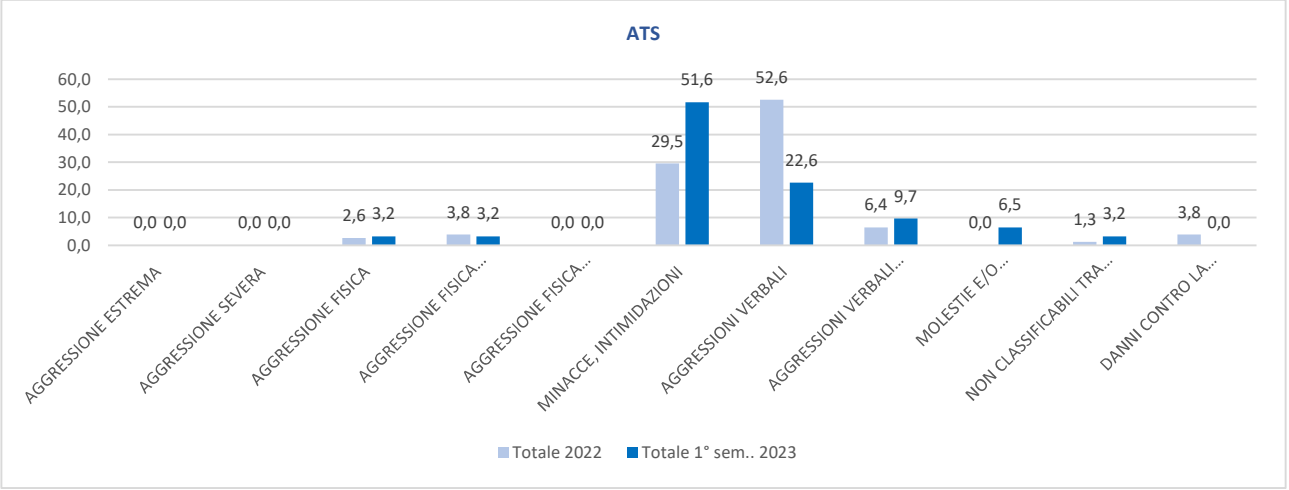
L'utilizzo di tale classificazione ha permesso di strutturare un sistema di raccolta basato su una tassonomia omogenea sul territorio lombardo. Nelle rappresentazioni successive si evidenziano i dati sulle diverse forme di violenze raccolte nella terza survey ed il confronto con le precedenti.

Distribuzione nel territorio – Anno 2022

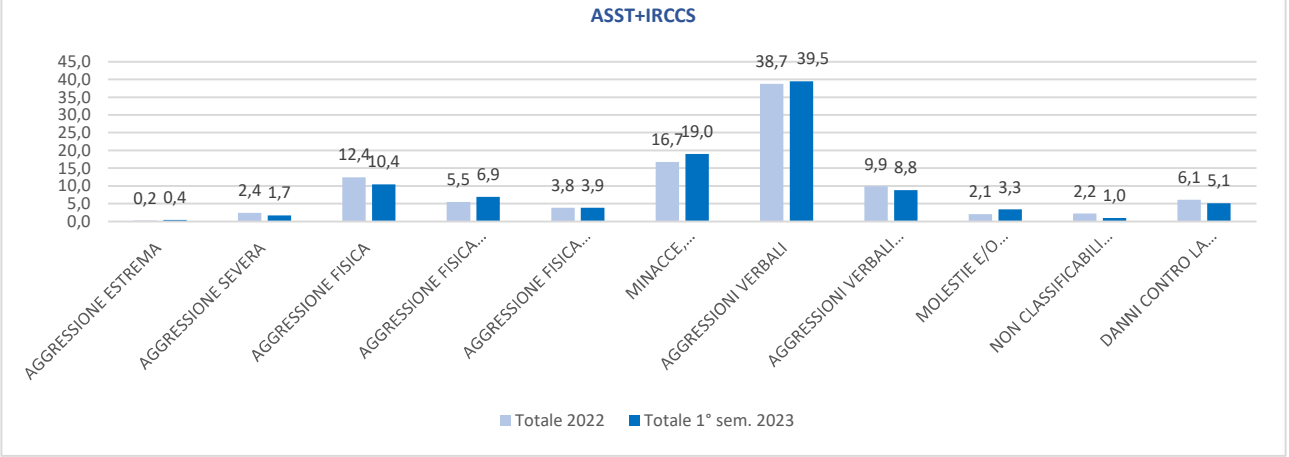


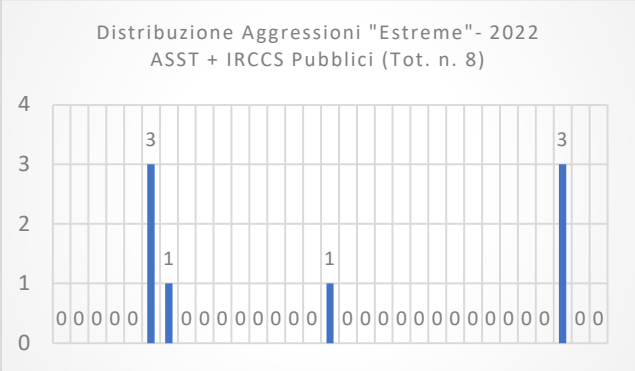
[1] Work Safe Victoria "Prevention and management of aggression in health service – 2008"

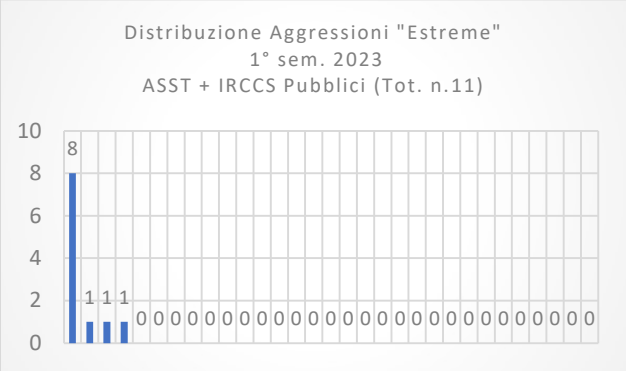
ATS	Tipologia di Aggressione										
	ESTREMA	SEVERA	FISICA	FISICA MINORE	FISICA NON SPECIFICATA	MINACCE, INTIMIDAZIONI	VERBALE	VERBALE MINORE	MOLESTIE E/O COMPORTAMENTI MOLESTI	NON CLASSIFICABILI TRA LE PRECEDENTI RISPOSTE	DANNI CONTRO LA PROPRIETÀ
2022	0	0	2	3	0	23	41	5	0	1	3
1° sem. 2023	0	0	1	1	0	16	7	3	2	1	0

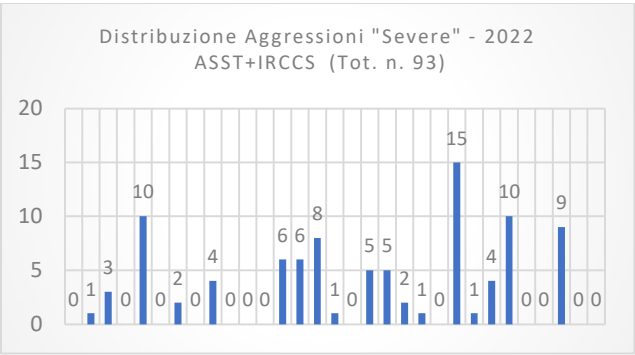


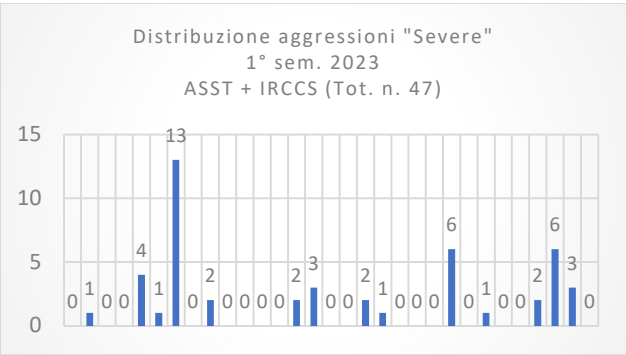
ASST + IRCCS Pubblici	Tipologia di Aggressione										
	ESTREMA	SEVERA	FISICA	FISICA MINORE	FISICA NON SPECIFICATA	MINACCE, INTIMIDAZIONI	VERBALE	VERBALE MINORE	MOLESTIE E/O COMPORTAMENTI MOLESTI	NON CLASSIFICABILI TRA LE PRECEDENTI RISPOSTE	DANNI CONTRO LA PROPRIETÀ
2022	8	93	486	215	150	654	1515	386	81	88	237
1° sem. 2023	11	47	296	196	110	539	1120	250	95	27	145



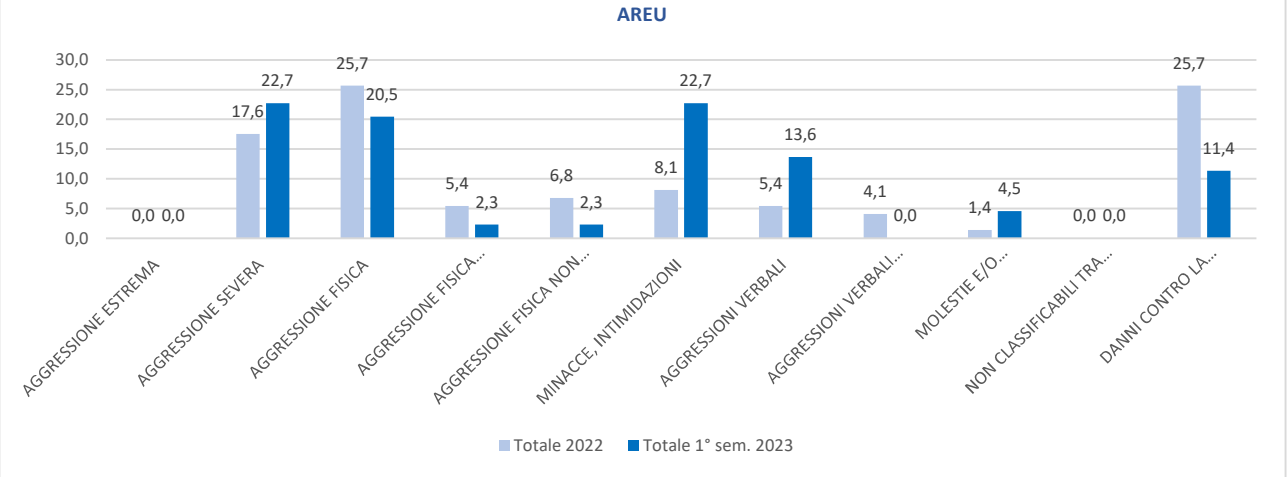




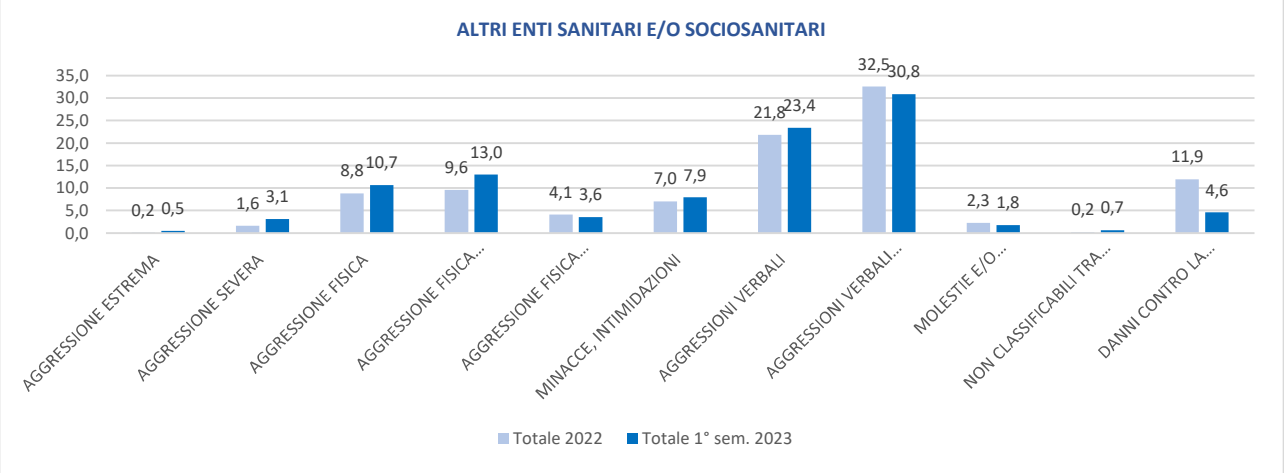


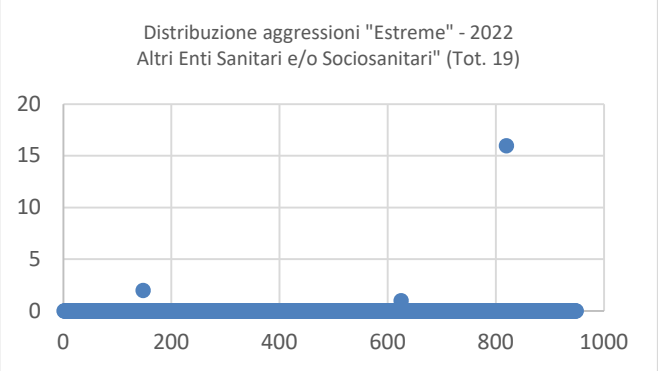


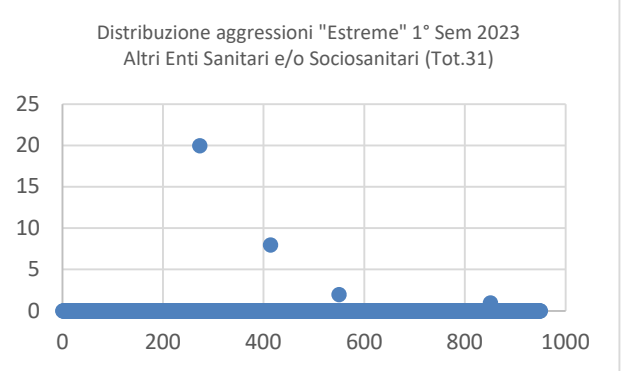
AREU	Tipologia di Aggressione										
	ESTREMA	SEVERA	FISICA	FISICA MINORE	FISICA NON SPECIFICATA	MINACCE, INTIMIDAZIONI	VERBALE	VERBALE MINORE	MOLESTIE E/O COMPORTAMENTI MOLESTI	NON CLASSIFICABILI TRA LE PRECEDENTI RISPOSTE	DANNI CONTRO LA PROPRIETÀ
2022	0	13	19	4	5	6	4	3	1	0	19
1° sem.. 2023	0	10	9	1	1	10	6	0	2	0	5

