ALLEGATO ALLA DELIBERA N._____

RELAZIONE ANNUALE AL CONSIGLIO REGIONALE

ANNO 2024

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
CF 97743230159

Sommario

INTRODUZIONE 4

1. FUNZIONI E ASPETTI ORGANIZZATIVI DI ACSS 5

2. ATTIVITÀ IN MATERIA DI VIGILANZA E CONTROLLO 9

2.1. VALUTAZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO DELLE ATS E ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DEI CONTROLLI PROGRAMMATI: PARTE GENERALE 10

2.2. VALUTAZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO DELLE ATS E ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DEI CONTROLLI PROGRAMMATI: AREA FARMACEUTICA 12

2.3. VALUTAZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO DELLE ATS E ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DEI CONTROLLI PROGRAMMATI: AREA PROTESICA 26

2.4. QUANTITATIVA DEI CONTROLLI PROGRAMMATI: AREA REQUISITI DI ACCESSO ALLA CONTRATTUALIZZAZIONE 41

2.5. OMOGENEIZZAZIONE SISTEMI DI CONTROLLO ATS 60

2.6. CONTROLLI IN AMBITO SANITARIO 65

2.7. CONTROLLI IN AMBITO SOCIOSANITARIO 73

3. FUNZIONI NON TARIFFATE 76

4. ADEMPIMENTI L.R. 15/2020 SICUREZZA DEL PERSONALE SANITARIO E SOCIOSANITARIO 83

5. PROGETTO CUSTOMER SATISFACTION 86

6. PROGETTO SPERIMENTALE SUL CLIMA ORGANIZZATIVO (2024-2025) 89

7. PROGETTO "SPERIMENTAZIONE METODOLOGIA DI DETERMINAZIONE FABBISOGNI PERSONALE" 94

8. AUDIT SULL'APPLICAZIONE DELLA DGR XII/787/23 PRESSO I DEA DI II LIVELLO 100

9. PRESA IN CARICO EVENTI AD ALTA CRITICITA' E/O A VALENZA MEDIATICA: ANALISI/CONTROLLO DI SECONDO E TERZO LIVELLO 109

10. ANALISI ATTIVITÀ DI BED MANAGEMENT 112

11. MONITORAGGIO E CONTROLLO DEL LIVELLO DI MATURITÀ DELL'IMPLEMENTAZIONE DI INNOVAZIONI E INTERVENTI INERENTI ALLA SANITÀ DIGITALE 116

12. ATTIVITA' SU DELEGA REGIONALE 125

ALLEGATO 1 ..... **129**

INTRODUZIONE

Con la LR 23/2015 la Regione ha istituito l'Agenzia di Controllo del Servizio Socio-Sanitario lombardo, organismo tecnico-scientifico terzo ed indipendente, quale ente di diritto pubblico 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 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. Inoltre, analizza i dati che derivano dall'attività di controllo e fornisce alla Giunta Regionale elementi utili per l'aggiornamento del sistema degli indicatori di efficacia ed efficienza a supporto della programmazione, del sistema di valutazione delle performance, utilizzando metodologie di revisione tra pari e al fine di rendere, mediante un'adeguata informazione, la scelta del cittadino consapevole e responsabile.

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. La presente relazione è redatta ai sensi del comma 4, art.11 della L.R. 33/2009 e s.m.i..

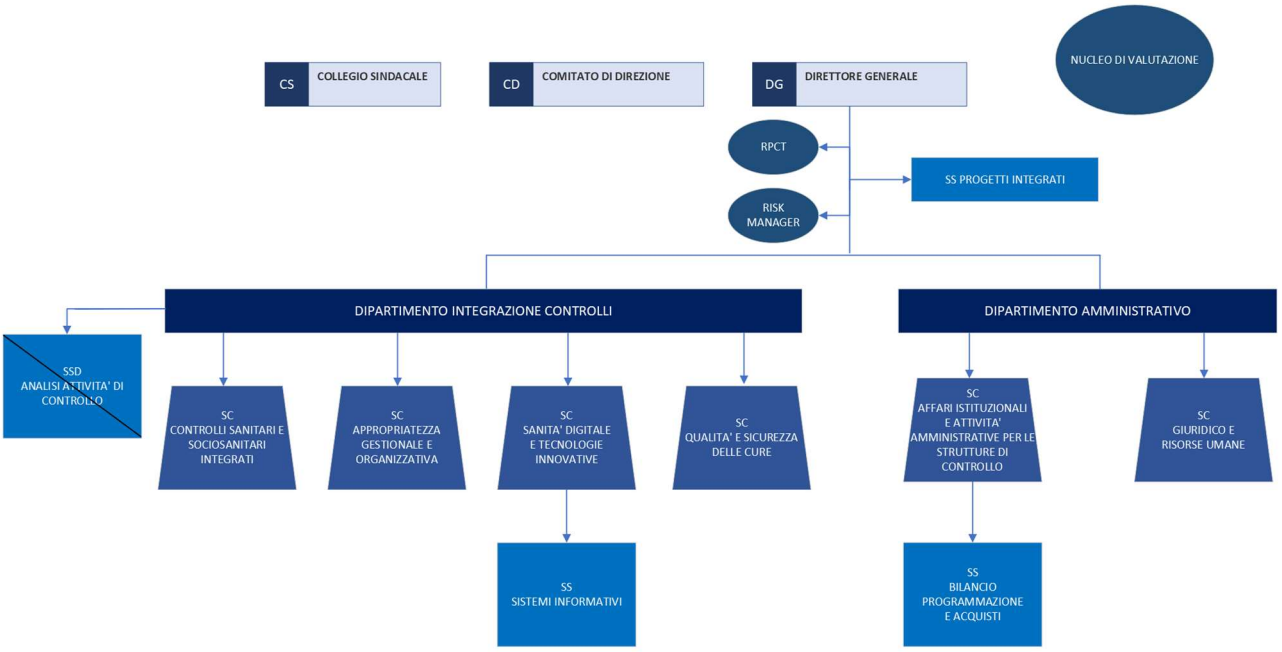
1. FUNZIONI E ASPETTI ORGANIZZATIVI DI ACSS

ASSETTO ORGANIZZATIVO

La Legge Regionale ha previsto una governance dell'ente a due organi (oltre all'organo di controllo previsto dalla normativa, il Collegio Sindacale), con funzioni distinte e ben delineate: il Comitato di Direzione e il Direttore Generale.

Il Comitato di Direzione è l'organo che indica strategia e indirizzi per la programmazione dell'attività dell'Agenzia; il Direttore Generale è il rappresentante legale dell'Agenzia ed è titolare dei poteri di gestione, amministrativa ed economico finanziaria.

Al fine di soddisfare i requisiti organizzativi necessari per far fronte ai compiti istituzionali e agli ulteriori incarichi regionali sopramenzionati, l'Agenzia prevede il seguente Organigramma, del quale si riporta la versione aggiornata per il 2025 (Delibera Comitato di Direzione n. 1 del 29.01.2025 "*Aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024 – 2026*):



POLITICHE DEL PERSONALE

Il Piano Triennale di Fabbisogni di Personale dell'Agenzia per le annualità 2024-2025-2026, approvato con Determina DG ACSS n. 15/2024, è stato approvato da Regione Lombardia con deliberazione n. XII/2548/24.
Il valore, espresso in FTE, del personale dipendente di ACSS durante il corso dell'annualità 2024 è pienamente in linea con quanto previsto nel Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale.
Allo scopo di fornire una rappresentazione della distribuzione del personale di ACSS si riportano di seguito il dettaglio delle unità di personale in servizio in Agenzia al 31/12/2024 nonché la dotazione organica 2024 approvata; quest'ultima risulta in aumento rispetto al valore previsto nel precedente PTFP, passando da 25 a 32 unità complessive.

PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12/2024		ruolo	DIPENDENTI E COMANDATI	
			TOTALE	… di cui comandati
	TESTE			
1	DIRIGENZA MEDICA	S	**1**	
	DIRIGENZA VETERINARIA	S		
	DIRIGENZA SANITARIA	S	**1**	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S		
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P		
	DIRIGENZA TECNICA	T		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	**6**	
	TOT DIRIGENZA		**8**	**-**
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	**3**	
	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 SANITARIA	R		
	TOTALE COMPARTO		**10**	**-**
	TOTALE COMPLESSIVO		**18**	**-**

DOTAZIONE ORGANICA 2024		ruolo	DIPENDENTI E COMANDATI	
			TOTALE	… di cui comandati
	TESTE			
1	DIRIGENZA MEDICA	S	**2**	1
	DIRIGENZA VETERINARIA	S		
	DIRIGENZA SANITARIA	S	**1**	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	**1**	1
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	**1**	1
	DIRIGENZA TECNICA	T	**1**	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	**6**	
	TOT DIRIGENZA		**12**	**3**
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	**7**	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T		
	AUSILIARI	T		
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	**11**	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P		
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R		
	TOTALE COMPARTO		**20**	**-**
	TOTALE COMPLESSIVO		**32**	**3**

Il processo di strutturazione stabile delle risorse di personale dell'Agenzia attuato nel corso dell'annualità presa in considerazione ha permesso di incrementare il numero dei dipendenti al 31/12/2024 del 30% rispetto all'annualità precedente.
Le assunzioni effettuate hanno permesso all'Agenzia di dotarsi esclusivamente di personale di ruolo, senza dover ricorrere all'istituto del comando, garantendo in tal modo una stabilità nel processo di crescita complessiva dell'organizzazione.

DINAMICHE FINANZIARIE

Con decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 20355 del 19/12/2023 è stata assegnata all'Agenzia di Controllo la dotazione finanziaria di euro 2.444.747. Il Decreto di Assestamento n. 15492 del 16/10/2024 ha attribuito ad ACSS risorse complessive per euro 3.432.447. L'incremento di risorse, pari a euro 987.700, ha favorito lo svolgimento delle attività previste dal legislatore, nonché quelle riferite ai progetti PNRR su delega regionale e quelle assegnate da Regione Lombardia con DGR n. XII/2754/24 avente a oggetto "Linee di attività e Struttura Organizzativa dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo" di cui alla deliberazione n. 2 del 21/02/2024 del Comitato di Direzione quale parte integrante del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026 dell'Agenzia.

Al termine dell'esercizio 2024, in considerazione del decreto di assestamento sopra citato, ACSS ha predisposto la rendicontazione riferita al IV trimestre 2024. Dal Conto Economico si evince che i costi di gestione dell'Ente rispettano i vincoli di spesa stabiliti dalla Giunta Regionale.

Tra la fine del 2023 e il 2024 Regione Lombardia ha affidato ad ACSS, con apposite DGR, il ruolo di Soggetto Correlato Intermediario nell'ambito di diverse progettualità dell'area Sanità Digitale incluse fra gli obiettivi del PNRR. In tale contesto Agenzia risulta essere delegata, con apposito decreto della DG Welfare, nella funzione di soggetto attuatore esterno, beneficiario finale dell'intervento, con correlata attribuzione delle risorse per la realizzazione dei servizi e delle infrastrutture telematiche.

Le progettualità riguardano l'implementazione/potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e il sistema PACS Regionale, l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina, il Sistema di Interconnessione Aziendale (Sistema per la Gestione Digitale del Territorio) che interconnette gli Ospedali di Comunità le Case di Comunità con le Centrali Operative Territoriali. La Formazione agli Operatori Sanitari in ambito FSE. Tutte queste soluzioni informatiche dovranno trovare integrazione con le soluzioni nazionali, tra cui la PNT (Piattaforma Nazionale di Telemedicina), il Fascicolo Sanitario Elettronico Nazionale (FSE 2.0) e le varie piattaforme nazionali abilitanti. Le attività condotte da ACSS nel corso 2024 sono descritte dettagliatamente nel capitolo 11.

Si riporta di seguito una tabella recante un quadro riassuntivo delle risorse, da destinare ai progetti PNRR e PNC, ammontanti a euro 177.669.515,93, di cui di parte corrente euro 38.299.009,82 e in conto capitale euro 139.370.506,11.

FSE 2.0 (M6C2 1.3.1)	FSE – PACS[1] e VNA[2] (M6C2 1.3.1)	SGDT[3] (M6C1 1.2.2)	COMPETENZE DIGITALI (M6C2 1.3.1)	CUP UNICO REGIONALE	TELEMEDICINA (M6C1 1.2.3.2)
DGR n. XI/7764 del 2022 DGR n. XII/1474/2023 DGR n. XII/2363/2024	DGR n. XI/7764 del 2022 DGR n. XII/1476/2023	DGR n. XI/ 5872/2022 DGR n. XII/1508/2023 DGR n. 3628/2024	DGR n. XII/1549/2023 DGR n. XII/2363/2024	DGR n. XII/1673/2023	DGR n. XII/1475 del 2023 DGR n. XII/2765/2024
Rafforzamento del FSE al fine di estendere e uniformare i contenuti dei referti e documenti digitali sanitari, le funzioni e l'esperienza dell'utente, l'alimentazione e consultazione da parte dei professionisti del SSN	Rafforzamento del FSE con particolare riferimento al processo di alimentazione del Fascicolo con tutte le immagini digitali prodotte durante l'erogazione delle prestazioni sanitarie	Supportare l'erogazione dei servizi sociosanitari sul territorio, rendendo disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali utili all'attuazione dei processi sociosanitari integrati ospedale-territorio e al concreto funzionamento delle Case di Comunità e delle Centrali Operative territoriali (COT)	Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario attraverso l'attuazione di un programma regionale di iniziative di comunicazione e formazione per diffondere, promuovere e favorire l'utilizzo del nuovo FSE	Attuare una gestione completa, ottimizzata e centralizzata dell'offerta dei servizi sociosanitari di ambito ospedaliero e territoriale	Sostenere l'erogazione strutturata e la diffusione dei servizi di "televisita", "teleconsulto", "teleassistenza" e "telemonitoraggio" tramite un processo di integrazione e collaborazione tra l'ospedale e una nuova organizzazione del territorio
Fondi assegnati ~ 23,4 M€ (di cui 15 M€ fondi PNRR e 8,4 M€ fondi regionali)	**Fondi assegnati 15 M€** (fondi PNRR)	**Fondi assegnati 7,18 M€** (fondi PNRR)	**Fondi assegnati ~ 38,3 M€** (fondi PNRR)	**Fondi assegnati ~ 18,73 M€** (fondi PNRR)	**Fondi assegnati ~ 75 M€** (fondi PNRR)

IMPORTO COMPLESSIVO PLURIENNALE pari a c.a. 177,6 M€

(1) Picture Archiving and Communication System;
(2) Vendor Neutral Archive;
(3) Sistema di Gestione Digitale del Territorio

Per quanto riguarda l'aspetto finanziario, l'Agenzia presenta una situazione solida, caratterizzata da un ampio margine di liquidità. Pertanto, nel corso dell'esercizio 2024 non è stato necessario ricorrere all'anticipazione di cassa.