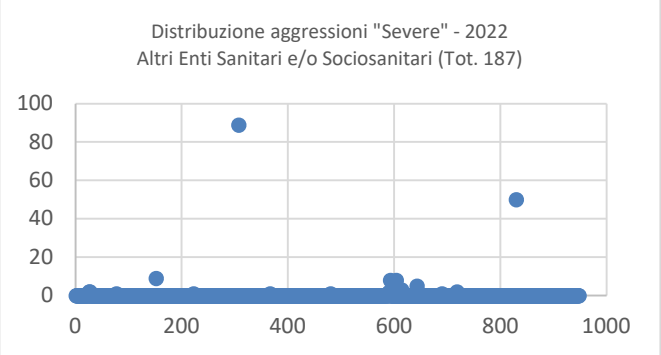


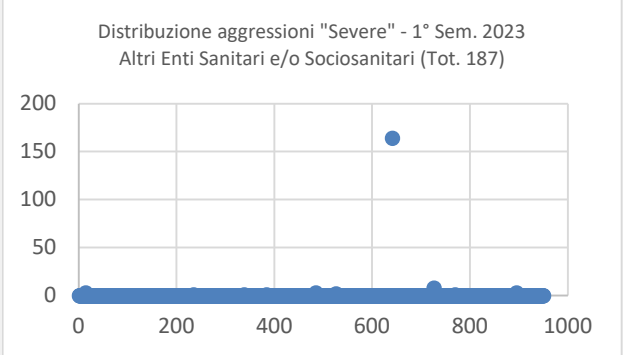
ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI	Tipologia di Aggressione										
	ESTREMA	SEVERA	FISICA	FISICA MINORE	FISICA NON SPECIFICATA	MINACCE, INTIMIDAZIONI	VERBALE	VERBALE MINORE	MOLESTIE E/O COMPORTAMENTI MOLESTI	NON CLASSIFICABILI TRA LE PRECEDENTI RISPOSTE	DANNI CONTRO LA PROPRIETÀ
2022	19	187	1029	1116	476	819	2547	3798	263	23	1393
1° sem. 2023	31	187	647	791	217	482	1419	1873	108	40	279



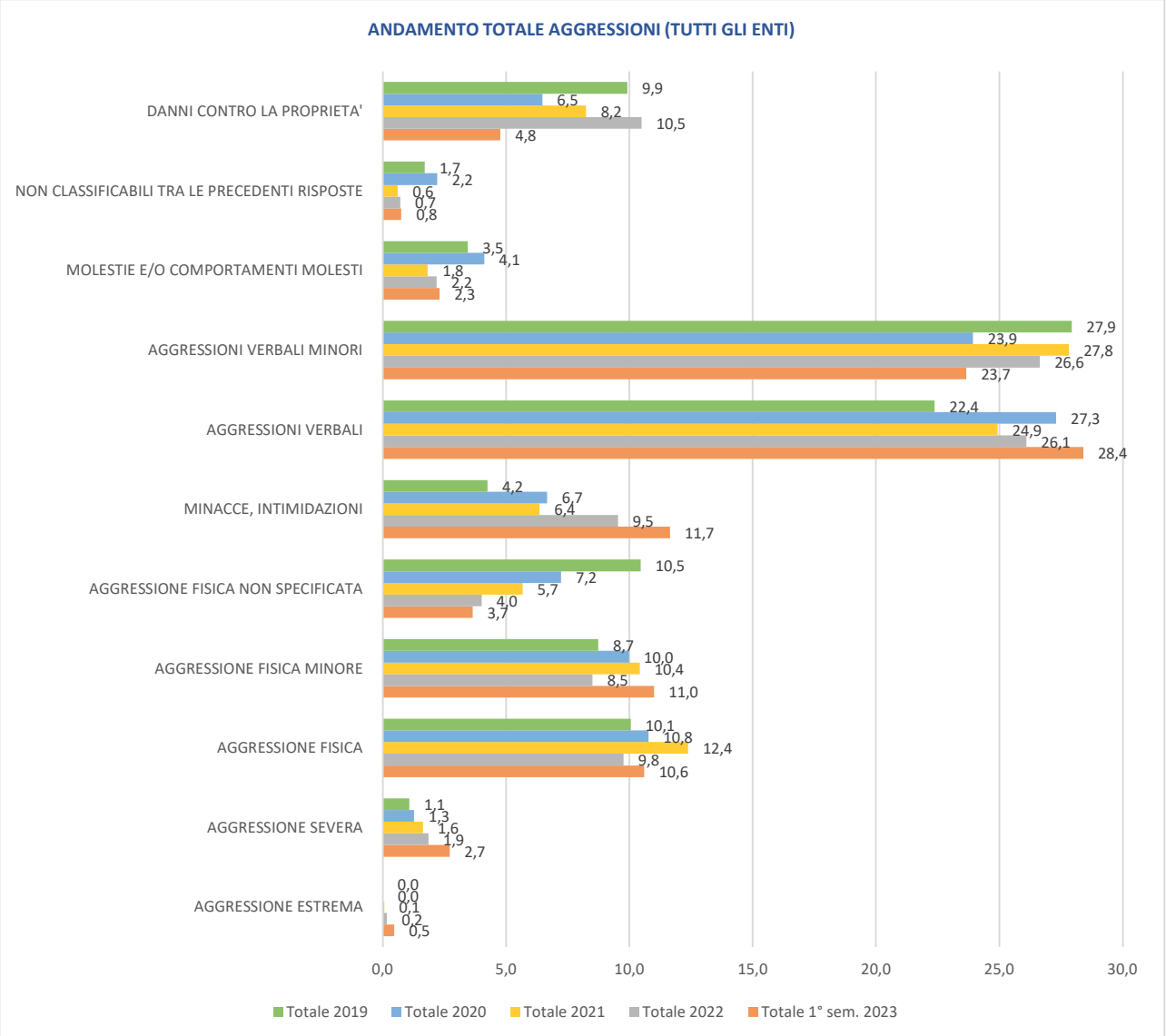








ANDAMENTO TOTALE AGGRESSIONI											
PERIODO DI RIFERIMENTO	AGGRESSIONE ESTREMA	AGGRESSIONE SEVERA	AGGRESSIONE FISICA	AGGRESSIONE FISICA MINORE	AGGRESSIONE FISICA NON SPECIFICATA	MINACCE, INTIMIDAZIONI	AGGRESSIONI VERBALI	AGGRESSIONI VERBALI MINORI	MOLESTIE E/O COMPORTAMENTI MOLESTI	NON CLASSIFICABILI TRA LE PRECEDENTI RISPOSTE	DANNI CONTRO LA PROPRIETÀ
Totale 1 SEM 2023	42	244	953	989	328	1047	2552	2126	207	68	429
Totale 2022	27	293	1536	1338	631	1502	4107	4192	345	112	1652
Totale 2021	9	218	1652	1391	757	848	3326	3711	244	82	1100
Totale 2020	2	177	1506	1396	1011	932	3816	3345	576	309	906
Totale 2019	1	196	1830	1589	1903	772	4069	5080	628	310	1804



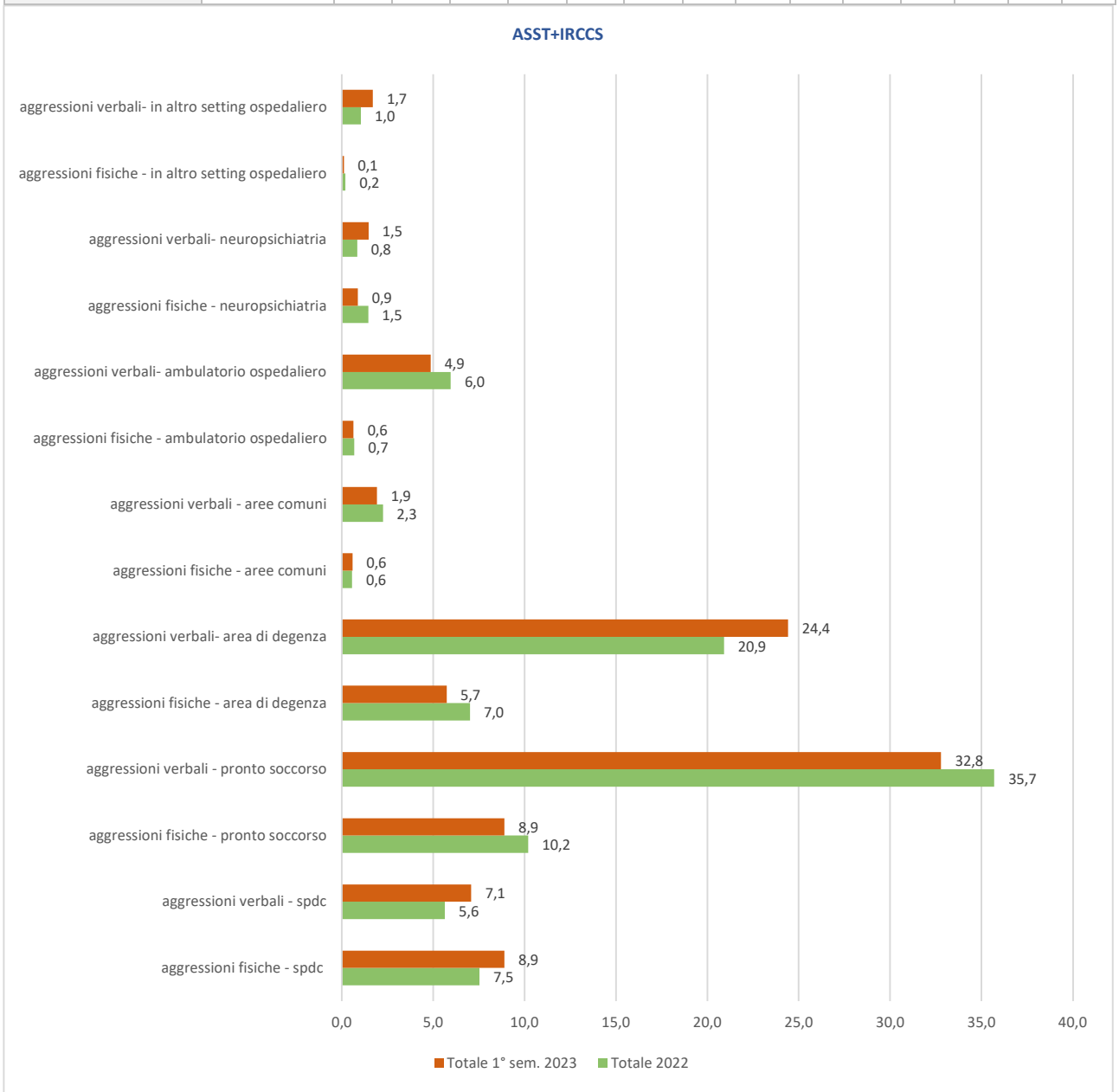
Osservando i relativi all'andamento degli episodi segnalati dal 2019 sino al 30/6/2023, evidenziano un significativo incremento delle aggressioni estreme e severe. Tuttavia, dall'analisi dei dati, è stato possibile rilevare che la maggior parte delle segnalazioni sono riconducibili a pochi erogatori/segnalatori. Al fine di escludere un possibile "bias di classificazione" i casi in questione sono oggetto di verifica e verranno approfonditi e analizzati con i singoli erogatori.

CLASSIFICAZIONE PER SETTING ASSISTENZIALE

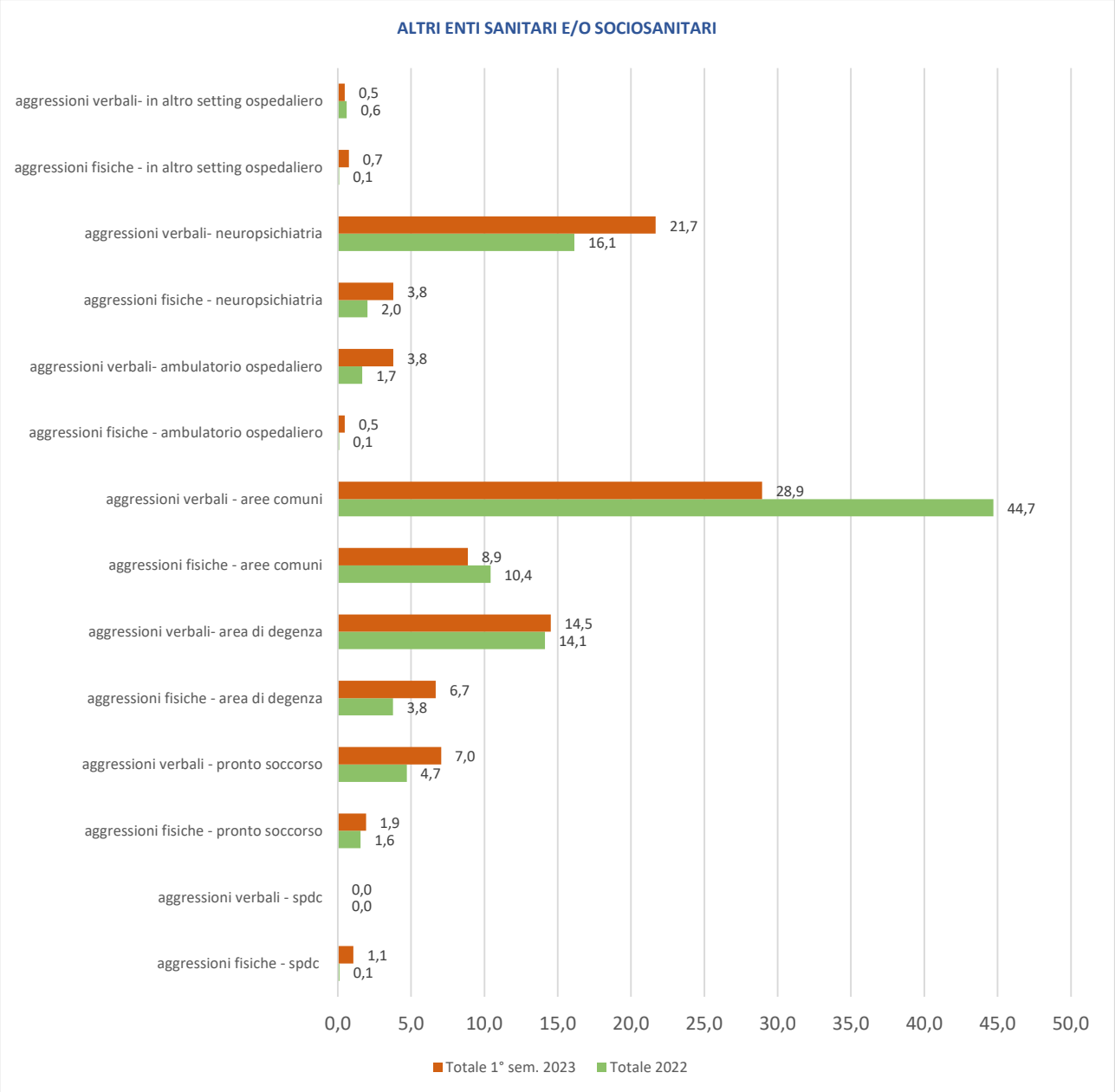
Di seguito vengono rappresentati i vari setting assistenziali. La classificazione degli ambiti e della tipologia di agiti (aggressioni verbali e aggressioni fisiche) risponde alla lista di variabili da rilevare ai fini dell'ONSEPS e conseguente debito informativo che deve essere garantito a livello regionale.

Ospedale

Ente	Periodo	AGGRESSIONI FISICHE - SPDC	AGGRESSIONI VERBALI - SPDC	AGGRESSIONI FISICHE - PRONTO SOCCORSO	AGGRESSIONI VERBALI - PRONTO SOCCORSO	AGGRESSIONI FISICHE - AREA DI DEGENZA	AGGRESSIONI VERBALI- AREA DI DEGENZA	AGGRESSIONI FISICHE - AREE COMUNI	AGGRESSIONI VERBALI - AREE COMUNI	AGGRESSIONI FISICHE - AMBULATORIO OSPEDALIERO	AGGRESSIONI VERBALI - AMBULATORIO OSPEDALIERO	AGGRESSIONI FISICHE - NEUROPSICHIATRIA	AGGRESSIONI VERBALI- NEUROPSICHIATRIA	AGGRESSIONI FISICHE - IN ALTRO SETTING OSPEDALIERO	AGGRESSIONI VERBALI- IN ALTRO SETTING OSPEDALIERO
ASST + IRCCS Pubblici	2022	187	140	253	886	174	519	14	56	17	148	36	21	5	26
	1° SEM. 2023	152	121	152	560	98	417	10	33	11	83	15	25	2	29



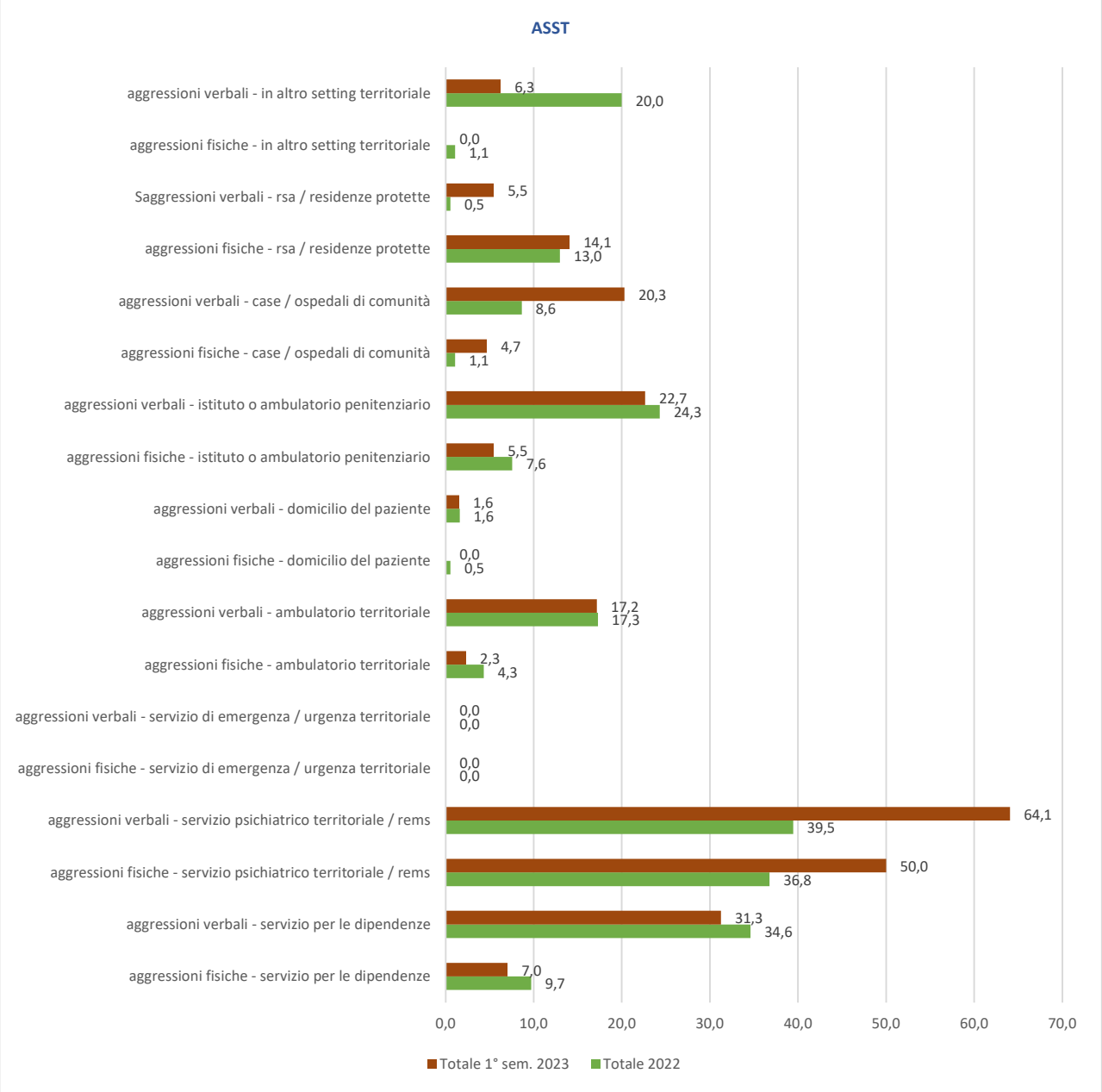
Ente	Periodo	AGGRESSIONI FISICHE - SPDC	AGGRESSIONI VERBALI - SPDC	AGGRESSIONI FISICHE - PRONTO SOCCORSO	AGGRESSIONI VERBALI - PRONTO SOCCORSO	AGGRESSIONI FISICHE - AREA DI DEGENZA	AGGRESSIONI VERBALI- AREA DI DEGENZA	AGGRESSIONI FISICHE - AREE COMUNI	AGGRESSIONI VERBALI - AREE COMUNI	AGGRESSIONI FISICHE - AMBULATORIO OSPEDALIERO	AGGRESSIONI VERBALI- AMBULATORIO OSPEDALIERO	AGGRESSIONI FISICHE - NEUROPSICHIATRIA	AGGRESSIONI VERBALI- NEUROPSICHIATRIA	AGGRESSIONI FISICHE - IN ALTRO SETTING OSPEDALIERO	AGGRESSIONI VERBALI- IN ALTRO SETTING OSPEDALIERO
ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI	2022	5	0	72	217	174	652	481	2064	4	77	93	745	4	28
	1° SEM. 2023	20	0	36	132	125	272	166	542	9	71	71	406	14	9



Per quanto riguarda ASST e IRCCS, i setting dove si sono i registrati le maggiori percentuali di aggressioni sono rappresentati dai Pronto Soccorso seguiti dalle aree di Degenza.
Molte segnalazioni riguardano l'ambito del Dipartimento Psichiatrico.
Osservando il dato aggregato degli Altri Enti Sanitari e/o Sociosanitari, le aggressioni si manifestano prevalentemente nelle aree comuni e riguardano per la maggior parte le aggressioni verbali. Da tenere in considerazione la variabilità, in termini di offerta, delle strutture in esame.

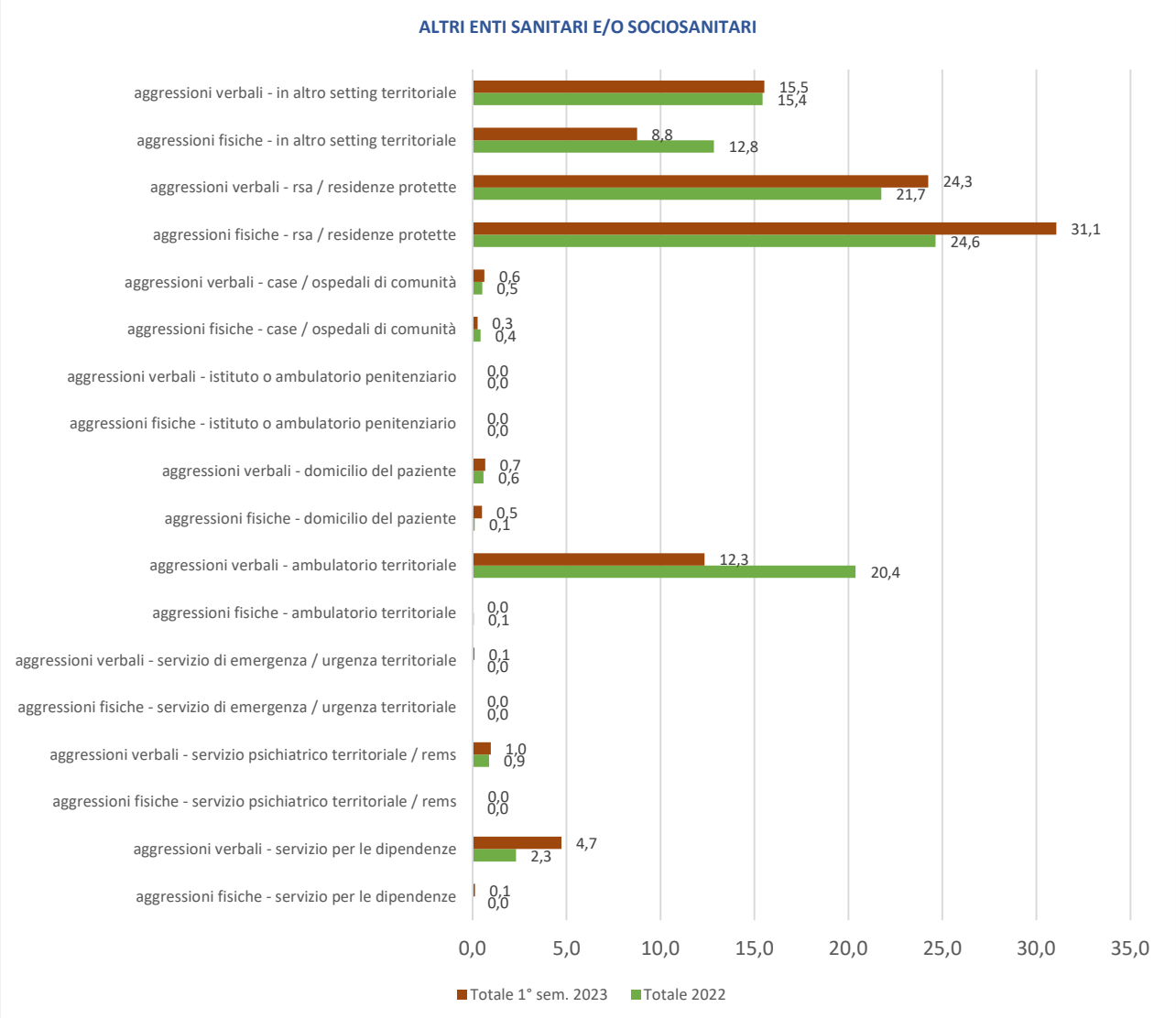
Territorio

Ente	Periodo	AGGRESSIONI FISICHE - SERVIZIO PER LE DIPENDENZE	AGGRESSIONI VERBALI - SERVIZIO PER LE DIPENDENZE	AGGRESSIONI FISICHE - SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE / REMS	AGGRESSIONI VERBALI - SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE / REMS	AGGRESSIONI FISICHE - SERVIZIO DI EMERGENZA / URGENZA TERRITORIALE	AGGRESSIONI VERBALI - SERVIZIO DI EMERGENZA / URGENZA TERRITORIALE	AGGRESSIONI FISICHE - AMBULATORIO TERRITORIALE	AGGRESSIONI VERBALI - AMBULATORIO TERRITORIALE	AGGRESSIONI FISICHE - DOMICILIO DEL PAZIENTE	AGGRESSIONI VERBALI - DOMICILIO DEL PAZIENTE	AGGRESSIONI FISICHE - ISTITUTO O AMBULATORIO PENITENZIARIO	AGGRESSIONI VERBALI - ISTITUTO O AMBULATORIO PENITENZIARIO	AGGRESSIONI FISICHE - CASE / OSPEDALI DI COMUNITÀ	AGGRESSIONI VERBALI - CASE / OSPEDALI DI COMUNITÀ	AGGRESSIONI FISICHE - RSA / RESIDENZE PROTETTE	SAGGRESSIONI VERBALI - RSA / RESIDENZE PROTETTE	AGGRESSIONI FISICHE - IN ALTRO SETTING TERRITORIALE	AGGRESSIONI VERBALI - IN ALTRO SETTING TERRITORIALE
ASST	2022	18	64	68	73	0	0	8	32	1	3	14	45	2	16	24	1	2	37
	1° SEM. 2023	9	40	64	82	0	0	3	22	0	2	7	29	6	26	18	7	0	8



Il contesto con le maggiori percentuali, in aumento nel 1° semestre 2023 rispetto al 2022, di aggressioni è rappresentato dal Servizio Psichiatrico Territoriale/Rems, seguito dal Servizio per le dipendenze. Dato in aumento. Non trascurabile è il dato relativo alle aggressioni che si manifestano in ambito penitenziario.