Per quanto concerne l'ITP, Indice di Tempestività dei Pagamenti, nell'esercizio 2024 si è registrato un coefficiente pari a -31, evidenziando una dilazione media di 39 gg, quindi inferiore al limite massimo di 60 gg.

2. ATTIVITÀ 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.

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 pluriennale delle attività e, in tale ambito, elabora annualmente 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.

L'efficacia del PCPQ 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 prevede in particolare un passaggio tecnico di verifica sulla coerenza della proposta di PCPQ con la programmazione regionale da parte della DG Welfare.

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.

Il presente capitolo ha lo scopo di descrivere l'analisi integrata effettuata nel 2024 dei Piani dei Controlli (PCP) delle ATS 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.

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

2.1. VALUTAZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO DELLE ATS E ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DEI CONTROLLI PROGRAMMATI: PARTE GENERALE

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC "Controlli Sanitari e Sociosanitari integrati"

RIFERIMENTI NORMATIVI

Art.11 c.4 lett.b) e lett.i) L.R. 33/2009 e s.m.i. "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"

SINTESI

I piani di controlli presentati dalle ATS sono stati visionati nel mese di marzo e per ciascuna ATS è stato predisposto un documento di osservazioni al Piano.

Le ATS hanno provveduto a riadottare il Piano sulla base delle osservazioni effettuate da ACSS.

Al fine di prendere visione dello stato di attuazione dei piani dei controlli di ogni singola ATS si è proceduto alla raccolta delle tabelle di monitoraggio semestrale nel mese di agosto. Ad ogni ATS è stato dato riscontro rispetto all'andamento.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Si confermano, in primo luogo, gli obiettivi già espressi per la relazione 2023 relativamente alla raccolta tramite format omogenei, strutturati da ACSS, dei Piani dei controlli presentati dalle singole ATS che formalizzano la programmazione annuale delle attività di controllo:

- 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 2024 per la presentazione dei Piani e dei dati su programmazione e monitoraggio.

L'analisi dei Piani 2024 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.

È stata fatta l'analisi dei piani dei controlli all'atto della presentazione, con relativa indicazione di modifica/integrazione alle ATS che hanno, quindi, prodotto una revisione del piano sulla base dei suggerimenti di ACSS.

Successivamente, nel corso dei mesi di luglio e agosto, è stato eseguito un monitoraggio intermedio sui singoli piani con indicazione ad ogni ATS delle criticità rilevate rispetto allo stato di avanzamento del piano.

Tale attività ha consentito, da un lato, di stimolare alcune ATS rispetto ad aree specifiche di controllo che erano state trascurate nei primi mesi dell'anno e, dall'altro lato, ad evidenziare le macro-differenze che contraddistinguono i sistemi di controllo in atto nelle singole ATS.

L'analisi condotta 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.

2.2. VALUTAZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO DELLE ATS E ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DEI CONTROLLI PROGRAMMATI: AREA FARMACEUTICA

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC "Appropriatezza gestionale e organizzativa"

RIFERIMENTI NORMATIVI

Art.11 c.4 lett. a) L.R. 33/2009 e s.m.i. "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità".

SINTESI

L'analisi della programmazione contenuta nei Piani dei Controlli delle ATS è stata effettuata in due fasi:

- la prima ha valutato la presenza delle tematiche riportate da ACSS nel proprio Piano dei Controlli e Protocolli e la completezza informativa della trattazione, ossia la declinazione di tutti gli elementi essenziali della programmazione; l'esito di tale valutazione qualitativa è stato trasmesso singolarmente a ciascuna ATS;
- la seconda ha previsto l'analisi dei format contenenti la programmazione delle ATS e i dati del monitoraggio delle attività al 30/06/2024 e si è concentrata su una rappresentazione descrittiva dei controlli programmati.

Si fa presente che, benché i format prevedessero un percorso guidato di compilazione attraverso menù a tendina e vincoli di formato, si è riscontrata un certo grado di disomogeneità nella compilazione degli stessi da parte delle ATS. Pertanto, le informazioni ivi contenute sono state talvolta oggetto di interpretazione da parte di ACSS.

Valutazione dei Piani di Controllo delle ATS e analisi quali-quantitativa dei controlli programmati

Il documento identifica tre ambiti principali di controllo nell'area farmaceutica:

1. Vigilanza farmaceutica: include l'attività di vigilanza su farmacie, depositi, grossisti, strutture sociosanitarie, parafarmacie e siti di vendita online e l'affido di sostanze stupefacenti/psicotrope;
2. Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio della spesa farmaceutica, che comprende anche il monitoraggio dei Piani Terapeutici e controlli tecnico-contabili;
3. Controllo sul consumo di File-F: riguarda l'appropriatezza prescrittiva e il monitoraggio dei Piani Terapeutici/Schede AIFA, nonché la corretta rendicontazione dei farmaci di cui al file F.

L'analisi della programmazione dell'Area farmaceutica per l'anno 2024 ha evidenziato che tutte le ATS hanno rappresentato almeno un'attività di controllo in ciascun ambito.

In particolare:

- come per le precedenti annualità, l'attività di vigilanza rappresenta uno degli ambiti meglio dettagliati all'interno dei Piani delle ATS e dei rispettivi format; tuttavia, la vigilanza su RSA/RSD è rappresentata solo da tre ATS;
- per quanto riguarda l'ambito dell'Appropriatezza prescrittiva, sette ATS rappresentano la programmazione di controlli di appropriatezza su farmaci con Nota AIFA e almeno un'altra tipologia di farmaco; i controlli sono eseguiti principalmente da remoto;

- in ambito File F, cinque ATS indicano controlli di Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio Piani Terapeutici / Schede AIFA, in particolare su Medicinali biologici e relativi biosimilari e Farmaci innovativi con Scheda AIFA.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

ANALISI DELLA PROGRAMMAZIONE DEI CONTROLLI DELLE ATS

Il Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022-2023 (PCP), proposto da ACSS e deliberato dalla Giunta di Regione Lombardia con DGR XI/7315/2022, prevede che le ATS esplicitino nel proprio Piano dei Controlli, approvati in attuazione dell'articolo 6 comma 3 lettera i) della L.R. 33/2009 e s.m.i., la programmazione e la relativa rendicontazione delle attività di controllo per l'annualità di riferimento.

Al fine di poter valutare quali-quantitativamente la programmazione delle ATS, per ciascuna area presidiata ACSS ha individuato specificatamente alcune tematiche che le ATS erano tenute a inserire nel proprio Piano dei Controlli, e ha altresì indicato alcuni elementi essenziali della programmazione, chiedendo alle ATS di declinare l'attività di controllo dettagliando tali elementi[1].

L'analisi della programmazione è stata effettuata in due fasi. La prima, di stampo qualitativo, è stata espletata a fini valutativi a seguito della ricezione dei Piani di Controllo delle ATS (scadenza 28/02/2024, prevista dalla DGR XII/1827/2024 – Regole 2024) ed è stata basata su due elementi:

1. la presenza delle tematiche riportate da ACSS nel proprio Piano dei Controlli e Protocolli 2022-2023, in vigore;
2. la completezza informativa presentata nel piano, ossia la declinazione di tutti gli elementi essenziali della programmazione per ciascuna attività di controllo prevista.

L'esito di tale valutazione qualitativa è stato trasmesso singolarmente a ciascuna ATS affinché le stesse potessero, nel termine previsto dei 30 giorni, procedere con le opportune integrazioni o modifiche.

Con successiva comunicazione è stato richiesto alle ATS l'invio di format Excel contenenti una schematizzazione di quanto riportato nel Piano dei Controlli, eventualmente rimodulati sulla base delle raccomandazioni di cui agli esiti della prima fase di valutazione, nonché integrati con i dati del monitoraggio delle attività al 30/06/2024.

Si precisa che tali format Excel sono stati predisposti da ACSS e hanno ripreso i contenuti di cui al PCP 2022-2023 e ai Piani dei Controlli delle ATS di annualità precedenti, nonché i sopracitati elementi essenziali di programmazione. Stante la disomogeneità nella compilazione rilevata nelle precedenti annualità, per i format dell'anno in corso è stato fatto maggior ricorso alla compilazione vincolata da menù a tendina e sono state impostate limitazioni al formato di alcuni campi.
Tali format sono stati oggetto della seconda fase di analisi della programmazione delle ATS, che si è concentrata su una rappresentazione descrittiva dei controlli programmati[2].

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

[2] L'analisi della programmazione dei controlli riporta solo un accenno alle verifiche tecnico-contabili, più di stampo amministrativo.

Si precisa che, tuttavia, l'analisi dei format Excel non sempre è risultata immediata; pertanto, le informazioni ivi contenute sono state talvolta oggetto di interpretazione da parte di ACSS.

Nei paragrafi successivi verranno presentati, per specifica area (farmaceutica, protesica e requisiti contrattuali), gli esiti della prima e della seconda fase di analisi della programmazione delle ATS. Laddove tali esiti vengano schematizzati tramite tabelle o grafici, si è proceduto alla anonimizzazione delle Agenzie interessate.

AREA FARMACEUTICA

Introduzione

L'art. 6, lettera i) della L.R. 33/2009 conferisce ad ATS la titolarità dell'attività di "*vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del d.lgs. 502/1992, secondo le cadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11*".

Il Piano dei Controlli e dei Protocolli di ACSS (DGR XI/7315/2022) ha chiesto che tali attività trovassero rappresentazione nella programmazione delle ATS e, per quanto riguarda l'area farmaceutica, ha previsto la trattazione di tre ambiti di controllo:

- Vigilanza: il PCP specifica le attività di controllo da programmare in tale ambito, le cui tematiche sono codificate a livello normativo e sono state altresì oggetto di trattazione all'interno del Tavolo di Lavoro Vigilanza sulle Farmacie, attivato da ACSS nel 2019:

  "[…] in tema di vigilanza farmaceutica, si chiede di rappresentare le seguenti attività di controllo:

  - *vigilanza su farmacie pubbliche e private aperte al pubblico;*
  - *vigilanza sui siti autorizzati alla vendita online;*
  - *vigilanza su depositi e grossisti;*
  - *vigilanza su altri soggetti sottoposti a controllo.*", tra cui parafarmacie e strutture sociosanitarie.

  All'interno di questo ambito ricadono altresì le attività relative all'affido di sostanze stupefacenti/psicotrope.

- Controllo sul consumo di File-F; in particolare, all'interno del PCP 2022-2023 si chiede di focalizzare "*[…] i controlli File F sui farmaci innovativi, temi già previsti dal Decreto regionale n. 1492 del 11.02.22 relativo al BPE 2022.*".

  Le principali attività di controllo riguardano l'appropriatezza prescrittiva formale e il monitoraggio dei Piani Terapeutici/Schede AIFA, nonché la corretta rendicontazione dei farmaci di cui al file F.

La seguente Tabella 1 schematizza i diversi controlli previsti dalle ATS all'interno dei diversi ambiti, categorizzandoli in attività di controllo e identificandone i destinatari:

Tabella 1. Attività di controllo e relativi destinatari per ambito.

AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ DI CONTROLLO	DESTINATARI/OGGETTI DEL CONTROLLO
Vigilanza farmaceutica	Vigilanza su farmacie, depositi, grossisti, strutture sociosanitarie parafarmacie siti di vendita online	Farmacie/Dispensari
		Grossisti
		Depositi
		RSA
		RSD
		Parafarmacie

		Siti di vendita online
		Altri soggetti
	Affido sostanze stupefacenti/psicotrope	Farmacie/Dispensari
		Grossisti
		Depositi
		RSA
		RSD
Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa	Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio Piani Terapeutici	Medicinali biologici e relativi biosimilari
		Farmaci a brevetto scaduto
		Farmaci di cui alle Note AIFA a maggior induzione di consumo territoriale
		Farmaci A/PHT
		Antibiotici (nell'ambito della sorveglianza sentinella dell'antibiotico-resistenza)
	Controlli tecnico contabili	Ricette non conformi secondo report ARIA
Controllo File F	Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio Piani Terapeutici Schede AIFA	Farmaci innovativi su fondi oncologici e non oncologici (tip. 30 e 40)
		Altri farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA (Schede AIFA)
		Medicinali biologici e relativi biosimilari
		Farmaci a brevetto scaduto
		Farmaci di cui alle Note AIFA a maggior induzione di consumo territoriale
		Farmaci A/PHT
	Controllo corretta rendicontazione	Farmaci innovativi su fondi oncologici e non oncologici (tip. 30 e 40)
		Altri farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA (Schede AIFA)
		Medicinali biologici e relativi biosimilari
		Farmaci a brevetto scaduto
		Farmaci di cui alle Note AIFA a maggior induzione di consumo territoriale
		Farmaci A/PHT
		Note di credito per farmaci sottoposti a Managed Entry Agreements (MEAs)

Alle attività di controllo di cui alla Tabella 1 possono corrispondere una o più tipologie di verifiche; ad esempio, i controlli tecnico-contabili di cui all'Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa possono consistere in attività da parte dell'ATS della Commissione Farmaceutica Aziendale, in controlli degli importi esposti in DCR-FUR per la successiva liquidazione, in controlli inerenti alle ricette aperte e scadute in WebDPC, etc.

Il presente capitolo è suddiviso in due sezioni, corrispondenti alle due fasi di analisi della programmazione dei controlli dell'ATS condotti da ACSS, temporalmente consecutive e nello specifico:

- **VALUTAZIONE SULLA COMPLETEZZA ED ESAUSTIVITÀ DEI PIANI DI CONTROLLO** approvati dalle ATS per l'anno 2024;
- **ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DELLA PROGRAMMAZIONE DEI CONTROLLI**, così come emergente dalla qualità della compilazione dei format predisposti da ACSS.

Dopo aver fornito un primo quadro generale, le analisi quali-quantitative sono state condotte separatamente per ambito (Vigilanza, Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa farmaceutica, Controlli File F).

VALUTAZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO DELLE ATS (I FASE)

Nello schema seguente i singoli esiti della fase di valutazione dei Piani di Controllo delle ATS vengono rappresentati in modo schematico unitamente per tutte le ATS, facendo esplicito riferimento ai due elementi di valutazione sopra citati (presenza tematiche indicate nel PCP e declinazione degli elementi essenziali richiesti nella descrizione dell'attività di controllo).
Si precisa che:

- per quanto riguarda la dimensione della presenza delle tematiche all'interno dei Piani delle ATS:
  - l'ambito della Vigilanza farmaceutica viene dettagliato per quanto riguarda l'attività ispettiva e vengono segnalati unicamente i controlli per cui si è rilevata una carenza da parte di una o più ATS; pertanto, l'ispezione su destinatari non esplicitati è da considerarsi affrontata da parte di tutte le ATS;
  - gli ambiti dell'Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa e dei Controlli File F non sono stati inseriti in Tabella in quanto nel PCP 2022-2023 era stato richiesto di "*descrivere analiticamente le azioni adottate da ciascuna ATS".*
- per quanto concerne la dimensione della completezza della programmazione, in Tabella vengono riportati gli elementi essenziali nei quali l'ATS risulta carente per almeno un'attività di controllo

Legenda:

✓: indica che ACSS ha ritenuto la tematica adeguatamente affrontata o l'elemento essenziale opportunamente declinato;

!: indica che ACSS ha ritenuto di chiedere ulteriori specifiche sulla tematica o sull'elemento essenziale indicato.

Schema 1a. Schema riassuntivo dell'esito della prima fase di valutazione da parte di ACSS dei Piani dei Controlli delle ATS trasmessi entro il 28/02/2024, secondo i due elementi di valutazione individuati (continua)

ELEMENTI DI VALUTAZIONE	AMBITI	DESTINATARI ATTIVITÀ DI VIGILANZA	ATS								RACCOMANDAZIONI
			ATS_1	ATS_2	ATS_3	ATS_4	ATS_5	ATS_6	ATS_7	ATS_8	
SONO STATI AFFRONTATI TUTTI GLI ARGOMENTI PROPOSTI ALL'INTERNO DEL PCP 2022-2023	VIGILANZA FARMACEUTICA	VIGILANZA RSA/RSD	!	✓	✓	!	!	✓	!	!	Il PCP 2022-2023 ha richiesto di esplicitare la programmazione relativa alla Vigilanza farmaceutica su: • farmacie pubbliche e private aperte al pubblico; • vigilanza sui siti autorizzati alla vendita online; • vigilanza su depositi e grossisti; • vigilanza su altri soggetti sottoposti a controllo. Laddove rilevata una carenza, è stato richiesto di procedere con l'inserimento della programmazione per le attività di controllo mancanti.
		VIGILANZA SITI VEND. ONLINE	✓	✓	✓	!	!	✓	✓	!	
		VIGILANZA DEPOS/GROSS.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	
		VIGILANZA PARA-FARMACIE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	

Schema 1b. Schema riassuntivo dell'esito della prima fase di valutazione da parte di ACSS dei Piani dei Controlli delle ATS trasmessi entro il 28/02/2024, secondo i due elementi di valutazione individuati

ELEMENTI DI VALUTAZIONE	AMBITI	ELEMENTI ESSENZIALI	ATS								RACCOMANDAZIONI
			ATS_1	ATS_2	ATS_3	ATS_4	ATS_5	ATS_6	ATS_7	ATS_8	
LA PROGRAMMAZIONE PRESENTATA ESPLICITA TUTTI GLI ELEMENTI ESSENZIALI DI PROGRAMMAZIONE	VIGILANZA FARMACEUTICA	IN PRES. / DA REMOTO / MISTO	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓	Il PCP 2022-2023 ha previsto, per ciascuna attività di controllo, la declinazione dei seguenti elementi essenziali di programmazione: • modalità con cui di intende eseguire il controllo (in presenza/da remoto/misto); • numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti; sottoposti a controllo • flussi o basi dati; • criteri di campionamento; • modalità operative di esecuzione; • strumenti operativi. Laddove rilevata una carenza per una o più attività di controllo, è stato richiesto di esplicitare gli elementi mancanti.
		NUMEROSITÀ CONTROLLI	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	✓	
		BASE DATI	✓	✓	!	!	!	✓	!	✓	
		CRITERI DI CAMPIONAMENTO	✓	✓	!	!	!	✓	✓	✓	
		MODALITÀ OPERATIVE	✓	✓	✓	!	!	✓	!	✓	
		STRUMENTI OPERATIVI	✓	✓	✓	✓	!	✓	!	✓	
	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E MONITOR. SPESA	IN PRES. / DA REMOTO / MISTO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	!	
		NUMEROSITÀ CONTROLLI	✓	✓	!	✓	!	✓	!	✓	
		BASE DATI	✓	✓	✓	✓	!	✓	!	!	
		CRITERI DI CAMPIONAMENTO	✓	✓	✓	✓	!	✓	!	✓	
		MODALITÀ OPERATIVE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	✓	
		STRUMENTI OPERATIVI	✓	✓	!	!	!	✓	!	!	
	CONTROLLI FILE F	IN PRES. / DA REMOTO / MISTO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
		NUMEROSITÀ CONTROLLI	✓	!	✓	✓	✓	✓	!	!	
		BASE DATI	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓	✓	
		CRITERI DI CAMPIONAMENTO	✓	✓	!	✓	!	✓	!	!	
		MODALITÀ OPERATIVE	✓	✓	✓	✓	!	✓	!	!	
		STRUMENTI OPERATIVI	✓	✓	!	!	!	✓	!	✓	

Da questa prima analisi è emerso che tutte le ATS presidiano l'ambito farmaceutico, in particolare per quanto riguarda la Vigilanza sulle farmacie, secondo le indicazioni a suo tempo fornite dal Tavolo di Lavoro Vigilanza sulle Farmacie (attivato e condotto da ACSS con incontri nel corso del 2019 e del 2020).

La programmazione della vigilanza su RSA/RSD è stata rappresentata da sole tre ATS; in particolare, una ATS non ha rappresentato in programmazione alcuna attività ispettiva rivolta a RSA/RSD, siti di vendita online, depositi, grossisti, parafarmacie.

Due ATS sono risultate particolarmente carenti nell'esplicitazione degli elementi essenziali di programmazione indicati nel PCPQ a descrizione delle attività di controllo, per tutti e tre gli ambiti trattati.

Analisi quali-quantitativa dei controlli programmati (II fase)

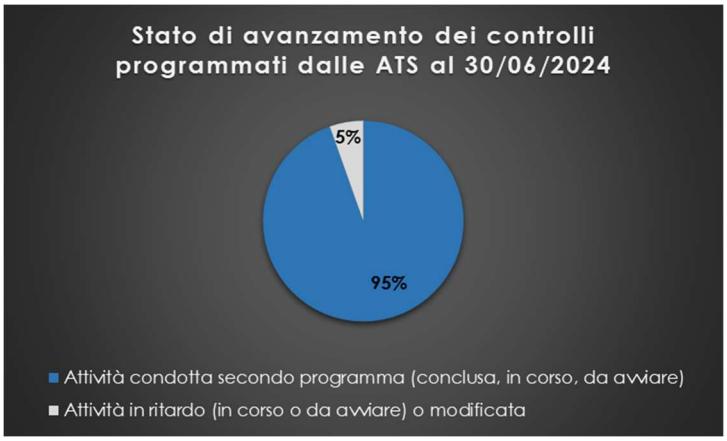
In questa seconda fase ci si è focalizzati sull'analisi dei dati pervenuti dalle diverse ATS, assumendo che tali file siano trasposizioni fedeli del Piano trasmesso e che abbiano altresì recepito le osservazioni trasmesse in esito alla prima fase di analisi del Piani.

Benché tali format prevedessero un percorso guidato di compilazione attraverso menù a tendina e vincoli di formato, si è riscontrata un'eterogeneità nella compilazione da parte delle ATS, il che ha comportato, tra l'altro, una ri-classificazione di alcune attività di controllo.

Si evidenzia altresì che, nonostante il PCP 2022-2023 abbia previsto "*[…] di esplicitare […] una programmazione che affronti tutti gli ambiti di attività di controllo delle ATS, anche se non espressamente richiamati nel presente documento, così come risultanti dall'applicazione dei contenuti normativi vigenti nonché dalle indicazioni contenute nei provvedimenti regionali.*", la mancata rappresentazione nella programmazione di taluni controlli potrebbe essere imputabile al mancato inserimento nei Piani, da parte delle ATS, di controlli che tuttavia vengono effettivamente pianificati e condotti.

Tutte le ATS rendicontano controlli in tutti e tre gli ambiti afferenti all'area farmaceutica e, come rappresentato nel seguente grafico, la quasi totalità delle attività esplicitate nella programmazione dalle ATS è dichiarata essere condotta in linea con quanto programmato (ossia: già conclusa, in corso senza ritardi o ancora da avviare), come previsto dal proprio Piano dei Controlli.

Grafico 1.



Nelle sottosezioni seguenti, l'analisi descrittiva dei controlli programmati dalle ATS prosegue separatamente per Ambito di controllo.

Vigilanza

I controlli in quest'ambito si possono dividere in due grandi macro-attività: vigilanza e affido; i rispettivi destinatari di controllo sono stati esplicitati in Tabella 1.

Si evidenzia che un'unica ATS riporta in aggiunta l'esecuzione di attività di formazione sulla gestione sicura del farmaco in RSA/RSD.

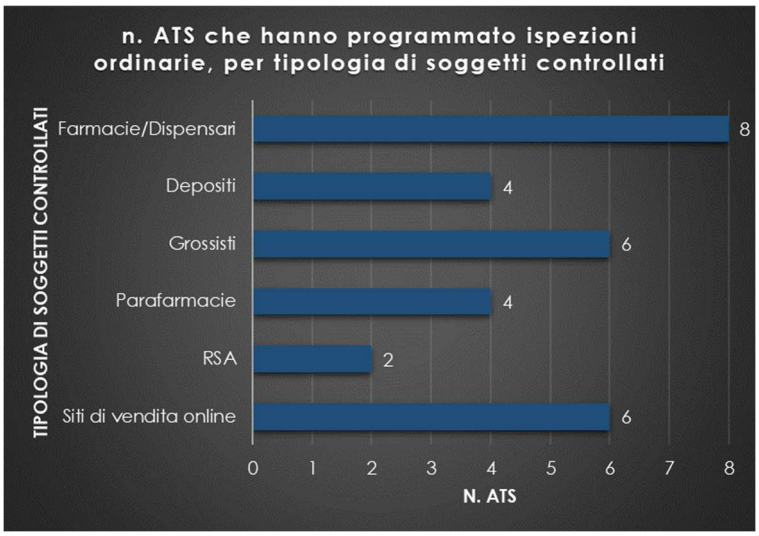
Vigilanza su farmacie, grossisti, depositi, strutture sociosanitarie, esercizi commerciali, siti di vendita online

Come per le precedenti annualità, l'attività di vigilanza rappresenta uno degli ambiti meglio dettagliati all'interno dei Piani delle ATS e dei rispettivi format Excel.

L'attività di vigilanza consta di ispezioni ordinarie, preventive e straordinarie.

L'attività che meglio si presta a programmazione è l'attività ispettiva ordinaria, che viene svolta da tutte le ATS per diversi destinatari, come illustrato nel Grafico 1.

Grafico 2.

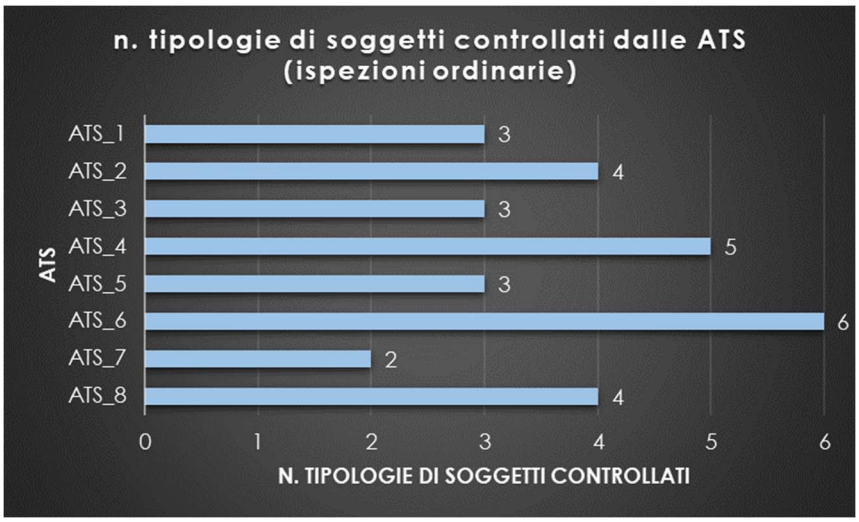


Le ispezioni ordinarie rivolte a Farmacie/dispensari risultano essere le uniche la cui programmazione viene descritta da tutte le otto ATS; l'attività ispettiva ordinaria sulle RSA, seppur ribadito anche in esito alla prima fase di valutazione, è stato espressamente rappresentato unicamente da 2 ATS[3].

Il Grafico seguente mostra il numero delle tipologie di soggetti da ispezionare rappresentato nella programmazione di ciascuna ATS nell'ambito dell'attività ispettiva ordinaria.

[3] Una terza ATS ha dichiarato nel proprio Piano dei Controlli che tutte le RSA/RSD attive sul territorio sono state ispezionate nel 2023 e verranno nuovamente ispezionate nel 2025.