Ente	Periodo	AGGRESSIONI FISICHE - SERVIZIO PER LE DIPENDENZE	AGGRESSIONI VERBALI - SERVIZIO PER LE DIPENDENZE	AGGRESSIONI FISICHE - SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE / REMS	AGGRESSIONI VERBALI - SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE / REMS	AGGRESSIONI FISICHE - SERVIZIO DI EMERGENZA / URGENZA TERRITORIALE	AGGRESSIONI VERBALI - SERVIZIO DI EMERGENZA / URGENZA TERRITORIALE	AGGRESSIONI FISICHE - AMBULATORIO TERRITORIALE	AGGRESSIONI VERBALI - AMBULATORIO TERRITORIALE	AGGRESSIONI FISICHE - DOMICILIO DEL PAZIENTE	AGGRESSIONI VERBALI - DOMICILIO DEL PAZIENTE	AGGRESSIONI FISICHE - ISTITUTO O AMBULATORIO PENITENZIARIO	AGGRESSIONI VERBALI - ISTITUTO O AMBULATORIO PENITENZIARIO	AGGRESSIONI FISICHE - CASE / OSPEDALI DI COMUNITÀ	AGGRESSIONI VERBALI - CASE / OSPEDALI DI COMUNITÀ	AGGRESSIONI FISICHE - RSA / RESIDENZE PROTETTE	SAGGRESSIONI VERBALI - RSA / RESIDENZE PROTETTE	AGGRESSIONI FISICHE - IN ALTRO SETTING TERRITORIALE	AGGRESSIONI VERBALI - IN ALTRO SETTING TERRITORIALE
ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI	2022	1	102	0	39	0	0	3	898	5	26	0	0	19	23	1085	958	566	680
	1° SEM. 2023	4	141	1	29	0	3	0	368	15	20	0	0	8	19	926	723	261	463



Esaminando i dati relativi all'area territoriale, restituiti dagli Altri Enti Sanitari e/o Sociosanitari, si rileva che il setting ove si registrano le maggiori percentuali, in aumento nel 1° semestre 2023 rispetto al 2022, di aggressioni è rappresentato dalle RSA/Residenze protette, anche in ragione della offerta principale.

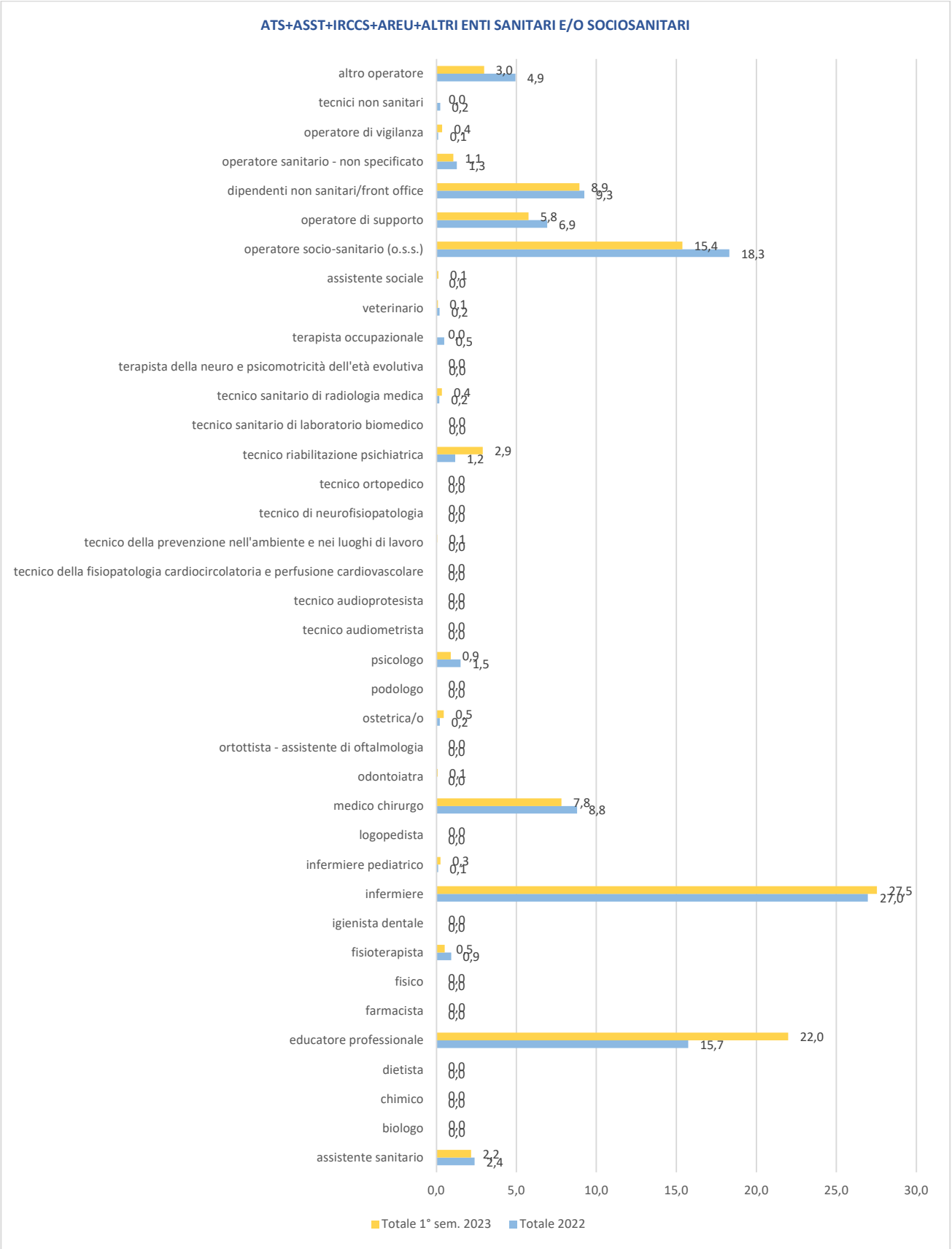
Ente	Periodo	AGGRESSIONI FISICHE - SERVIZIO PER LE DIPENDENZE	AGGRESSIONI VERBALI - SERVIZIO PER LE DIPENDENZE	AGGRESSIONI FISICHE - SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE / REMS	AGGRESSIONI VERBALI - SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE / REMS	AGGRESSIONI FISICHE - SERVIZIO DI EMERGENZA / URGENZA TERRITORIALE	AGGRESSIONI VERBALI - SERVIZIO DI EMERGENZA / URGENZA TERRITORIALE	AGGRESSIONI FISICHE - AMBULATORIO TERRITORIALE	AGGRESSIONI VERBALI - AMBULATORIO TERRITORIALE	AGGRESSIONI FISICHE - DOMICILIO DEL PAZIENTE	AGGRESSIONI VERBALI - DOMICILIO DEL PAZIENTE	AGGRESSIONI FISICHE - ISTITUTO O AMBULATORIO PENITENZIARIO	AGGRESSIONI VERBALI - ISTITUTO O AMBULATORIO PENITENZIARIO	AGGRESSIONI FISICHE - CASE / OSPEDALI DI COMUNITÀ	AGGRESSIONI VERBALI - CASE / OSPEDALI DI COMUNITÀ	AGGRESSIONI FISICHE - RSA / RESIDENZE PROTETTE	SAGGRESSIONI VERBALI - RSA / RESIDENZE PROTETTE	AGGRESSIONI FISICHE - IN ALTRO SETTING TERRITORIALE	AGGRESSIONI VERBALI - IN ALTRO SETTING TERRITORIALE
AREU	2022					42	13												
	1° SEM. 2023					23	15												

Ente	Periodo	AGGRESSIONI FISICHE - SERVIZIO PER LE DIPENDENZE	AGGRESSIONI VERBALI - SERVIZIO PER LE DIPENDENZE	AGGRESSIONI FISICHE - SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE / REMS	AGGRESSIONI VERBALI - SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE / REMS	AGGRESSIONI FISICHE - SERVIZIO DI EMERGENZA / URGENZA TERRITORIALE	AGGRESSIONI VERBALI - SERVIZIO DI EMERGENZA / URGENZA TERRITORIALE	AGGRESSIONI FISICHE - AMBULATORIO TERRITORIALE	AGGRESSIONI VERBALI - AMBULATORIO TERRITORIALE	AGGRESSIONI FISICHE - DOMICILIO DEL PAZIENTE	AGGRESSIONI VERBALI - DOMICILIO DEL PAZIENTE	AGGRESSIONI FISICHE - ISTITUTO O AMBULATORIO PENITENZIARIO	AGGRESSIONI VERBALI - ISTITUTO O AMBULATORIO PENITENZIARIO	AGGRESSIONI FISICHE - CASE / OSPEDALI DI COMUNITÀ	AGGRESSIONI VERBALI - CASE / OSPEDALI DI COMUNITÀ	AGGRESSIONI FISICHE - RSA / RESIDENZE PROTETTE	SAGGRESSIONI VERBALI - RSA / RESIDENZE PROTETTE	AGGRESSIONI FISICHE - IN ALTRO SETTING TERRITORIALE	AGGRESSIONI VERBALI - IN ALTRO SETTING TERRITORIALE
ATS	2022							1	16									3	50
	1° SEM. 2023							2	9			2		3					14

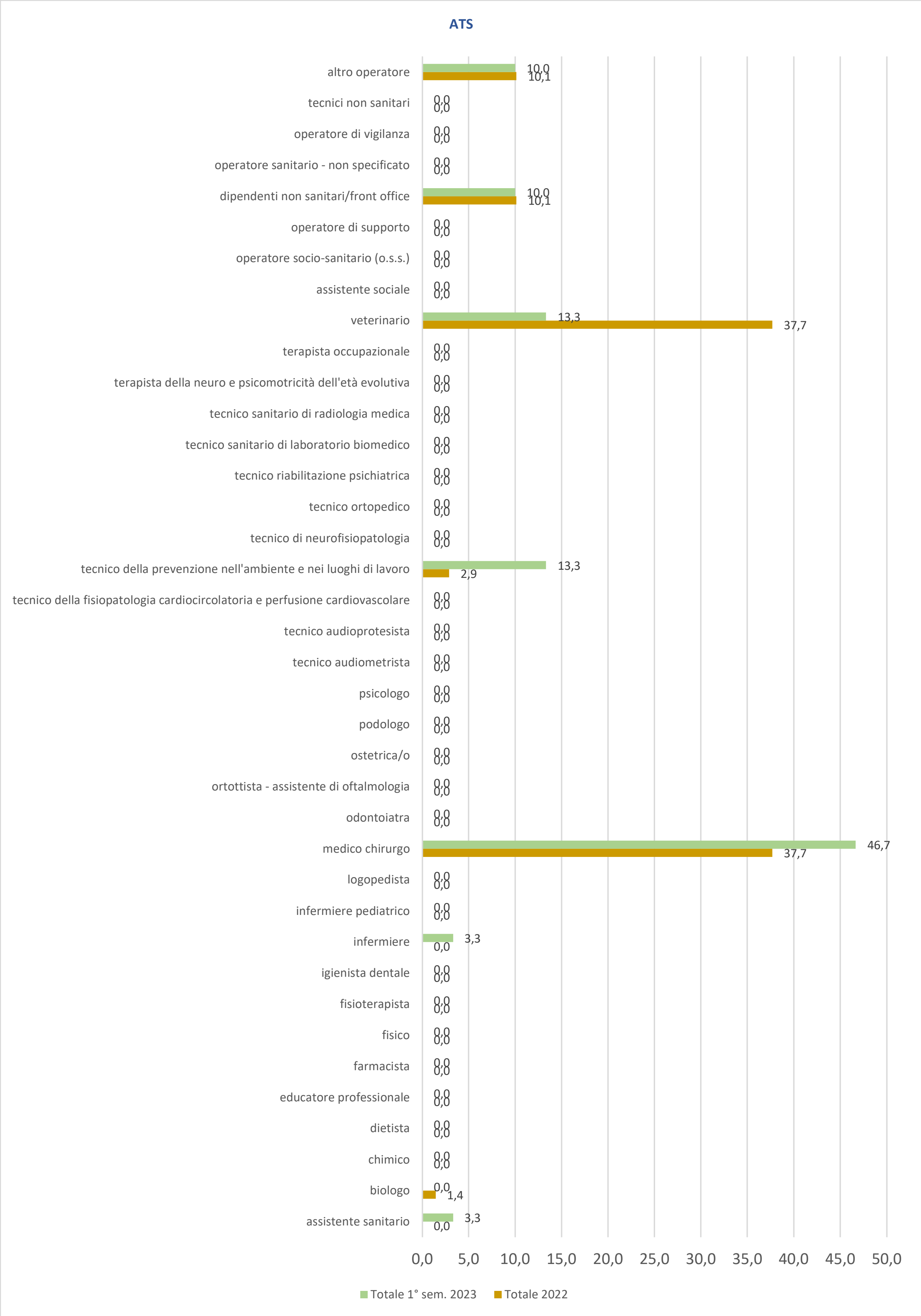
Le aree interessate dagli agiti aggressivi, nel contesto di ATS e AREU risente della specificità del servizio offerto/erogato.