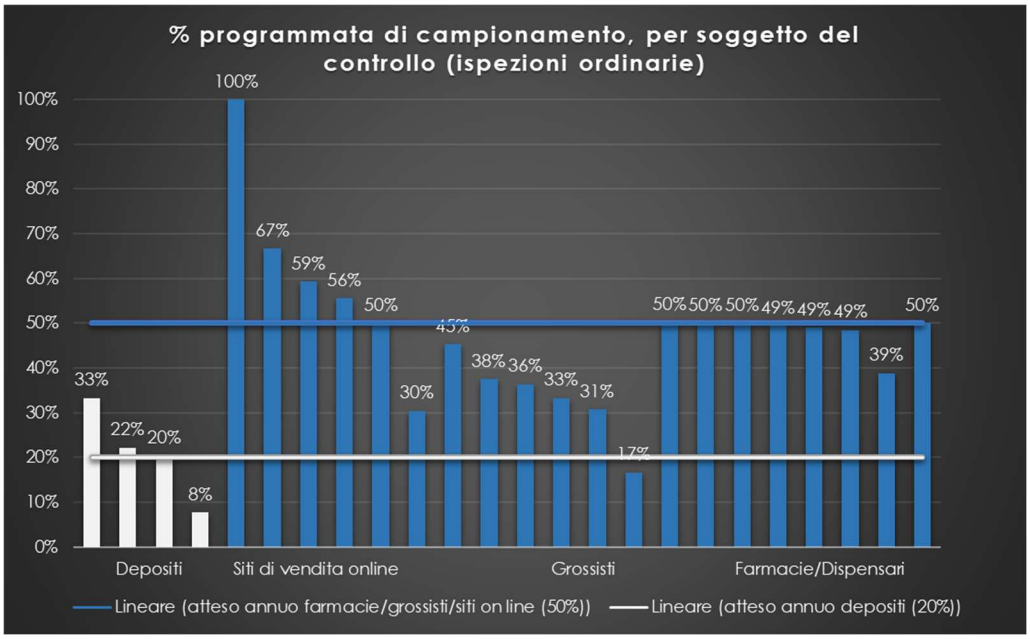
Grafico 3.



Tutte le ATS programmano ispezioni su almeno due tipologie di soggetti.

Come rappresentato nel Grafico seguente, la programmazione delle ispezioni ordinarie per farmacie/depositari, depositi e siti di vendita online, seppur da effettuarsi su base biennale (o quinquennale per i depositi), risulta perlopiù in linea con le previsioni legislative per quanto concerne la percentuale di soggetti sottoposti a campionamento.

Grafico 4.



Diversamente, nel caso dei grossisti si rilevano percentuali programmate per l'annualità in corso inferiori al 50%; trattandosi tuttavia di quantità nell'ordine delle unità o delle decine, tali percentuali non implicano un necessario errore nella programmazione biennale delle ispezioni ordinarie.

Sebbene in passato, nell'ambito del Tavolo di Lavoro Vigilanza sulle Farmacie di cui le ATS hanno fatto parte, si sia spinto verso un campionamento delle farmacie basato sulla graduazione del rischio, il tipo di campionamento rappresentato in programmazione è perlopiù basato su un criterio cronologico. Due sole ATS citano il campionamento basato su graduazione del rischio.

Le ispezioni preventive e le ispezioni straordinarie sono invece effettuate rispettivamente su richiesta o segnalazione, e come tali non sono attività programmabili. Cinque ATS riportano comunque dettagli relativi alla programmazione di quest'attività, esplicitando una percentuale di campionamento del 100% delle istanze/segnalazioni che riceveranno nel corso dell'anno. È atteso che, laddove espletate, tutte le ATS rendicontino gli esiti di tali attività ispettive.

Nell'ambito dell'attività di vigilanza ordinaria, due ATS riportano l'esecuzione di altri tre controlli, che tuttavia risultano parziali nei contenuti.

Una ATS riporta l'avvio di una sperimentazione sul campo della validità di una check list di requisiti di cui i negozi di vicinato devono essere in possesso, da verificare nell'ambito di vigilanza di natura ordinaria.

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.

Cinque ATS esplicitano la programmazione di tale attività di affido.

Stante che tale attività viene eseguita su esplicita richiesta o segnalazione, è 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 a consuntivo, in fase di rendicontazione annuale.

Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio della spesa farmaceutica

I controlli in quest'ambito possono essere suddivisi in tre grandi macro-attività:

- controlli di appropriatezza prescrittiva e monitoraggio Piani Terapeutici: consistono principalmente nel controllo delle prescrizioni/Piani Terapeutici per determinate classi di farmaci e nel monitoraggio dell'andamento dei relativi consumi;
- controlli di monitoraggio della spesa farmaceutica: consistono nel monitoraggio della spesa di determinate classi di farmaci;
- controlli tecnico-contabili, svolti su ricette o DCR-FUR e riguardanti in particolare la gestione delle squadrature contabili, l'addebito diretto o l'invio alla Commissione Farmaceutica Aziendale di ricette irregolari, il controllo mensile per la liquidazione delle farmacie.

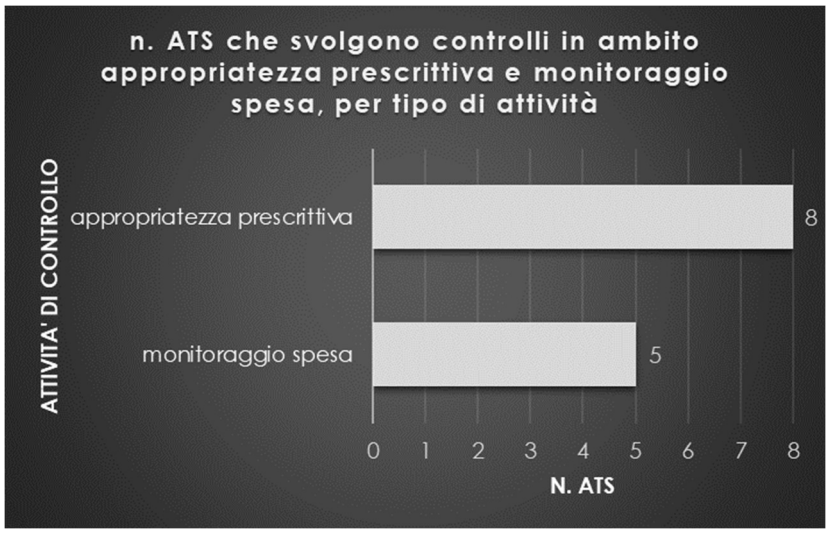
Come già evidenziato più sopra, tutte le ATS programmano le proprie attività di controllo in quest'ambito interamente con modalità da remoto, ad eccezione di un unico controllo extra PCP 2022-2023, programmato in loco da una ATS e relativo ai tempi di pagamento.

Due ATS esplicitano altresì azioni di controllo relative al monitoraggio sospette reazioni avverse da farmaco (farmacovigilanza), non esplicitamente previsto all'interno del PCP 2022-2023.

Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio della spesa

Laddove adeguatamente riportato, tali controlli vengono eseguito sul 100% dei record totali.

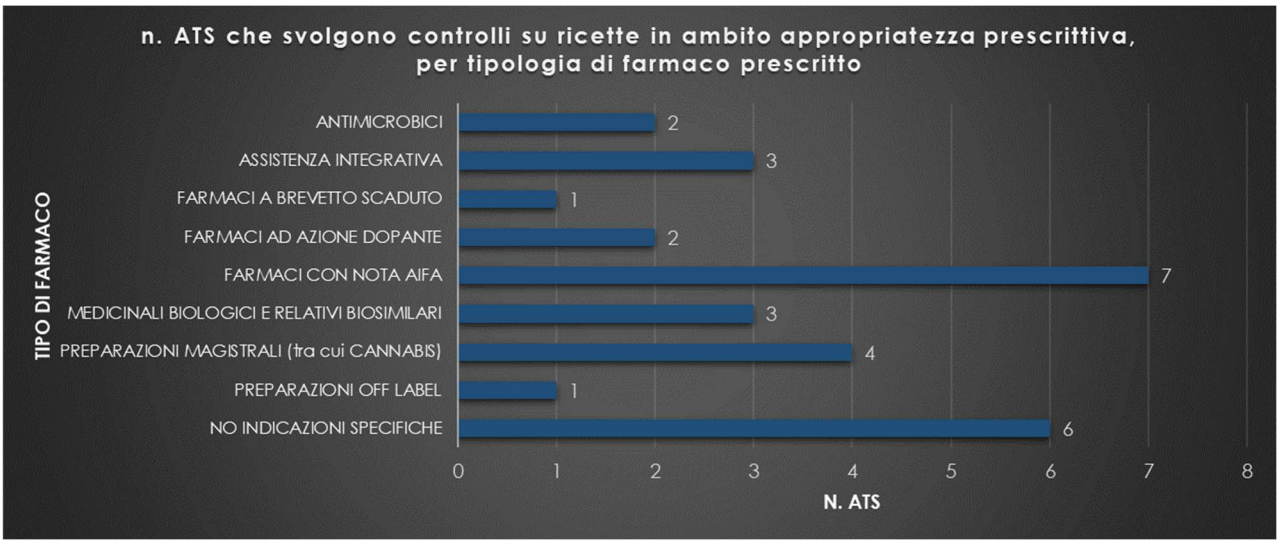
Grafico 5.



Come si evince dal Grafico, cinque ATS programmano controlli in area monitoraggio spesa, che può essere derivante dalle prescrizioni erogate dalle farmacie, in convenzionata o in DPC, o in ambito ospedaliero; un'ATS analizza i picchi prescrittori per MMG/PLS/Specialisti. Laddove esplicitata, la classe dei farmaci oggetto di controllo corrisponde a farmaci biologici e relativi biosimilari. La base dati indicata è quasi esclusivamente il portale Farmavision.

Il maggior sforzo in termini di controlli riguarda l'analisi delle ricette in ottica di appropriatezza prescrittiva. In particolare, laddove esplicitati, si rilevano controlli sulle ricette con Nota AIFA (errata, omessa, a maggior induzione di consumo territoriale), sulle preparazioni magistrali (tra cui Cannabis) a e sulle ricette/moduli per l'assistenza integrativa/celiachia in mobilità attiva/passiva. Anche in questo caso, la base dati indicata è prevalentemente il portale Farmavision.

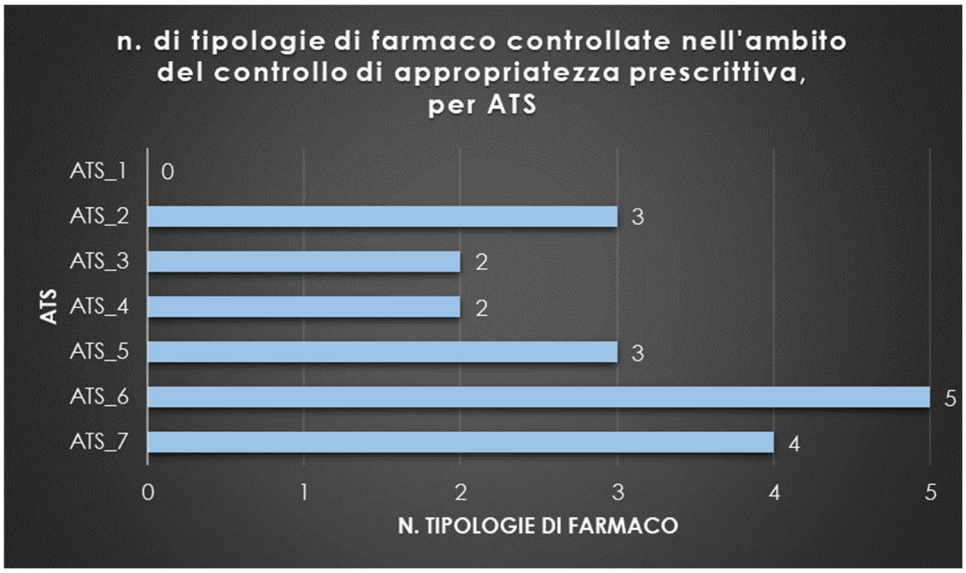
Grafico 6.



Tutte le ATS, ad eccezione di una rappresentano la programmazione di controlli di appropriatezza su farmaci con Nota AIFA; quattro ATS programmano controlli su prescrizioni di preparazioni magistrali, in particolare cannabis (tre ATS). Nella categoria dei Medicinali biologici e relativi biosimilari, due su tre ATS rilevano di programmare verifiche sull'Enoxaparina.

Dal grafico sottostante si evince che i controlli non sono uniformemente distribuiti tra ATS. Oltre che a una possibile difformità nella rappresentazione della programmazione dei controlli (alcune ATS non riportano tutti i controlli svolti) e/o a una possibile disomogeneità nell'estensione dell'attività di controllo condotta dalle ATS, tale eterogeneità potrebbe essere dovuta a una genericità nella compilazione del format Excel: infatti, per taluni controlli che fanno capo a 6 diverse ATS non viene specificata la tipologia di farmaco oggetto del controllo di appropriatezza prescrittiva, e pertanto non rientrano nel grafico sottostante.

Grafico 7.



Ad eccezione di una ATS (per la quale vengono genericamente indicati controlli di appropriatezza prescrittiva non declinati in tipologie di farmaco), sette ATS rappresentano la programmazione di controlli su almeno due tipologie di farmaco. La rappresentazione più estesa è ad opera dell'ATS 6 che, nonostante riporti due controlli senza l'indicazione di tipologia di farmaco, programma verifiche su antimicrobici, assistenza integrativa, farmaci a brevetto scaduto, farmaci ad azione dopante, farmaci con Nota AIFA, farmaci biologici e relativi biosimilari.

Controlli tecnico-contabili

Sette ATS rappresentano la programmazione di quest'attività.

Controlli File F

I controlli in quest'ambito possono appartenere a due macro-categorie di attività:

- appropriatezza prescrittiva e monitoraggio Piani Terapeutici/Schede AIFA;
- corretta rendicontazione.

Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio Piani Terapeutici / Schede AIFA

I controlli previsti all'interno di questa attività di controllo riguardano l'appropriatezza prescrittiva di particolari gruppi di farmaci (con Piano Terapeutico / Registro di Monitoraggio) di cui al File F, con modalità sovrapponibili a quelle indicate per l'analoga attività rappresentata nell'ambito dell'Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio della spesa di cui sopra.

Cinque ATS indicano controlli all'interno di questa area di attività, che viene programmata in particolare su Medicinali biologici e relativi biosimilari e Farmaci innovativi con Scheda AIFA.

Laddove indicato, viene eseguita sul 100% dei record totali.

Controlli corretta rendicontazione

Tale attività consiste in particolare nella verifica di:

- prezzi esposti, in particolare per quanto riguarda farmaci innovativi e note di credito di farmaci sottoposti a Managed Entry Agreements (MEAs);
- corretta compilazione del nuovo tracciato File F;
- indicazione della Struttura pubblica che ha acquistato un farmaco innovativo per conto della Struttura privata accreditata (Progetto pubblico-privato).

Tutte le ATS programmano controlli all'interno di quest'area di attività.