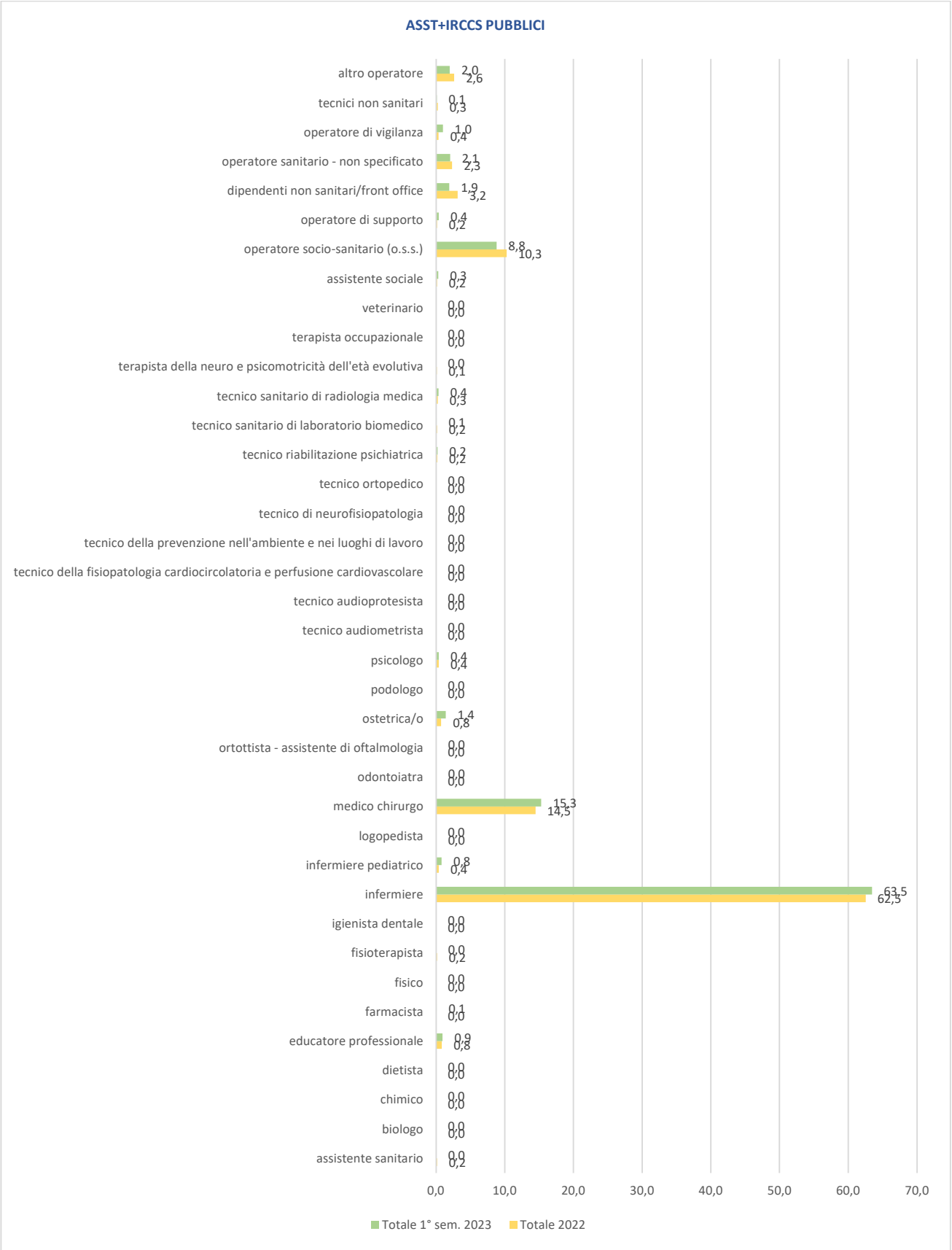
CLASSIFICAZIONE PER QUALIFICA PROFESSIONALE DELL'OPERATORE CHE HA SUBITO L'AGGRESSIONE

ENTE	TUTTI GLI ENTI		ALTRO ENTE		AREU		ASST IRCSS		ATS	
PERIODO	1° SEM. 2023	2022	1° SEM. 2023	2022	1° SEM. 2023	2022	1° SEM. 2023	2022	1° SEM. 2023	2022
ASSISTENTE SANITARIO	166	304	164	299	0	0	1	5	1	**0**
BIOLOGO	1	2	1	0	0	0	0	1	0	**1**
CHIMICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
DIETISTA	0	1	0	1	0	0	0	0	0	**0**
EDUCATORE PROFESSIONALE	1686	2001	1663	1973	0	0	23	28	0	**0**
FARMACISTA	2	0	0	0	0	0	2	0	0	**0**
FISICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
FISIOTERAPISTA	40	118	39	112	0	0	1	6	0	**0**
IGIENISTA DENTALE	1	0	1	0	0	0	0	0	0	**0**
INFERMIERE	2111	3428	537	1344	5	7	1568	2077	1	**0**
INFERMIERE PEDIATRICO	20	14	0	1	0	0	20	13	0	**0**
LOGOPEDISTA	1	1	1	0	0	0	0	1	0	**0**
MEDICO CHIRURGO	600	1118	199	606	9	5	378	481	14	**26**
ODONTOIATRA	6	0	5	0	0	0	1	0	0	**0**
ORTOTTISTA - ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA	2	0	1	0	0	0	1	0	0	**0**
OSTETRICA/O	36	27	1	2	0	0	35	25	0	**0**
PODOLOGO	1	0	1	0	0	0	0	0	0	**0**
PSICOLOGO	69	193	59	180	0	0	10	13	0	**0**
TECNICO AUDIOMETRISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
TECNICO AUDIOPROTESISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO	4	2	0	0	0	0	0	0	4	**2**
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	1	0	0	0	0	0	1	0	0	**0**
TECNICO ORTOPEDICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
TECNICO RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	223	150	217	143	0	0	6	7	0	**0**
TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	3	6	1	0	0	0	2	6	0	**0**
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	27	24	18	15	0	0	9	9	0	**0**
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA	1	6	1	2	0	0	0	4	0	**0**
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	0	62	0	62	0	0	0	0	0	**0**
VETERINARIO	8	26	4	0	0	0	0	0	4	**26**
ASSISTENTE SOCIALE	10	6	2	0	0	0	8	6	0	**0**
OPERATORE SOCIO-SANITARIO (O.S.S.)	1179	2327	961	1986	0	0	218	341	0	**0**
OPERATORE DI SUPPORTO	442	880	432	874	0		10	6	0	**0**
DIPENDENTI NON SANITARI/FRONT OFFICE	686	1176	634	1064	1	0	48	105	3	**7**
OPERATORE SANITARIO - NON SPECIFICATO	81	163	30	85	0	0	51	78	0	**0**
OPERATORE DI VIGILANZA	28	15	3	3	0	0	25	12	0	**0**
TECNICI NON SANITARI	3	31	0	22	0	0	3	9	0	**0**
ALTRO OPERATORE	229	629	143	478	34	56	49	88	3	**7**

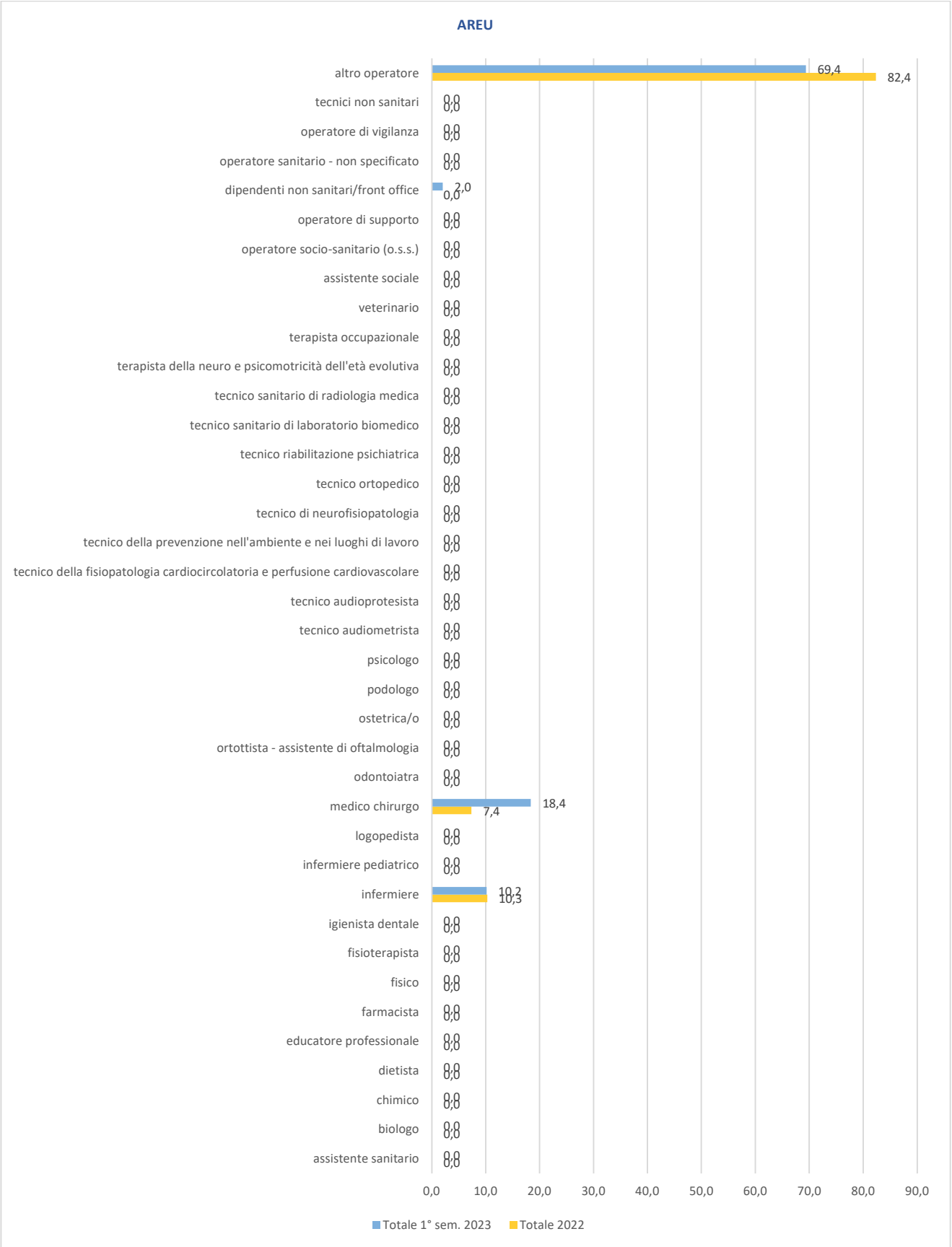


Le rilevazioni aggregate, ci dicono come, nel contesto generale, le categorie professionali, maggiormente interessate dagli agiti aggressivi, siano quelle degli infermieri, degli OSS, degli educatori professionali e del personale medico. Di seguito il dato viene dettagliato /stratificato per tipologia di Ente.

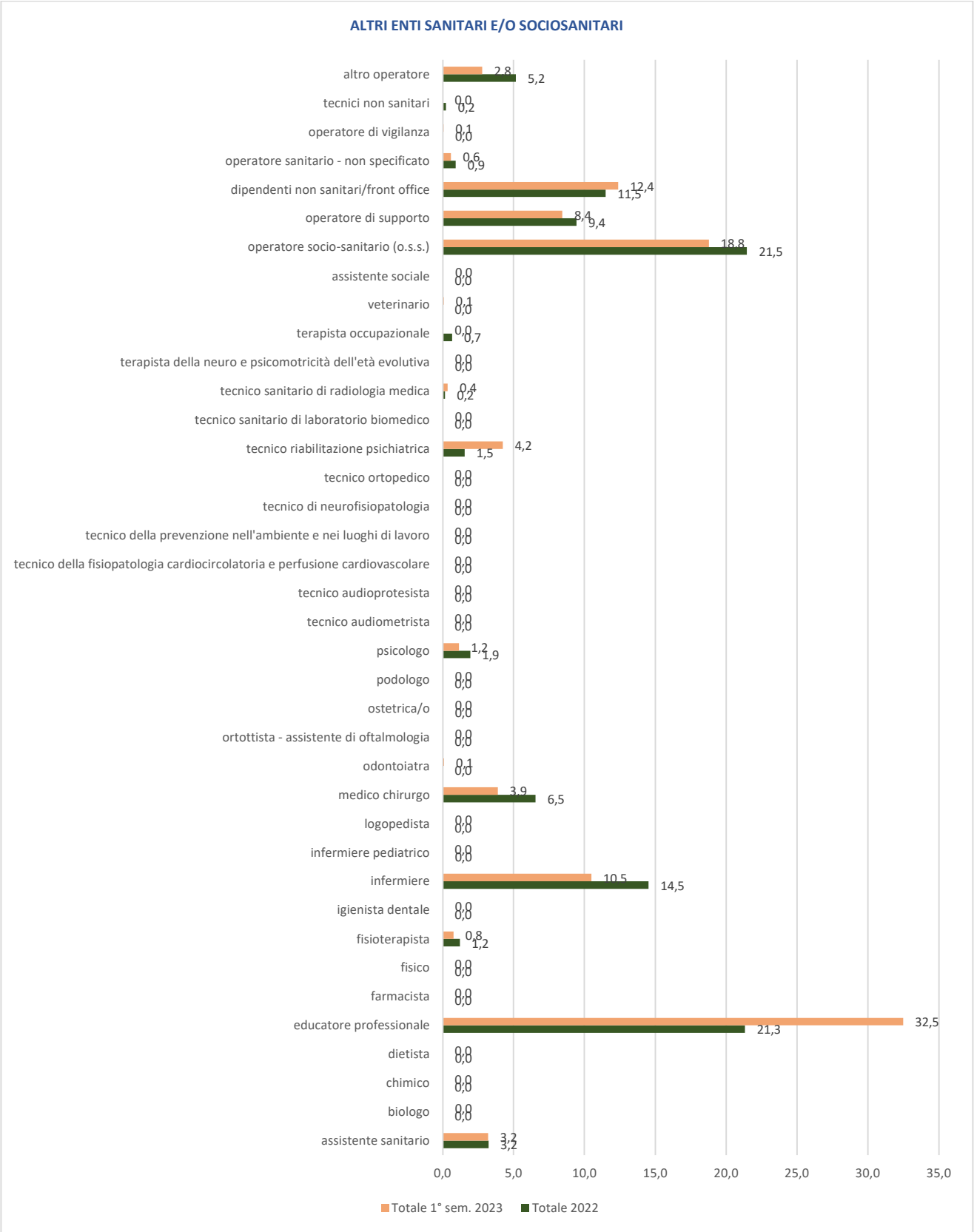

ATS
altro operatore 10,0 10,1
tecnici non sanitari 0,0 0,0
operatore di vigilanza 0,0 0,0
operatore sanitario - non specificato 0,0 0,0
dipendenti non sanitari/front office 10,0 10,1
operatore di supporto 0,0 0,0
operatore socio-sanitario (o.s.s.) 0,0 0,0
assistente sociale 0,0 0,0
veterinario 13,3 37,7
terapista occupazionale 0,0 0,0
terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva 0,0 0,0
tecnico sanitario di radiologia medica 0,0 0,0
tecnico sanitario di laboratorio biomedico 0,0 0,0
tecnico riabilitazione psichiatrica 0,0 0,0
tecnico ortopedico 0,0 0,0
tecnico di neurofisiopatologia 0,0 0,0
tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro 13,3 2,9
tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare 0,0 0,0
tecnico audioprotesista 0,0 0,0
tecnico audiometrista 0,0 0,0
psicologo 0,0 0,0
podologo 0,0 0,0
ostetrica/o 0,0 0,0
ortottista - assistente di oftalmologia 0,0 0,0
odontoiatra 0,0 0,0
medico chirurgo 46,7 37,7
logopedista 0,0 0,0
infermiere pediatrico 0,0 0,0
infermiere 3,3 0,0
igienista dentale 0,0 0,0
fisioterapista 0,0 0,0
fisico 0,0 0,0
farmacista 0,0 0,0
educatore professionale 0,0 0,0
dietista 0,0 0,0
chimico 0,0 0,0
biologo 0,0 1,4
assistente sanitario 3,3 0,0
0,0 5,0 10,0 15,0 20,0 25,0 30,0 35,0 40,0 45,0 50,0
Totale 1° sem. 2023
Totale 2022



Per quanto concerne ASST E IRCCS, le categorie professionali, maggiormente interessate dagli agiti aggressivi, sono quelle degli infermieri, del personale medico e degli OSS.