CONCLUSIONI

L'analisi della programmazione dell'Area farmaceutica per l'anno 2024 ha evidenziato che tutte le ATS hanno rappresentato almeno un'attività di controllo in ciascun ambito indicato da ACSS (Vigilanza, Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa, Controlli File F).

In particolare:

- come per le precedenti annualità, l'attività di vigilanza rappresenta uno degli ambiti meglio dettagliati all'interno dei Piani delle ATS e dei rispettivi format Excel;
- per quanto riguarda l'ambito dell'Appropriatezza prescrittiva, sette ATS rappresentano la programmazione di controlli di appropriatezza su farmaci con Nota AIFA e almeno un'altra tipologia di farmaco;
- in ambito File F, cinque ATS indicano controlli di Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio Piani Terapeutici / Schede AIFA, in particolare su Medicinali biologici e relativi biosimilari e Farmaci innovativi con Scheda AIFA.

Si fa presente tuttavia che, benché i format Excel prevedessero un percorso guidato di compilazione attraverso menù a tendina e vincoli di formato, si è riscontrata un certo grado di disomogeneità nella compilazione degli stessi da parte delle ATS. Pertanto, le informazioni ivi contenute sono state talvolta oggetto di interpretazione da parte di ACSS.

2.3. VALUTAZIONE DEI PIANI DI CONTROLLO DELLE ATS E ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DEI CONTROLLI PROGRAMMATI: AREA PROTESICA

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC “Appropriatezza gestionale e organizzativa”

RIFERIMENTI NORMATIVI

Art.11 c.4 lett.a) L.R. 33/2009 e s.m.i. “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”.

SINTESI

La DGR X/6917/17, nel ridisegnare i processi di prescrizione ed erogazione dell’assistenza protesica, identifica tre ambiti di controllo e relative responsabilità:

- Appropriatezza prescrittiva (in capo ad ATS);
- Appropriatezza erogativa (in capo ad ATS);
- Controlli programmati dalle ASST.

Rispetto alle 61 attività di controllo specifiche identificate dalla succitata DGR, fermo restando il carattere obbligatorio dei suddetti controlli stabilito dalla normativa vigente, ACSS ha ritenuto di focalizzare la richiesta su un numero limitato di azioni, richiedendo:

- una programmazione e rendicontazione dettagliata per 7 attività di controllo attribuite ad ATS;
- nell'ambito dei controlli assegnati alle ASST, per i quali le disposizioni regionali attribuiscono ad ATS il ruolo di revisore esterno, una programmazione dell’attività di monitoraggio e controllo per 6 attività specifiche, prestando particolare attenzione all'appropriatezza dei processi.

Valutazione dei Piani di Controllo delle ATS e analisi quali-quantitativa dei controlli programmati

Dall’analisi condotta sulla programmazione dei controlli per l’anno 2024 emerge che tutte le ATS presidiano l’area; in particolare:

- Appropriatezza prescrittiva: tutte le ATS esplicitano la programmazione relativa ai requisiti dei prescrittori e gestione degli elenchi, tematiche affrontate all’interno degli incontri del Tavolo di lavoro Assistenza Protesica e Integrativa tenutisi nel corso del 2023, nonché al monitoraggio delle prescrizioni online vs cartacee;
- Appropriatezza erogativa: la maggior parte delle ATS ha programmato almeno tre dei quattro controlli proposti, sebbene non sempre declinandone esaustivamente gli elementi essenziali; solo una ATS non ha rappresentato in programmazione alcun controllo relativo ai fornitori.

Rendicontazione e controlli ASST: le attività di controllo sono meno rappresentate, con solo una ATS che ha esplicitato un Tavolo di coordinamento interaziendale permanente; si registra tuttavia rispetto al passato un ulteriore miglioramento nella programmazione delle attività che prevedono per ATS un ruolo di Coordinamento/External auditing dei controlli condotti dalle ASST, con cinque ATS che esplicitano la programmazione di tutte le azioni specifiche evidenziate da ACSS.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Introduzione

La DGR X/6917/17, nel ridisegnare i processi di prescrizione ed erogazione dell'assistenza protesica, identifica tre ambiti di controllo e le connesse responsabilità, e nello specifico:

- Appropriatezza prescrittiva (in capo ad ATS);
- Appropriatezza erogativa (in capo ad ATS);
- Controlli programmati dalle ASST

A ciascun ambito di controllo afferiscono attività di controllo specifiche che a loro volta possono essere tradotte in azioni di controllo.

Il rapporto tra attività di controllo specifica ed azioni di controllo non è biunivoca; ad una azione di controllo possono infatti corrispondere un numero variabile di azioni di controllo.

Rispetto alle 61 attività di controllo specifiche identificate dalla succitata DGR, fermo restando il carattere obbligatorio dei suddetti controlli stabilito dalla normativa vigente, considerato il ridotto numero di operatori dedicati all'attività di controllo in materia di assistenza protesica, ACSS ha ritenuto di focalizzare la richiesta esplicitata ad un numero limitato di azioni lasciando a ciascuna ATS la facoltà di rappresentare gli ulteriori controlli programmati.

In particolare, ha deciso di ridurre a sette le attività di controllo attribuite ad ATS per le quali è richiesta una programmazione e una rendicontazione dettagliata.
Allo stesso modo, nell'ambito dei controlli assegnati alle ASST, per i quali le disposizioni regionali attribuiscono ad ATS il ruolo di revisore esterno, è stato richiesto di esplicitare nella programmazione l'attività di monitoraggio e controllo svolta di sei attività specifiche prestando particolare attenzione all'appropriatezza dei processi.

Le 13 attività di controllo specifiche per le quali è prevista la rappresentazione della programmazione sono elencate nella Tabella 1, con l'indicazione del rispettivo ambito di applicazione.

Tabella 1. Attività specifiche di controllo previste per ambito di applicazione.

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 e 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

Sebbene nel PCP fosse esplicitato di rendicontare, oltre a quanto espressamente richiesto da ACSS, anche eventuali ulteriori attività di controllo derivanti dalla normativa nazionale e regionale in materia, si evidenzia che solo nell'ambito della Rendicontazione dei controlli delle ASST vengono inseriti nella programmazione tre controlli aggiuntivi da parte di tre diverse ATS (cfr. par. Rendicontazione controlli ASST – Coordinamento/External auditing).

Il presente paragrafo è suddiviso in due sezioni, corrispondenti alle due fasi di analisi della programmazione dei controlli dell'ATS condotti da ACSS, temporalmente consecutive e nello specifico:

- VALUTAZIONE SULLA COMPLETEZZA ED ESAUSTIVITÀ DEI PIANI DI CONTROLLO approvati dalle ATS per l'anno 2024;
- ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DELLA PROGRAMMAZIONE DEI CONTROLLI, così come emergente dalla qualità della compilazione dei format predisposti da ACSS.

Dopo aver fornito un primo quadro generale, le analisi quali-quantitative sono state dettagliate per ambito (Appropriatezza prescrittiva, Appropriatezza erogativa, Rendicontazione e controlli ASST – Coordinamento/External auditing).

Valutazione dei Piani di Controllo delle ATS (I fase)

La prima fase di analisi della programmazione è stata condotta a seguito della ricezione dei Piani di Controllo delle ATS (cfr. cap. Analisi della programmazione dei controlli delle ATS – parte introduttiva).

Gli esiti di tale fase di valutazione dei Piani vengono rappresentati nello Schema 1a (ambito Appropriatezza erogativa), Schema 1b (Appropriatezza prescrittiva) e Schema 1c (Ambito Rendicontazione controlli ASST – Coordinamento/External auditing) per ciascuna ATS, facendo esplicito riferimento alle dimensioni di completezza ed esaustività sopra citate.

Si precisa che, per quanto concerne la dimensione della completezza della programmazione, la valutazione riguarda l'insieme delle attività di controllo programmate nell'ambito.

✓ : indica che la tematica è stata trattata o l'elemento essenziale declinato

! : indica che sono state richieste integrazioni relative alla tematica o all'elemento essenziale indicato

Schema 1a. Schema riassuntivo dell'esito della valutazione dei Piani dei Controlli delle ATS, secondo i due elementi di valutazione individuati (ambito Appropriatezza prescrittiva).

ELEMENTI DI VALUTAZIONE	REQUISITI/ELEMENTI ESSENZIALI	ATS								RACCOMANDAZIONI ACSS
		ATS_1	ATS_2	ATS_3	ATS_4	ATS_5	ATS_6	ATS_7	ATS_8	
SONO STATI AFFRONTATI TUTTI GLI ARGOMENTI PROPOSTI ALL'INTERNO DEL PCP	MONITORAGGIO PRESCRIZIONI ONLINE VS CARTACEE	!	!	!	✓	✓	✓	✓	!	Il PCP ha richiamato le seguenti attività di controllo di ATS, chiedendo di evidenziarne gli elementi essenziali di programmazione: • **appropriatezza prescrittiva**: - verifica requisiti generali / specifici dei prescrittori, con gestione dei relativi elenchi; - verifica documentale requisiti organizzativi / strutturali autocertificati dei Centri di prescrizione; - monitoraggio delle prescrizioni online vs cartacee. Laddove rilevata una carenza, è stato richiesto di procedere con l'inserimento delle attività di controllo mancanti.
	REQUISITI CENTRI DI PRESCRIZIONE	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓	!	
	REQUISITI PRESCRITTORI E GESTIONE ELENCHI	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
LA PROGRAMMAZIONE PRESENTATA ESPLICITA TUTTI GLI ELEMENTI ESSENZIALI DI PROGRAMMAZIONE	IN PRESENZA/DA REMOTO/MISTO	✓	✓	!	✓	!	✓	✓	✓	Il PCP ha previsto, per ciascuna attività di controllo, la declinazione dei seguenti elementi essenziali di programmazione: • modalità con cui di intende eseguire il controllo (in presenza/da remoto/misto); • numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti; sottoposti a controllo • flussi o basi dati; • criteri di campionamento; • modalità operative di esecuzione; • strumenti operativi. Laddove rilevata una carenza per una o più attività di controllo, è stato richiesto di esplicitare gli elementi mancanti.
	NUMEROSITÀ CONTROLLI	✓	✓	!	!	!	!	✓	!	
	BASE DATI	✓	✓	!	✓	!	✓	✓	!	
	CRITERI CAMPIONAMENTO	✓	✓	!	✓	!	✓	✓	✓	
	MODALITÀ OPERATIVE	✓	✓	!	!	!	✓	✓	!	
	STRUMENTI OPERATIVI	✓	✓	!	✓	!	✓	✓	!	

Schema 1b. Schema riassuntivo dell'esito della valutazione dei Piani dei Controlli delle ATS, secondo i due elementi di valutazione individuati (ambito Appropriatezza erogativa).

ELEMENTI DI VALUTAZIONE	REQUISITI/ELEMENTI ESSENZIALI	ATS								RACCOMANDAZIONI ACSS
		ATS_1	ATS_2	ATS_3	ATS_4	ATS_5	ATS_6	ATS_7	ATS_8	
SONO STATI AFFRONTATI TUTTI GLI ARGOMENTI PROPOSTI ALL'INTERNO DEL PCP	ACCREDITAMENTO NUOVI FORNITORI	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Il PCP ha richiamato le seguenti attività di controllo di ATS, chiedendo di evidenziarne gli elementi essenziali di programmazione: • **appropriatezza erogativa**: - accreditamento dei nuovi Fornitori Elenco 1 (nomenclatore tariffario D.M. 332/99); - mantenimento dei requisiti di accreditamento delle sedi delle aziende fornitrici già registrate nell'Elenco regionale Fornitori; - gestione elenchi (aggiornamento/cancellazione); - coerenza della tipologia delle forniture rispetto ai requisiti di accreditamento dichiarati. Laddove rilevata una carenza, è stato richiesto di procedere con l'inserimento delle attività di controllo mancanti.
	COERENZA FORNITURE RISPETTO A REQUISITI DI ACCREDITAMENTO	!	✓	!	✓	!	!	!	!	
	GESTIONE ELENCHI (AGGIORNAMENTO/CANCELLAZIONE)	!	✓	!	✓	✓	✓	✓	!	
	MANTENIMENTO REQUISITI DI ACCREDITAMENTO FORNITORI GIÀ REGISTRATI	!	✓	✓	✓	✓	!	✓	!	
LA PROGRAMMAZIONE PRESENTATA ESPLICITA TUTTI GLI ELEMENTI ESSENZIALI DI PROGRAMMAZIONE	IN PRESENZA/DA REMOTO/MISTO	!	!	!	✓	!	✓	✓	✓	Il PCP ha previsto, per ciascuna attività di controllo, la declinazione dei seguenti elementi essenziali di programmazione: • modalità con cui di intende eseguire il controllo (in presenza/da remoto/misto); • numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti; sottoposti a controllo • flussi o basi dati; • criteri di campionamento; • modalità operative di esecuzione; • strumenti operativi. Laddove rilevata una carenza per una o più attività di controllo, è stato richiesto di esplicitare gli elementi mancanti.
	NUMEROSITÀ CONTROLLI	!	!	!	!	!	!	✓	✓	
	BASE DATI	!	!	!	✓	!	✓	✓	!	
	CRITERI CAMPIONAMENTO	!	!	!	✓	!	✓	✓	✓	
	MODALITÀ OPERATIVE	!	!	!	!	!	✓	✓	!	
	STRUMENTI OPERATIVI	!	!	!	✓	!	✓	✓	!	

Schema 1c. Schema riassuntivo dell'esito della valutazione dei Piani dei Controlli delle ATS, secondo i due elementi di valutazione individuati (ambito Rendicontazione controlli ASST).

ELEMENTI DI VALUTAZIONE	REQUISITI/ELEMENTI ESSENZIALI	ATS								RACCOMANDAZIONI ACSS
		ATS_1	ATS_2	ATS_3	ATS_4	ATS_5	ATS_6	ATS_7	ATS_8	
SONO STATI AFFRONTATI TUTTI GLI ARGOMENTI PROPOSTI ALL'INTERNO DEL PCP	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DISPOSITIVO, PRI E DIAGNOSI DI INVALIDITÀ	!	!	!	✓	!	✓	!	!	Il PCP ha richiamato le seguenti attività di controllo di ATS, chiedendo di evidenziarne gli elementi essenziali di programmazione: • **controlli programmati dalle ASST**: - controllo di appropriatezza / congruenza prescrittiva, verificando la corrispondenza tra il dispositivo, il PRI e la diagnosi di invalidità; - controllo su effettuazioni di collaudo, verificando prescrizioni con collaudo non registrato / data di collaudo anomala; - controllo sull'effettivo utilizzo delle CPAP anche attraverso, laddove previsti, sistemi di monitoraggio remoto; - controlli sulle prestazioni rese dai fornitori della V.M.D. ovvero sulla corretta e compiuta esecuzione del servizio in coerenza alle condizioni contrattuali; - verifica delle visite specialistiche ambulatoriali per prescrizioni di protesi acustiche; - recupero del dispositivo dal paziente nei casi di cessato utilizzo e conseguente ricondizionamento. Laddove rilevata una carenza, è stato richiesto di procedere con l'inserimento della programmazione per le attività di controllo mancanti.
	PRESTAZIONI V.M.D.	!	!	!	!	!	✓	!	!	
	UTILIZZO DELLE CPAP	!	!	!	!	!	✓	!	!	
	VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI PER PRESCRIZIONI DI PROTESI ACUSTICHE	!	!	!	✓	!	✓	!	!	
	ANOMALIE COLLAUDO	!	!	!	✓	!	✓	!	!	
	RECUPERO DISPOSITIVO E RICONDIZIONAMENTO	!	!	!	!	!	✓	!	!	
LA PROGRAMMAZIONE PRESENTATA ESPLICITA TUTTI GLI ELEMENTI ESSENZIALI DI PROGRAMMAZIONE	IN PRESENZA/DA REMOTO/MISTO	!	!	!	✓	!	!	!	!	Il PCP ha previsto, per ciascuna attività di controllo, la declinazione dei seguenti elementi essenziali di programmazione: • modalità con cui di intende eseguire il controllo (in presenza/da remoto/misto); • numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti; sottoposti a controllo • flussi o basi dati; • criteri di campionamento; • modalità operative di esecuzione; • strumenti operativi. Laddove rilevata una carenza per una o più attività di controllo, è stato richiesto di esplicitare gli elementi mancanti.
	NUMEROSITÀ CONTROLLI	!	!	!	!	!	!	!	!	
	BASE DATI	!	!	!	✓	!	!	!	!	
	CRITERI CAMPIONAMENTO	!	!	!	!	!	!	!	!	
	MODALITÀ OPERATIVE	!	!	!	!	!	!	!	!	
	STRUMENTI OPERATIVI	!	!	!	✓	!	!	!	!	

Da questa prima analisi è emerso che tutte le ATS presidiano l'ambito protesico con la rappresentazione di almeno due attività di controllo tra le tredici indicate nel PCP; in particolare:

- per quanto riguarda l'Appropriatezza prescrittiva, tutte le ATS hanno rappresentato la programmazione di almeno un controllo (Requisiti prescrittori e gestione elenchi), e quattro ATS hanno programmato tutte le tre attività di controllo indicate; si precisa che le tematiche inerenti ai requisiti dei Centri Prescrittori e dei prescrittori e alla relativa gestione degli elenchi sono state affrontate all'interno degli incontri del Tavolo di lavoro Assistenza Protesica e Integrativa, promosso da ACSS e aventi come partecipanti le ATS, tenutisi nel corso del 2023;
- per quanto concerne l'Appropriatezza erogativa, solo una ATS non ha rappresentato in programmazione alcun controllo relativo ai fornitori; la maggior parte (quattro) delle rimanenti ATS ha programmato almeno tre tra i quattro controlli proposti, sebbene non sempre declinandone esaustivamente gli elementi essenziali;
- le attività di controllo che prevedono per ATS un ruolo di Coordinamento/ External auditing dell'attività di controllo condotta dalle ASST (ambito Rendicontazione controlli ASST) sono risultate essere le meno rappresentate: solo una ATS ha esplicitato il riferimento a un Tavolo di coordinamento interaziendale permanente, con funzione di audit, senza tuttavia dettagliarne le attività; un'altra ATS ha rappresentato in programmazione tre dei controlli indicati.

Analisi quali-quantitativa dei controlli programmati (II fase)

In questa seconda fase ci si è focalizzati sull'analisi dei dati pervenuti dalle diverse ATS (file Excel), di cui si fornisce nel seguito un quadro generale e, nei sottoparagrafi, un quadro suddiviso per ambito di controllo (appropriatezza prescrittiva, appropriatezza erogativa, rendicontazione controlli ASST).

Si precisa che alcune attività specifiche di controllo delineate in Tabella 1 sono state declinate da alcune ATS in più tipologie di controllo, in particolare per gli ambiti dell'appropriatezza prescrittiva[4] ed erogativa[5].

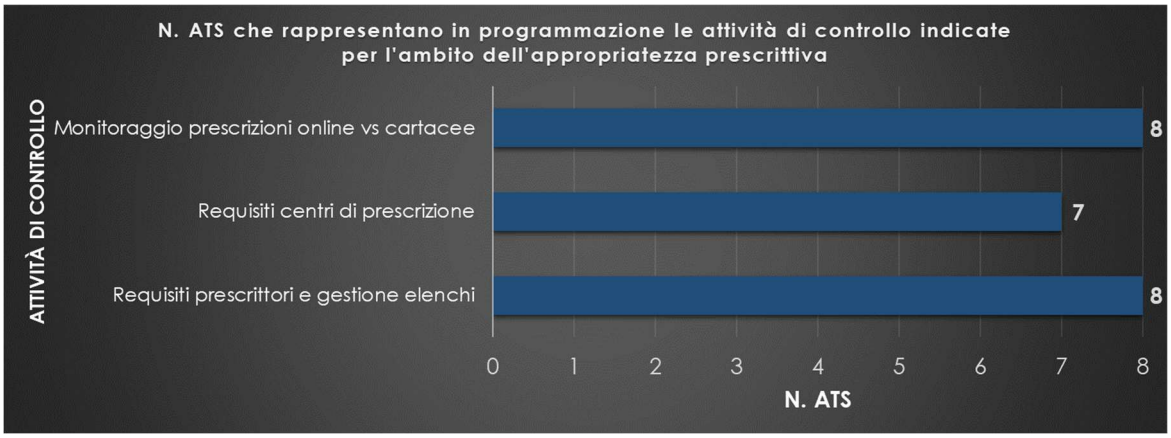
Tutte le ATS rappresentano la programmazione dei controlli relativi all'ambito dell'appropriatezza prescrittiva; solo una ATS non rappresenta la programmazione per le verifiche relative ai requisiti dei Centri di Prescrizione, come illustrato nel grafico che segue; tutte le altre ATS organizzano controlli per ciascuna delle tre attività indicate.

[4] Attività di:
- Monitoraggio prescrizioni online vs cartacee: suddivisa in ausili per il monitoraggio della glicemia e OTLT (Ossigenoterapia a lungo termine) o in assistenza protesica e assistenza integrativa (diabete);
- Requisiti centri di prescrizione: per Centri di Prescrizione già verificati e per nuove richieste
- Requisiti prescrittori e gestione elenchi: suddivisa in
  - Censimento e aggiornamento elenchi Medici RSA prescrittori;
  - Censimento e aggiornamento elenchi specialisti prescrittori;
  - Richieste nuovi inserimenti di medici specialisti prescrittori da parte delle strutture;
  - verifica congruità prescrizione protesi acustiche e possesso dei requisiti autorizzativi;

  oppure in:
  - verifica idoneità prescrittori RSA con doppio ruolo;
  - tenuta dell'elenco dei prescrittori già inseriti in Assistant RL (prescrittori con doppio ruolo applicativo, prescrittori con attributi estesi multipli su differenti specialità, prescrittori afferenti a più di una struttura);
  - aggiornamento semestrale domande pervenute da parte delle direzioni delle strutture.

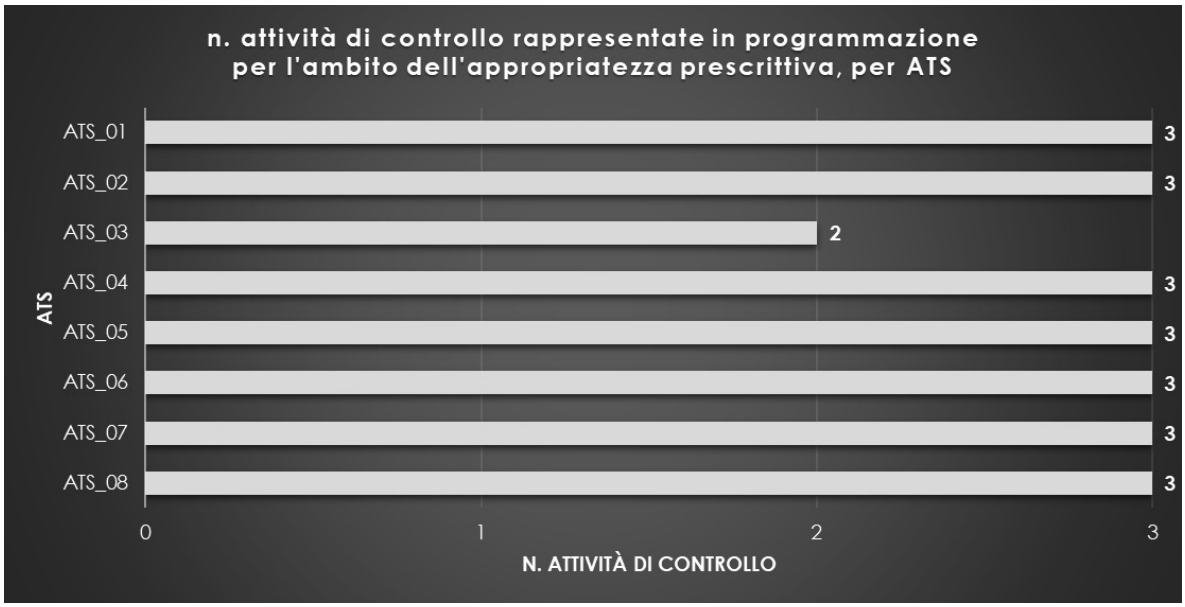
[5] Per l'attività specifica "Mantenimento requisiti di accreditamento fornitori già registrati", una ATS scorpora l'attività in:
- inserimento e mantenimentodei tecnici qualificati;
- richiesta autocertificazione in merito al mantenimento dei requisiti di accreditamento della struttura;
- vigilanza ispettiva di natura ordinaria per verifica di possesso dei requisiti igienico sanitari, organizzativi e tecnici;
- vigilanza ispettiva di natura straordinaria per verifica di possesso dei requisiti igienico sanitari, organizzativi e tecnici.

Grafico 8.



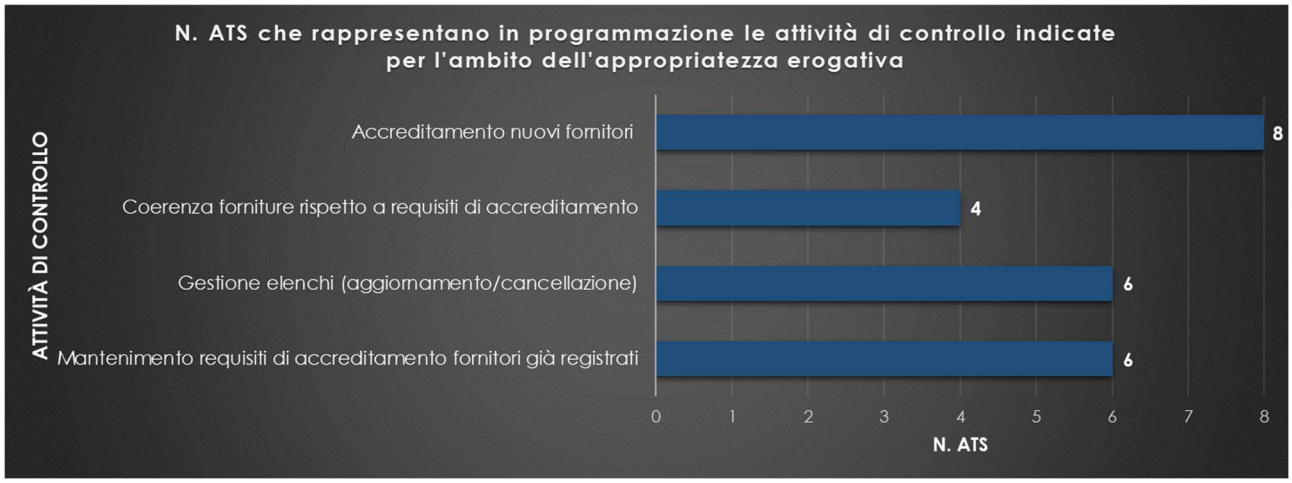
Come evidenziato più sopra, le tematiche relative ai requisiti dei Centri Prescrittori e dei prescrittori e alla relativa gestione degli elenchi sono state oggetto di trattazione nel corso del Tavolo di lavoro con le ATS promosso da ACSS per l'omogeneizzazione delle attività di controllo appartenenti all'ambito Protesica.
Rispetto al Piano dei Controlli delle ATS pervenuto a fine febbraio, la valutazione dei Piani trasmessa è esitata in particolare in un'estensione dell'attività di monitoraggio delle prescrizioni cartacee, che viene inserita in programmazione da tutte le ATS.
Pertanto, tutte le ATS risultano rappresentare la programmazione di tutte le tre attività indicate nel PCP, ad eccezione di una per la quale manca l'indicazione del controllo relativo ai requisiti dei Centri di Prescrizione (Grafico 9).

Grafico 9.