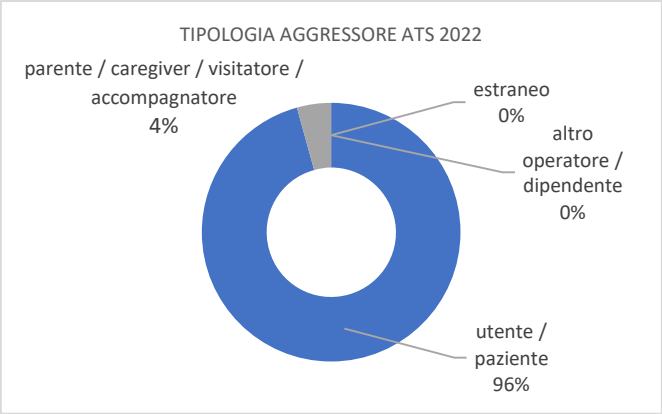


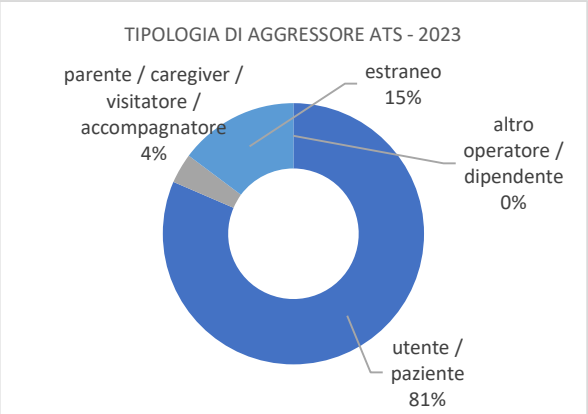
Le categorie professionali, maggiormente interessate dagli agiti aggressivi, nel contesto di ATS e AREU risente della specificità del servizio offerto/erogato.

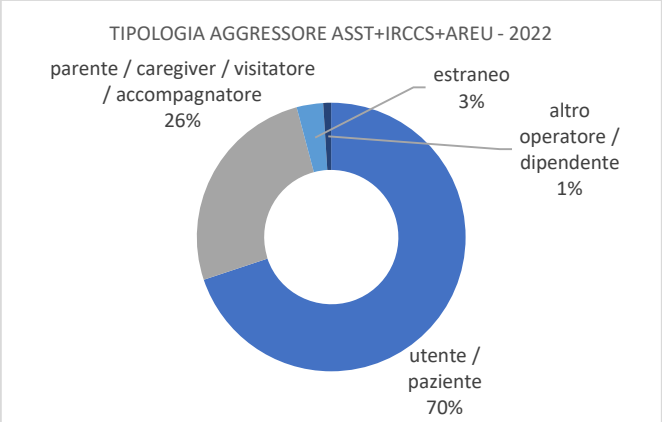


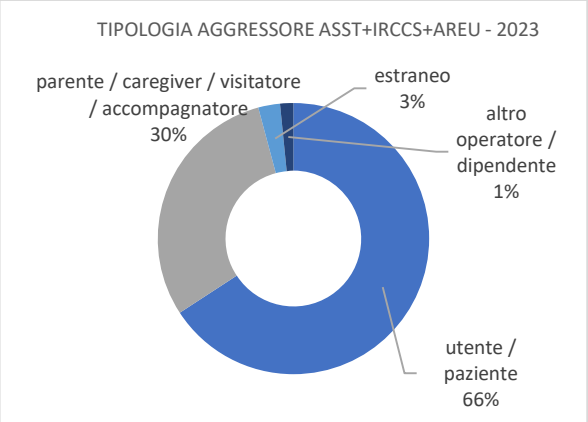
Le categorie professionali, maggiormente interessate dagli agiti aggressivi, nell'ambito degli Altri Enti Sanitari e /o Sociosanitari, sono quelle degli educatori professionali, seguiti dagli OSS, e dagli infermieri. Non trascurabile il dato relativo ai dipendenti non sanitari/front office.

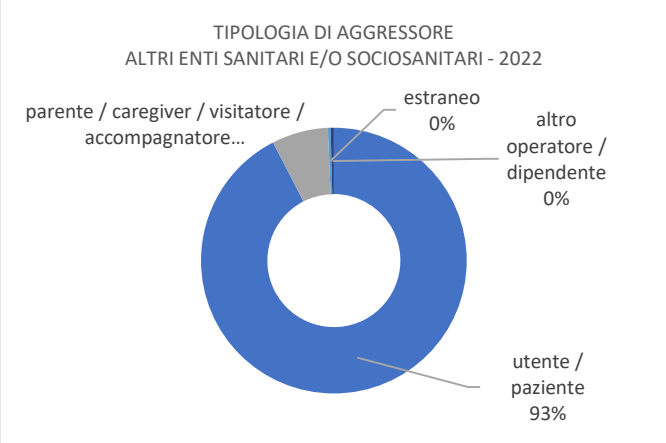
CLASSIFICAZIONE PER TIPOLOGIA DI AGGRESSORE

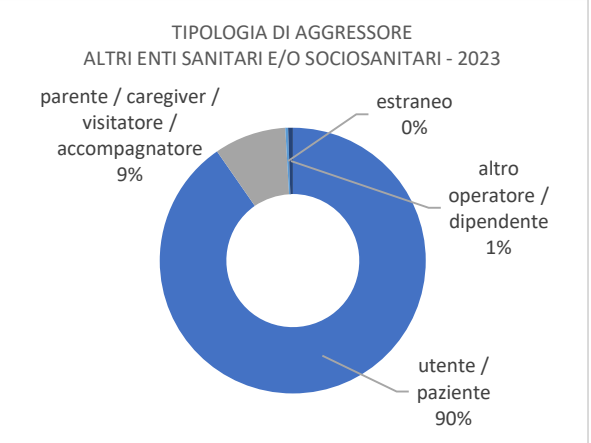












La principale categoria di aggressore è rappresentata dagli utenti/pazienti; tuttavia, è importante sottolineare il dato relativo alle aggressioni subite da parte di altro operatore/dipendente.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

CON RIFERIMENTO ALLA DG XI/1986 DEL 23/07/2019, È STATO COSTITUITO IL GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE CHE COORDINA E PRESIDIA L'INTERO PERCORSO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO?

ENTE	NO	SI	TOT.
ATS	1	7	8

QUANTE VOLTE SI È RIUNITO IL GRUPPO NEL 2022?

ENTE	UNA	DUE	TRE	PIÙ DI TRE	NESSUNA	TOT.
ATS	2	2	1	2	0	7

CON RIFERIMENTO ALLA DGR XI/1986 DEL 23/07/2019, È STATO COSTITUITO IL GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE CHE COORDINA E PRESIDIA L'INTERO PERCORSO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO?

ENTE	NO	SI	TOT.
ASST + IRCCS + AREU	4	28	32

QUANTE VOLTE SI È RIUNITO IL GRUPPO NEL 2022?

ENTE	UNA	DUE	TRE	PIÙ DI TRE	NESSUNA	TOT.
ASST + IRCCS + AREU	7	6	7	4	4	28

CON RIFERIMENTO ALLA DGR XI/1986 DEL 23/07/2019, È STATO COSTITUITO IL GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE CHE COORDINA E PRESIDIA L'INTERO PERCORSO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO?

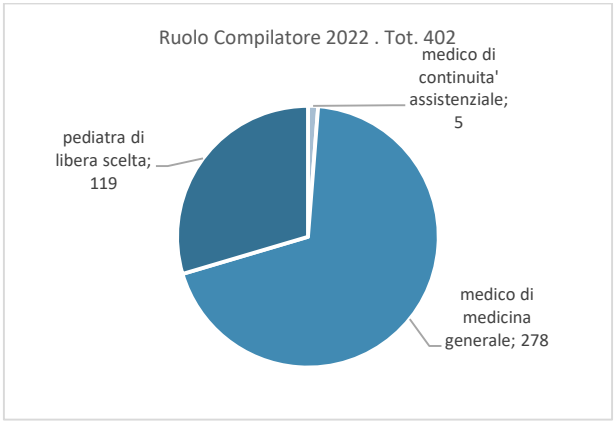
ENTE	NO	SI	TOT.
ALTRO ENTE SANITARIO/SOCIOSANITARIO	435	556	991

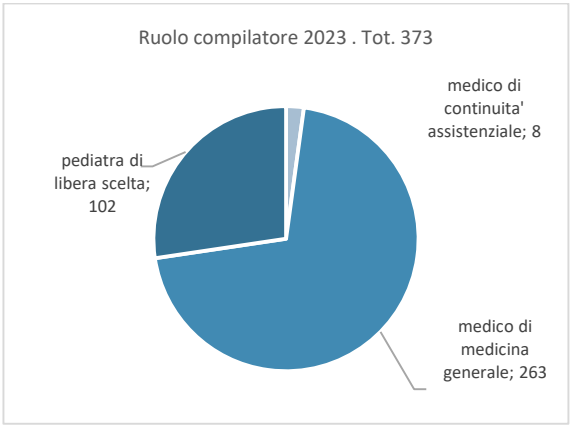
QUANTE VOLTE SI È RIUNITO IL GRUPPO NEL 2022?

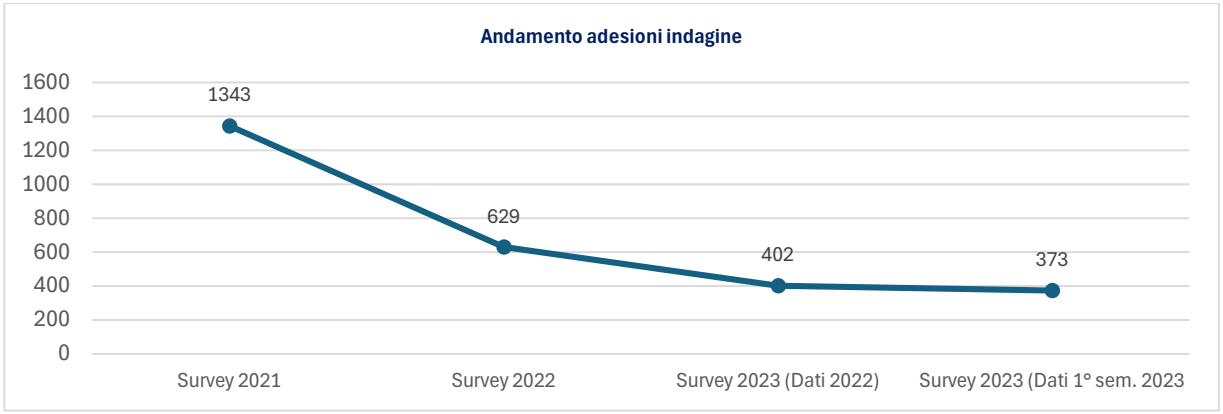
ENTE	UNA	DUE	TRE	PIÙ DI TRE	NESSUNA	TOT.
ALTRO ENTE SANITARIO/SOCIOSANITARIO	329	83	22	47	75	556

MMG/PLS/MCA

ANAGRAFICA



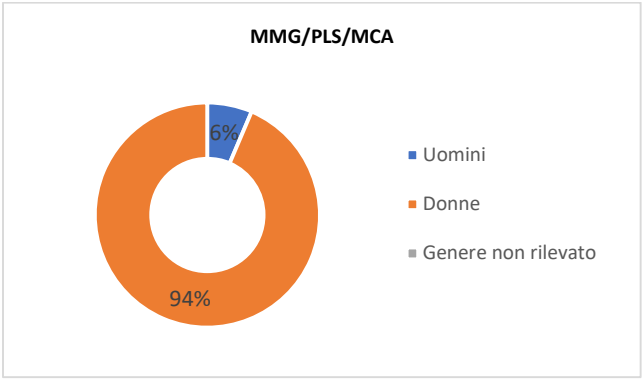


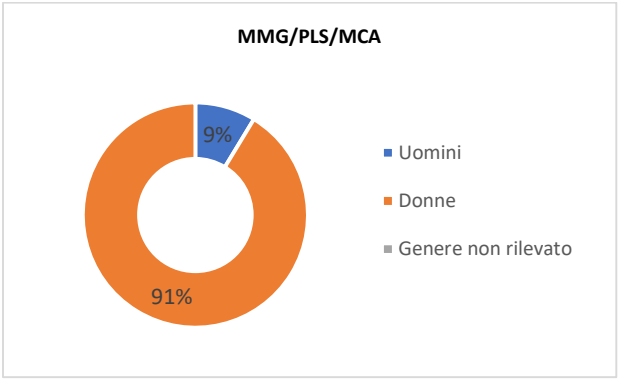


Dai dati è possibile osservare, nel tempo, una graduale riduzione del numero delle adesioni da parte di MMG/PLS/MCA.