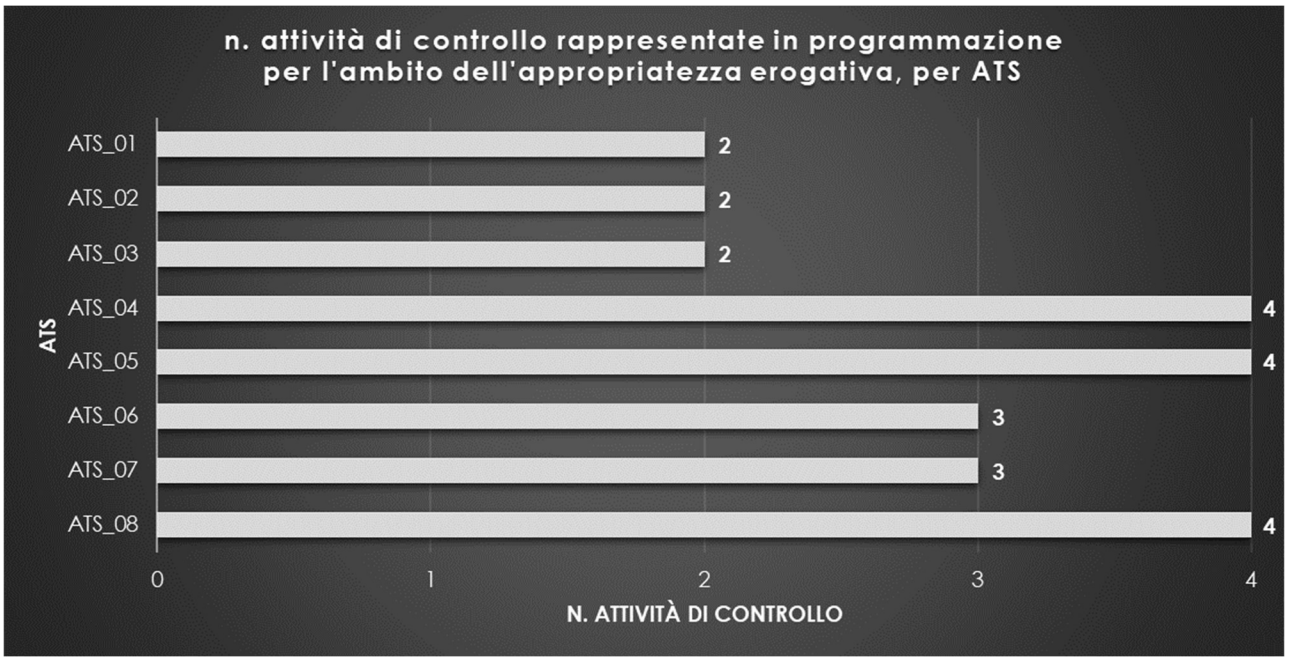
Anche l'ambito dell'appropriatezza erogativa risulta in generale presidiato: analogamente a quanto registrato per l'Appropriatezza prescrittiva, a seguito della trasmissione della valutazione dei Piani si è infatti registrato un incremento nel numero di ATS che ha inserito in programmazione alcune tra le attività indicate, in particolare per quanto riguarda la coerenza delle forniture rispetto ai requisiti di accreditamento.

Grafico 10.



Pertanto, quattro ATS rappresentano la programmazione di più attività di controllo rispetto al Piano sottomesso a febbraio, e una quinta declina i contenuti di due controlli, precedentemente solo citati, secondo gli elementi essenziali indicati (Grafico 11).

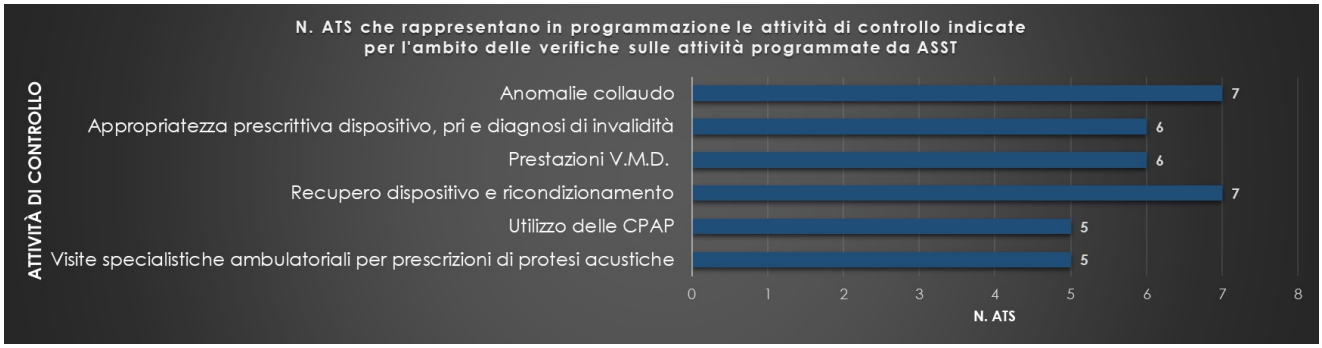
Grafico 11.



Anche per l'ambito della Rendicontazione dei controlli programmati dalle ASST, confrontando il grafico che segue con gli esiti della valutazione dei Piani di Controllo delle ATS (I fase) si evince che, per tutte le attività di controllo previste, è aumentato il numero di ATS che rappresenta tali attività di controllo in programmazione.

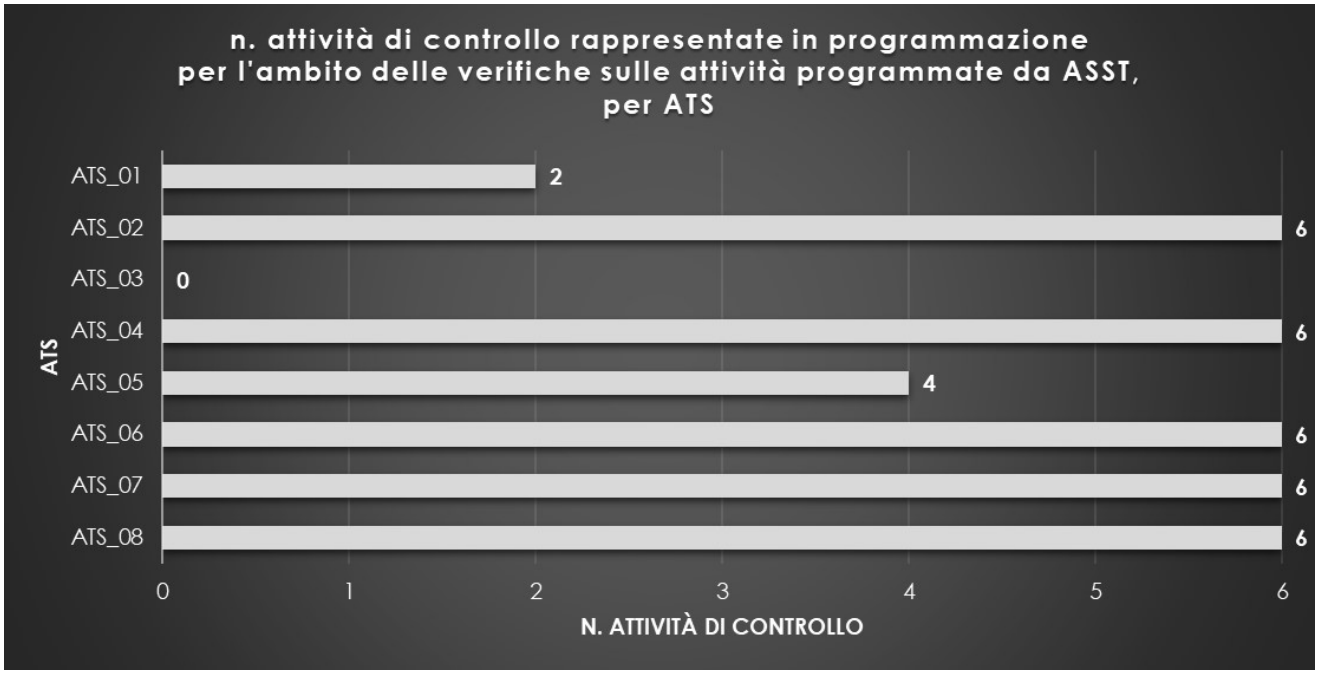
Sebbene nessuna attività risulti programmata da tutte le ATS, i controlli relativi alle Prestazioni V.M.D., alle anomalie di collaudo e al recupero del dispositivo e relativo ricondizionamento vengono inserite in programmazione da 5 ATS in più rispetto a quanto precedentemente previsto.

Grafico 12.



Pertanto: sei ATS risultano aver programmato almeno due controlli aggiuntivi rispetto a quanto precedentemente previsto; per un'unica ATS permane l'assenza di programmazione di controlli nell'ambito; l'unica ATS che aveva già previsto controlli estesi in tale ambito provvede a dettagliarne maggiormente i contenuti, sebbene non alleghi procedure e relazioni SUPI cui fa riferimento (Grafico 13).

Grafico 13.



Per quanto riguarda lo stato di avanzamento al 30/06/2024 delle attività di controllo relative a tutti i requisiti[6]:

- per l'ambito relativo all'appropriatezza prescrittiva, tutte le attività dichiarate sono perlopiù in linea con quanto programmato (da avviare o in corso secondo programma, oppure concluse); solo una ATS dichiara che l'attività di controllo sui Requisiti dei prescrittori e sulla relativa gestione degli elenchi non è ancora stata avviata, contrariamente a quanto espresso in programmazione, ed è pertanto in ritardo;

- per l'ambito relativo all'appropriatezza erogativa, tutte le attività sono dichiarate essere in linea con quanto programmato, ossia da avviare o in corso senza ritardi, come previsto dal

[6] Solo l'attività relativa alle Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato non riporta, per una singola ATS, un'indicazione chiara circa il relativo stato di avanzamento, sia per l'ambito sanitario che sociosanitario.

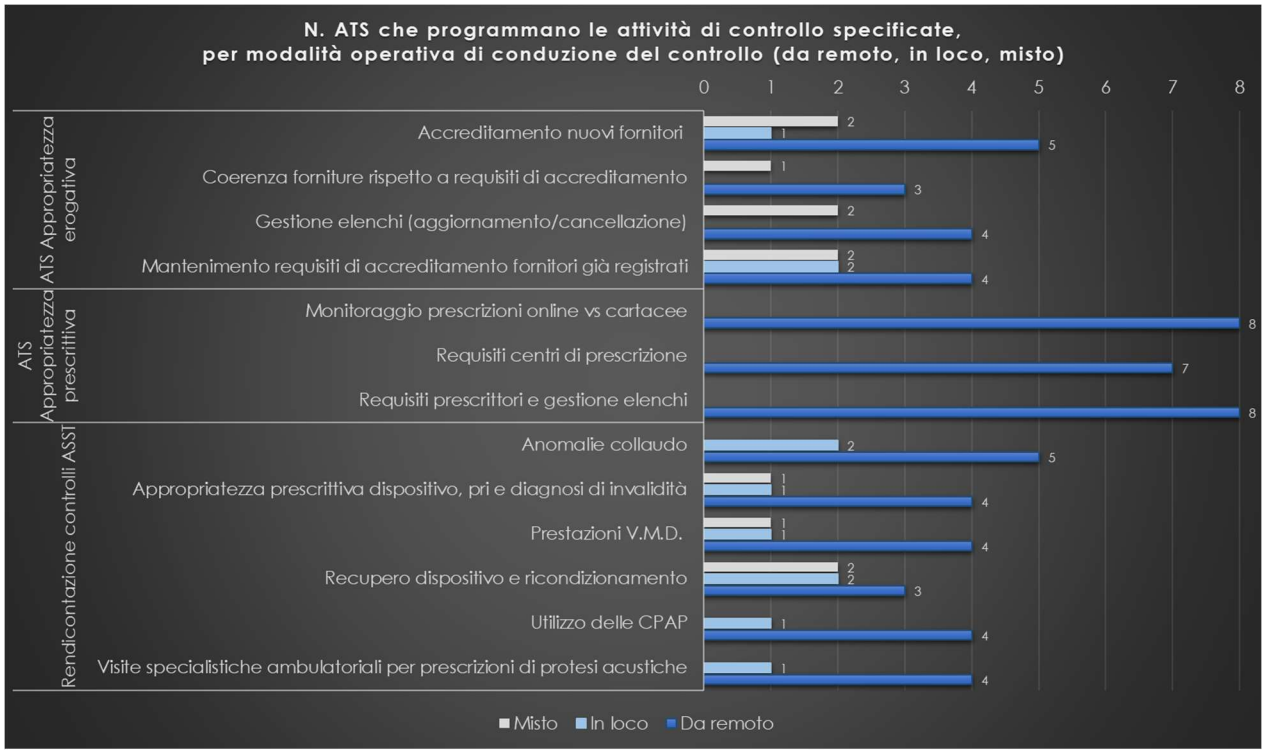
proprio Piano dei Controlli; solo una ATS dichiara di aver apportato modifiche alla propria programmazione, prevedendo un controllo annuale (concluso) anziché semestrale per le attività di accreditamento nuovi fornitori e relativa gestione degli elenchi;

- per l'ambito relativo alla Rendicontazione dei controlli delle ASST, la maggior parte delle ATS dichiara che l'attività è in corso secondo programmazione; una sola ATS afferma che, come da Piano dei Controlli, l'attività è da avviare (secondo programma).

Vi è un'unica ATS che evidenzia di essere in ritardo con lo svolgimento della propria attività di controllo in quest'ambito per 4 attività su 5 (Appropriatezza prescrittiva dispositivo, PRI e diagnosi di invalidità; Prestazioni V.M.D.; Recupero dispositivo e ricondizionamento; Utilizzo delle CPAP); l'attività che risulta in corso senza ritardo è quella relativa alle verifiche sulle Anomalie di collaudo.

Come rappresentato nel grafico che segue, tutte le attività di controllo vengono programmate dalla maggior parte delle ATS in modalità da remoto; in particolare, tutti i controlli afferenti all'area dell'Appropriatezza prescrittiva sono programmati esclusivamente in questa modalità.

Grafico 14.



Tre ATS rappresentano la programmazione di tutti i controlli unicamente con modalità da remoto; diversamente:

- per l'ambito della Rendicontazione controlli ASST, due ATS programmano esclusivamente controlli in loco;

- per l'ambito dell'Appropriatezza erogativa, una ATS programma unicamente controlli in loco o misti.

Dopo aver fornito il quadro generale di cui sopra, l'analisi prosegue suddivisa per ambito del controllo (appropriatezza erogativa, appropriatezza prescrittiva, rendicontazione dei controlli delle ASST); per ogni tipo di requisito la trattazione si è concentrata in particolare sulle caratteristiche di campionamento.

Appropriatezza prescrittiva

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

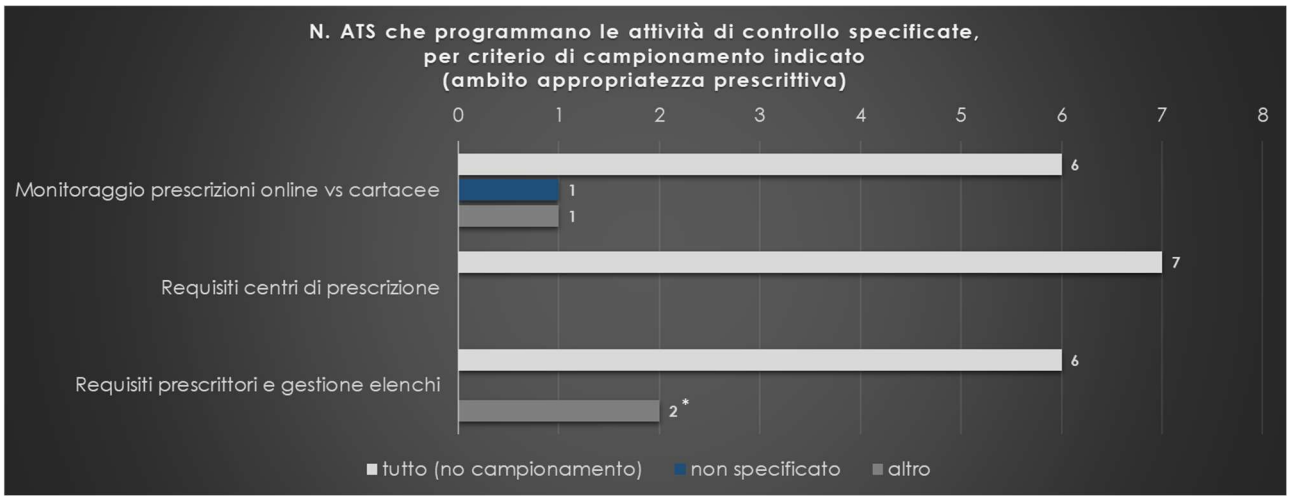
Tabella 2. Coinvolgimento delle ATS nelle attività specifiche di controllo dell'ambito Appropriatezza prescrittiva.

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	ATS_01	ATS_02	ATS_03	ATS_04	ATS_05	ATS_06	ATS_07	ATS_08
Monitoraggio prescrizioni online vs cartacee	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Requisiti Centri di Prescrizione	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Requisiti prescrittori e gestione elenchi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

CAMPIONAMENTO

Il grafico seguente mostra i criteri di campionamento utilizzati dalle ATS nella programmazione delle attività di controllo specificate.

Grafico 15.



*due ATS riportano più attività all'interno della medesima azione specifica di controllo, con diversi criteri di campionamento.

Laddove l'attività venga programmata, per la maggior parte delle ATS l'indicazione relativa al campione riguarda il 100% dei soggetti/oggetti di controllo (prescrittori, Centri di Prescrizione, prescrizioni, a seconda dell'attività di controllo considerata).

Appropriatezza erogativa

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

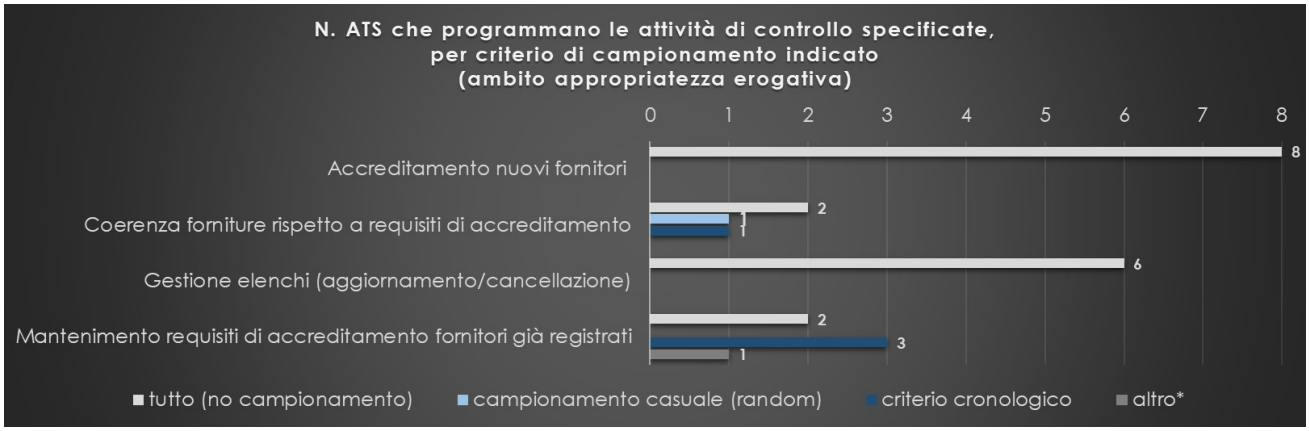
Tabella 3. Coinvolgimento delle ATS nelle attività specifiche di controllo dell'ambito Appropriatezza erogativa.

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	ATS_01	ATS_02	ATS_03	ATS_04	ATS_05	ATS_06	ATS_07	ATS_08
Accreditamento nuovi fornitori	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coerenza forniture rispetto a requisiti di accreditamento				✓	✓		✓	✓
Gestione elenchi (aggiornamento/cancellazione)			✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mantenimento requisiti di accreditamento fornitori già registrati	✓	✓		✓	✓	✓		✓

CAMPIONAMENTO

Il grafico seguente mostra i criteri di campionamento utilizzati dalle ATS nella programmazione delle attività di controllo specificate.

Grafico 16.



* una ATS riporta più attività all'interno della medesima azione specifica di controllo, con diversi criteri di campionamento.

Laddove l'attività venga programmata e il criterio di campionamento chiaramente riportato, l'indicazione relativa al campione riguarda il 100% dei fornitori per tutte le ATS nel caso di attività di accreditamento nuovi fornitori e gestione degli elenchi (aggiornamento/cancellazione); per le attività relative ai controlli di coerenza tra forniture e requisiti di accreditamento e di mantenimento dei requisiti di fornitori già registrati vengono indicati anche il criterio cronologico e/o il campionamento casuale.

Rendicontazione controlli ASST – Coordinamento/External auditing

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

Tabella 4. Coinvolgimento delle ATS nelle attività specifiche di controllo dell'ambito Rendic. controlli ASST/External auditing.

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	ATS_01	ATS_02	ATS_03	ATS_04	ATS_05	ATS_06	ATS_07	ATS_08
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	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓

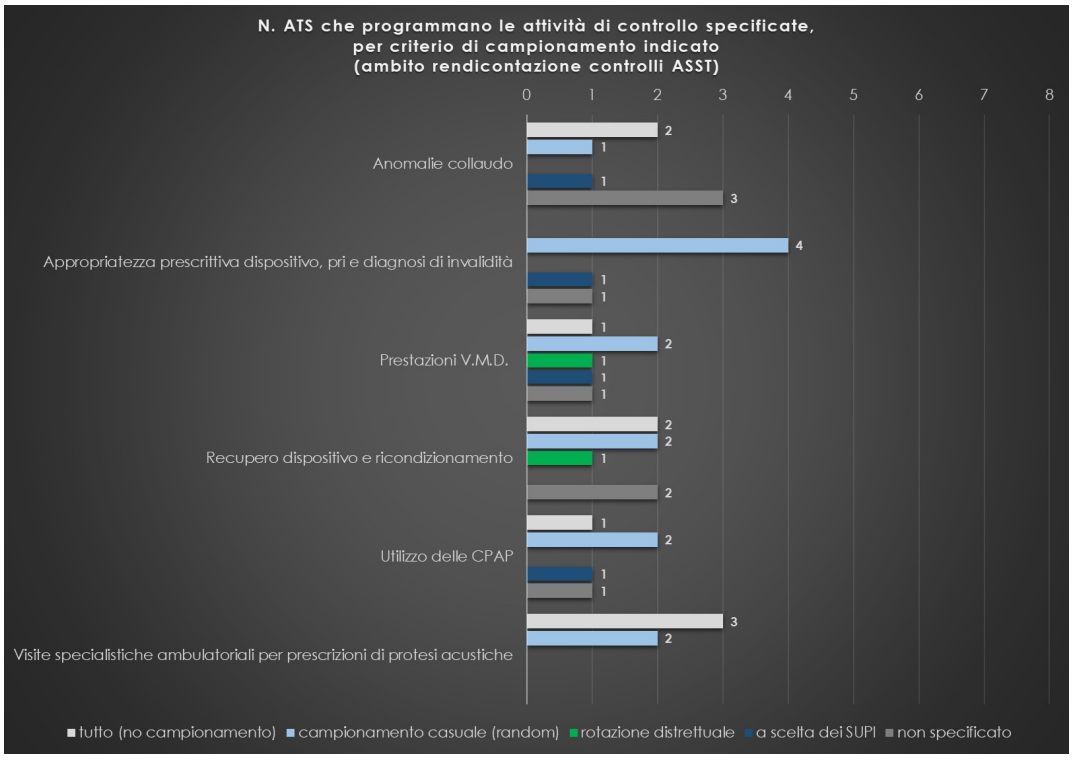
Le attività meno soggette a programmazione sono quelle relative all'utilizzo delle CPAP e alle visite specialistiche ambulatoriali per protesi acustiche.

Si fa presente che tre ATS riportano per quest'ambito un totale di tre ulteriori attività che non trovano corrispondenza diretta con alcun controllo esplicitato nel PCP di ACSS (External Auditing SUPI, Corretta imputazione dei costi flusso DIT/Bilancio, Verifica modalità controlli sulle prestazioni erogate al fine di accertare l'appropriatezza erogativa).

CAMPIONAMENTO

Il grafico seguente mostra i criteri di campionamento utilizzati dalle ATS nella programmazione delle attività di controllo specificate.

Grafico 15.



Laddove l'attività venga programmata e il criterio di campionamento chiaramente esplicitato, l'indicazione relativa al campione riguarda prevalentemente tutte le prescrizioni (no campionamento) e il campionamento casuale; in particolare, il primo criterio risulta il più utilizzato da ATS per le attività di anomalie del collaudo e per le visite specialistiche ambulatoriali per prescrizioni di protesi acustiche. Diversamente, il secondo criterio è prevalente per le attività di controllo sull'utilizzo delle CPAP e sulle prestazioni V.M.D., nonché sull'appropriatezza prescrittiva del dispositivo, PRI e diagnosi di invalidità. Nel caso di controlli sul recupero dispositivo e ricondizionamento e sulle prestazioni V.M.D., un'unica ATS indica come criterio di campionamento la rotazione distrettuale.

CONCLUSIONI

Dall'analisi condotta sulla programmazione dei controlli per l'anno 2024 emerge che tutte le ATS presidiano l'area: sei ATS inseriscono in programmazione almeno undici tra le tredici attività specifiche di controllo indicate all'interno del PCP di ACSS, sebbene non sempre declinando adeguatamente gli elementi essenziali di programmazione proposti.

In particolare, nell'ambito dell'appropriatezza prescrittiva, tutte le ATS esplicitano la programmazione relativa ai requisiti dei prescrittori e gestione degli elenchi, tematiche affrontate all'interno degli incontri del Tavolo di lavoro Assistenza Protesica e Integrativa tenutisi nel corso del 2023, nonché al monitoraggio delle prescrizioni online vs cartacee.

Per l'ambito dell'appropriatezza erogativa, tutte le ATS esplicitano la programmazione per l'attività di controllo relativa all'accreditamento di nuovi fornitori; diversamente, la programmazione dell'attività di gestione elenchi (aggiornamento/cancellazione) e di mantenimento dei requisiti di accreditamento dei fornitori già registrati viene rappresentata da sei ATS; l'attività di verifica della coerenza delle forniture rispetto ai requisiti di accreditamento risulta presidiata da quattro ATS, due in più rispetto al 2022.

Dall'analisi dei format Excel trasmessi dalle ATS, si registra rispetto al passato un ulteriore miglioramento nella programmazione delle attività che prevedono per ATS un ruolo di Coordinamento / External auditing dei controlli condotti dalle ASST, con cinque ATS che esplicitano la programmazione di tutte le azioni specifiche evidenziate da ACSS.

Si fa tuttavia presente che, nonostante alcune indicazioni e vincoli nella compilazione, l'analisi dei format Excel non sempre è risultata immediata e, talvolta, le informazioni ivi contenute sono state oggetto di interpretazione da parte di ACSS.

2.4. QUANTITATIVA DEI CONTROLLI PROGRAMMATI: AREA REQUISITI DI ACCESSO ALLA CONTRATTUALIZZAZIONE

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC “Appropriatezza gestionale e organizzativa”

RIFERIMENTI NORMATIVI

Art.11 c.4 lett.a) L.R. 33/2009 e s.m.i. “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”.

SINTESI

La Giunta Regionale ha stabilito i criteri di affidabilità per la gestione dei rapporti contrattuali con gli erogatori privati di servizi sanitari e sociosanitari. Le ATS, in qualità di parti contraenti, hanno la responsabilità di verificare e monitorare il rispetto e la permanenza di tali requisiti nel periodo di durata del contratto.
Il Piano dei Controlli e dei Protocolli di ACSS, approvato con DGR XI/7315/22, ha esplicitamente richiesto che trovassero rappresentazione nella programmazione delle ATS nove tra i requisiti previsti dalla normativa vigente e richiamati nello schema di contratto definitivo, sia per l’ambito sanitario che sociosanitario. Tali requisiti sono suddivisi in due categorie:

- Non autocertificabili - devono essere verificati su tutti gli erogatori:
  - Applicazione modello organizzativo (D.Lgs. 231/2001);
  - Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.);
  - Certificazione antimafia (ex art. 80, commi 2 e 3 D.Lgs. 50/2016, ora D.Lgs. 36/2023);
  - Regolarità contributiva (ex art. 80, comma 4 D.Lgs. 50/2016, ora D.Lgs. 36/2023);
- Autocertificabili – possono essere verificati su un campione di erogatori, purché sia raccolta un'autocertificazione:
  - Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (ex art. 80, comma 1 D.Lgs. 50/2016, ora D.Lgs. 36/2023);
  - Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (ex art. 80, comma 5 D.Lgs. 50/2016, ora D.Lgs. 36/2023);
  - Obblighi di trasparenza (D.Lgs. 33/2013);
  - Incompatibilità del personale (D. 190/2012);
  - Ulteriori requisiti (art. 80, comma 5 D.Lgs. 50/2016, ora D.Lgs. 36/2023).

Valutazione dei Piani di Controllo delle ATS

- Ambito sanitario: tutte le ATS hanno programmato i controlli sui requisiti non autocertificabili; tra i requisiti autocertificabili, quello relativo all'incompatibilità del personale e quello relativo agli ulteriori requisiti risultano tra i meno presidiati;
- Ambito sociosanitario: la programmazione è simile a quella sanitaria