EPISODI DI AGGRESSIONE

Distribuzione episodi di aggressione per genere	
Anno 2022 – n. episodi 1909	Primo semestre 2023 – n. episodi 2082





CLASSIFICAZIONE EPISODI DI AGGRESIONE SEGNALATI

CLASSIFICAZIONE PER TIPOLOGIA DI AGGRESSIONE

Ai fini di una classificazione omogenea delle aggressioni, in ossequio alle indicazioni fornite dalla DGR 1986/2019 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'esercizio 2019 – secondo provvedimento 2019 - Sub-Allegato C: "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio – Guida operativa", è stato chiesto di classificare le diverse forme di violenza secondo il Work Safe Victoria[2] , ovvero del Victorian WorkCover Authority, autorità del governo dello stato di Victoria (Australia.

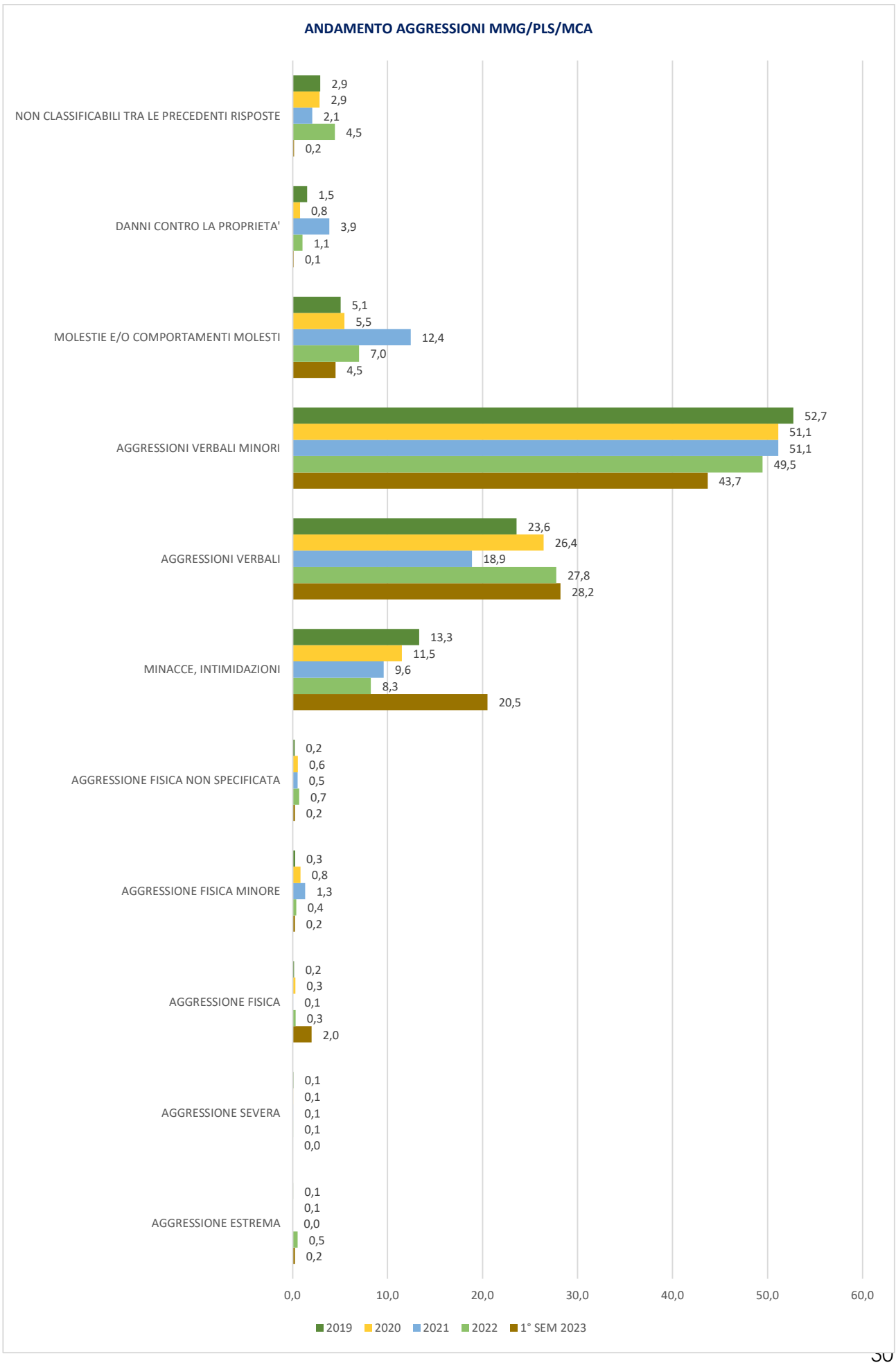
Tabella 4: Work Safe Victoria

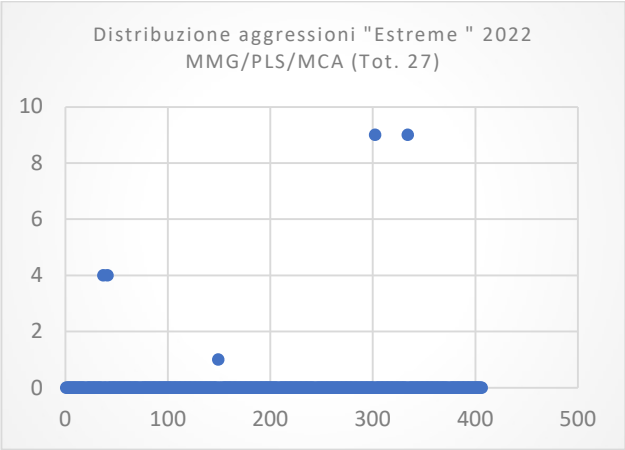
Tipologia di agito	Dettaglio
Aggressione estrema	Attacco con uso di arma, attacco con risultante la morte
Aggressione severa	Attacco con risultante lesioni severe. Ripetuti calci e pugni
Aggressione fisica	Specifiche azioni per colpire e provocare danni fisici tra cui spingere, afferrare, strattonare, pungere
Aggressione fisica minore	Attacchi fisici con risultante lievi lesioni
Minacce, intimidazioni	Specifiche minacce per nuocere con comportamento apertamente aggressivo, abuso, minacce personali di diffamazione anche ad uso dei social media
Aggressioni verbali	Insulti, minacce non specifiche dirette allo staff
Aggressioni verbali minori	Disaccordo, voce alterata

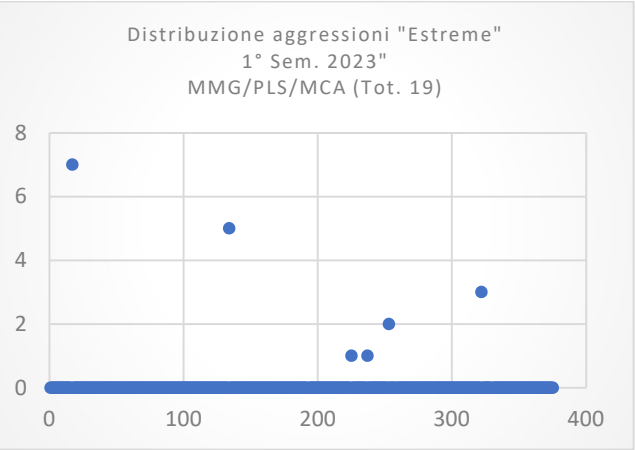
L'utilizzo di tale classificazione ha permesso di strutturare un sistema di raccolta basato su una tassonomia omogenea sul territorio lombardo. Nelle rappresentazioni successive si evidenziano i dati sulle diverse forme di violenze raccolte nella terza survey ed il confronto con le precedenti:

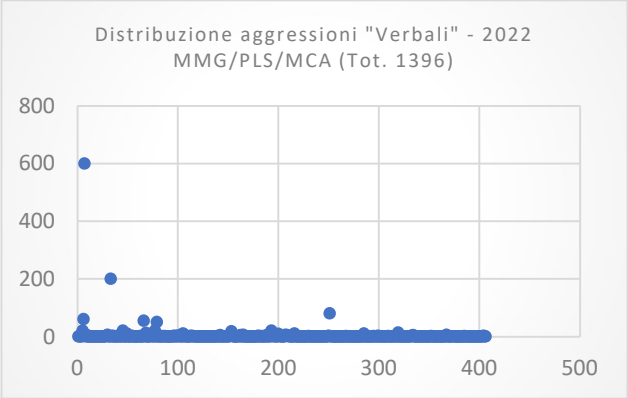
ANDAMENTO TOTALE AGGRESSIONI MMG/PLS/MCA											
Periodo di riferimento	AGGRESSIONE ESTREMA	AGGRESSIONE SEVERA	AGGRESSIONE FISICA	AGGRESSIONE FISICA MINORE	AGGRESSIONE FISICA NON SPECIFICATA	MINACCE, INTIMIDAZIONI	AGGRESSIONI VERBALI	AGGRESSIONI VERBALI MINORI	MOLESTIE E/O COMPORTAMENTI MOLESTI	NON CLASSIFICABILI TRA LE PRECEDENTI RISPOSTE	DANNI CONTRO LA PROPRIETA'
Totale 1° SEM. 2023	19	3	154	19	19	1574	2164	3352	347	12	8
Totale 2022	27	3	16	20	35	415	1396	2488	352	224	53
Totale 2021	0	6	8	137	55	986	1940	5250	1277	214	397
Totale 2020	8	11	49	130	89	1801	4138	8004	856	447	124
Totale 2019	14	15	29	52	41	2413	4268	9542	918	526	279

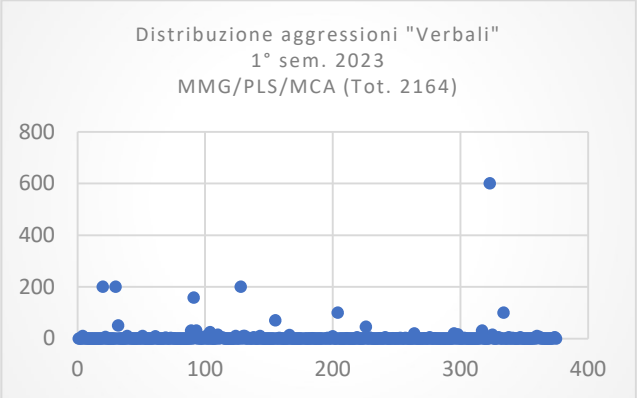
[2] Work Safe Victoria "Prevention and management of aggression in health service – 2008"

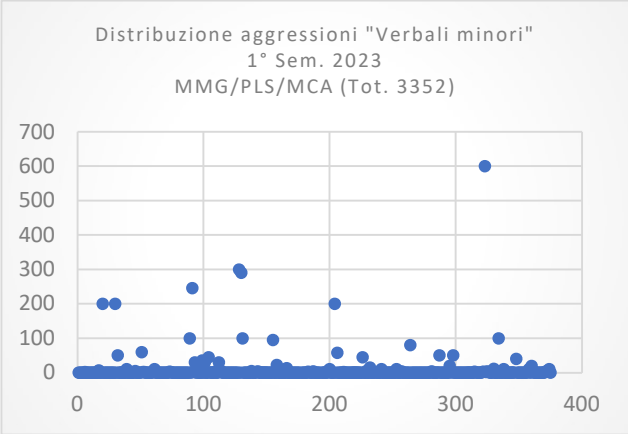

ANDAMENTO AGGRESSIONI MMG/PLS/MCA
NON CLASSIFICABILI TRA LE PRECEDENTI RISPOSTE
2,9
2,9
2,1
4,5
0,2
DANNI CONTRO LA PROPRIETA'
1,5
0,8
3,9
1,1
0,1
MOLESTIE E/O COMPORTAMENTI MOLESTI
5,1
5,5
12,4
7,0
4,5
AGGRESSIONI VERBALI MINORI
52,7
51,1
51,1
49,5
43,7
AGGRESSIONI VERBALI
23,6
26,4
18,9
27,8
28,2
MINACCE, INTIMIDAZIONI
13,3
11,5
9,6
8,3
20,5
AGGRESSIONE FISICA NON SPECIFICATA
0,2
0,6
0,5
0,7
0,2
AGGRESSIONE FISICA MINORE
0,3
0,8
1,3
0,4
0,2
AGGRESSIONE FISICA
0,2
0,3
0,1
0,3
2,0
AGGRESSIONE SEVERA
0,1
0,1
0,1
0,1
0,0
AGGRESSIONE ESTREMA
0,1
0,1
0,0
0,5
0,2
0,0
10,0
20,0
30,0
40,0
50,0
60,0
2019
2020
2021
2022
1° SEM 2023

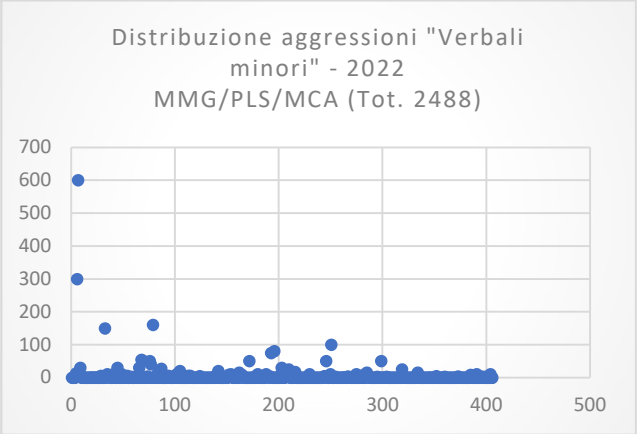

Distribuzione aggressioni "Estreme " 2022
MMG/PLS/MCA (Tot. 27)
10
8
6
4
2
0
0
100
200
300
400
500

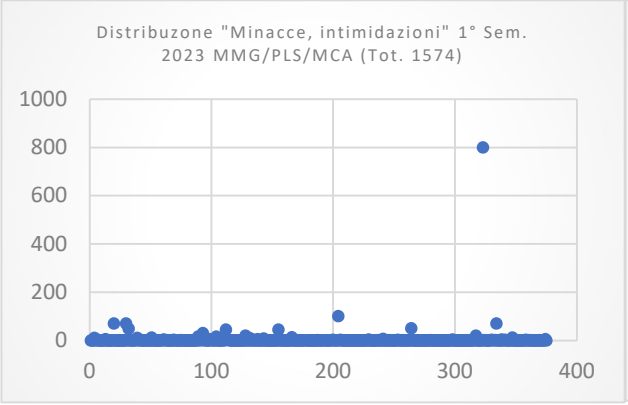

Distribuzione aggressioni "Estreme"
1° Sem. 2023"
MMG/PLS/MCA (Tot. 19)
8
6
4
2
0
0
100
200
300
400

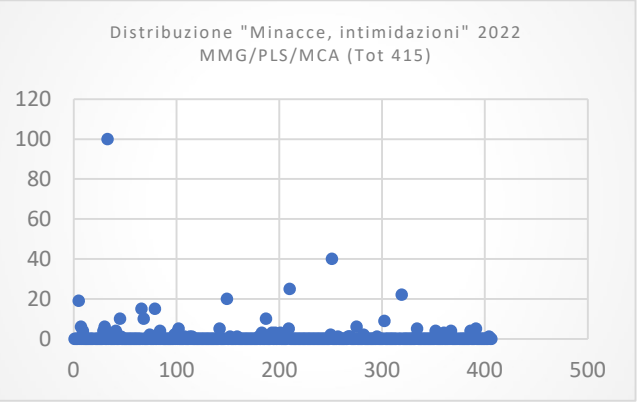

Distribuzione aggressioni "Verbali" - 2022
MMG/PLS/MCA (Tot. 1396)
800
600
400
200
0
0
100
200
300
400
500


Distribuzione aggressioni "Verbali"
1° sem. 2023
MMG/PLS/MCA (Tot. 2164)
800
600
400
200
0
0
100
200
300
400


Distribuzione aggressioni "Verbali minori"
1° Sem. 2023
MMG/PLS/MCA (Tot. 3352)
700
600
500
400
300
200
100
0
0
100
200
300
400

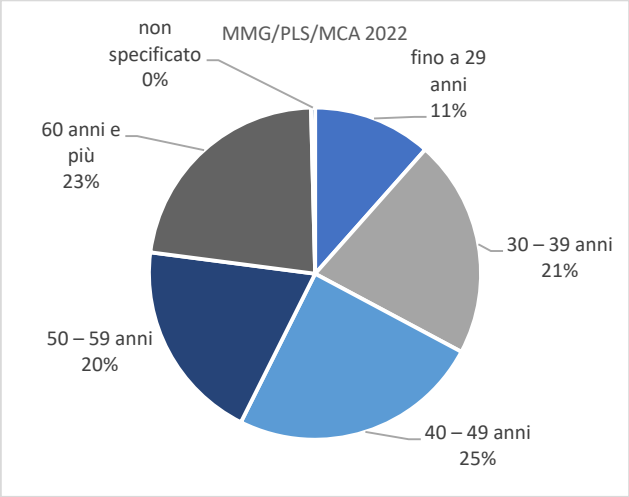

Distribuzione aggressioni "Verbali minori" - 2022
MMG/PLS/MCA (Tot. 2488)
700
600
500
400
300
200
100
0
0
100
200
300
400
500

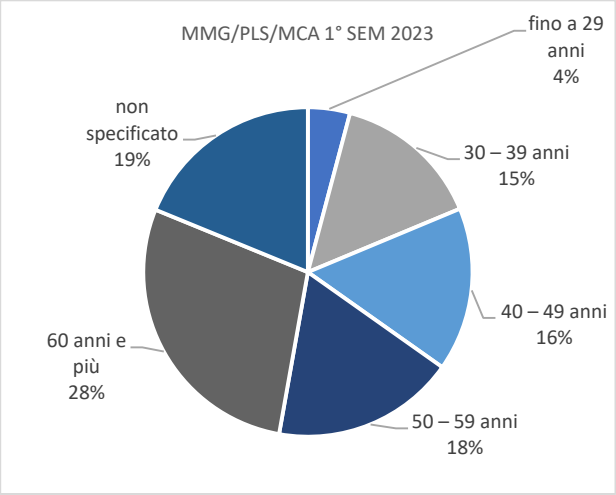

Distribuzone "Minacce, intimidazioni" 1° Sem. 2023 MMG/PLS/MCA (Tot. 1574)
1000
800
600
400
200
0
0
100
200
300
400


Distribuzione "Minacce, intimidazioni" 2022
MMG/PLS/MCA (Tot 415)
120
100
80
60
40
20
0
0
100
200
300
400
500

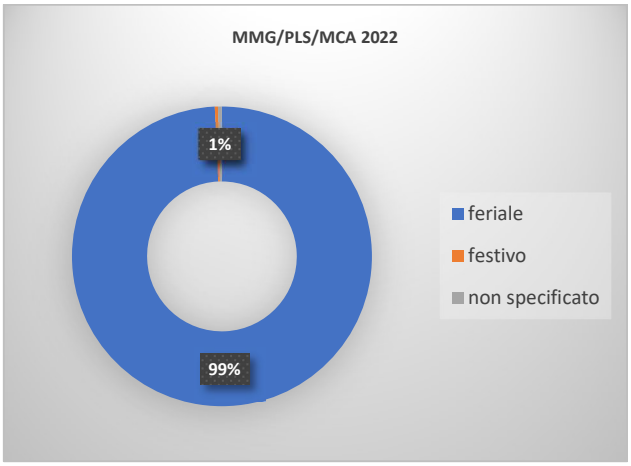
Osservando i dati, si nota un significativo incremento delle minacce e un lieve aumento delle aggressioni verbali nei confronti di MMG/PLS/MCA nel primo semestre 2023 rispetto al 2022. I valori qui rappresentati devono essere valutati alla luce delle singole rilevazioni. È infatti utile riportare che alcuni professionisti segnalano un numero considerevole di aggressioni, che in alcuni casi si discostano in modo importante dalla media. I casi che si discostano dalla media in modo significativo e/o che presentano anomalie in temini di classificazione andrebbero discussi e analizzati con i singoli professionisti al fine di individuare possibili bias di rilevazione e/o classificazione.

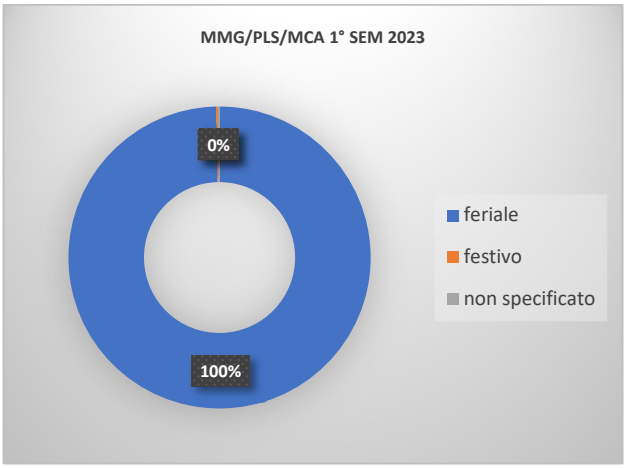
CLASSIFICAZIONE PER FASCIA DI ETÀ DELL' OPERATORE CHE HA SUBITO L'AGGRESSIONE



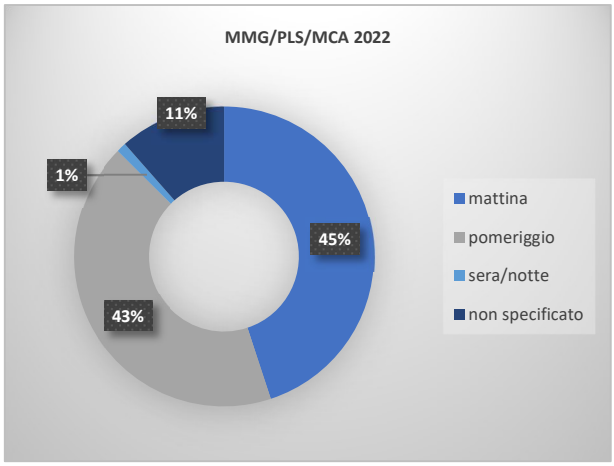


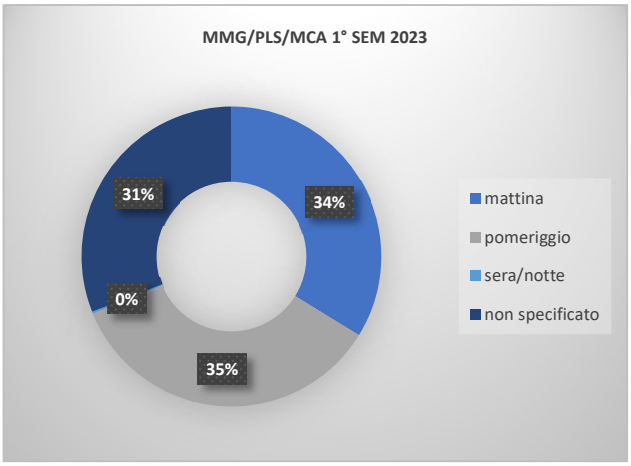
CLASSIFICAZIONE PER GIORNO DELLA SETTIMANA IN CUI SI È VERIFICATA L'AGGRESSIONE



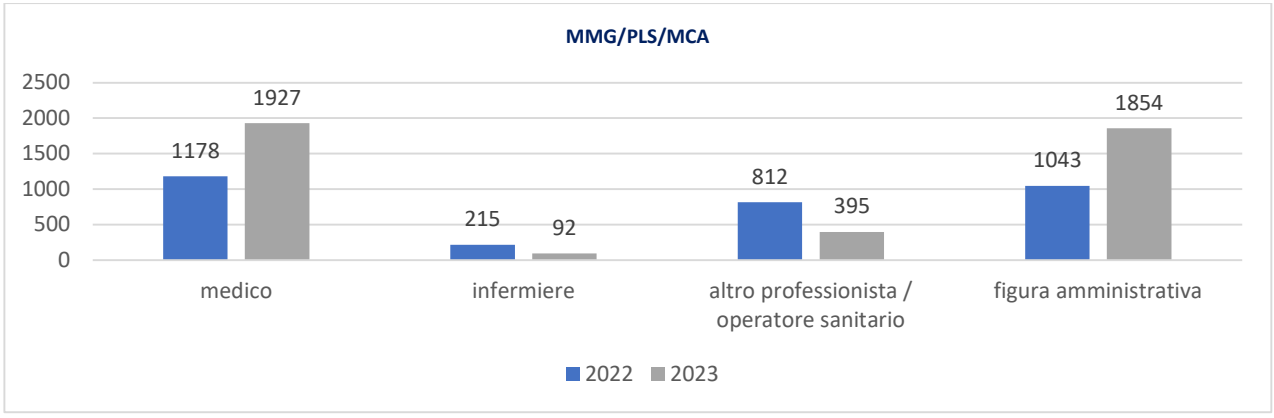


CLASSIFICAZIONE PER FASCIA ORARIA IN CUI SI È VERIFICATA L'AGGRESSIONE

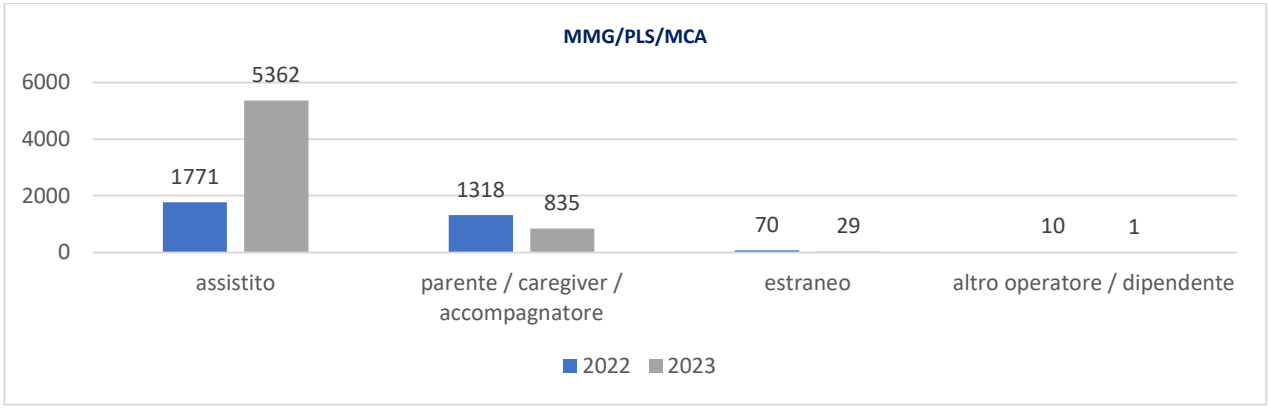




CLASSIFICAZIONE PER QUALIFICA PROFESSIONALE DELL'OPERATORE CHE HA SUBITO L'AGGRESSIONE



CLASSIFICAZIONE PER TIPOLOGIA DI AGGRESSORE



Esaminando i dati, nel 2022 vengono rilevati dieci segnalazioni di aggressioni subite da altro operatore/dipendente. Dall'analisi dei dati è emerso che tale segnalazione è riconducibile ad un singolo erogatore. Al fine di analizzare/valutare i dati relativi allo specifico contesto, Il caso sarà discusso/analizzato con il singolo erogatore.

SVILUPPI FUTURI

Con il Tavolo Tecnico previsto dalla LR 15/2020, alla luce dei dati preliminari qui rappresentati si intraprenderà l'avvio di un sistema centralizzato di monitoraggio che permetterà ad ACSS di avere, almeno per gli Enti pubblici un aggiornamento in tempo reale, ma resta da individuare un monitoraggio efficace anche per il privato accreditato del sanitario e sociosanitario. Analogamente la formazione attraverso FAD regionali e obiettivi locali, associati ad indirizzi che fornirà l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie.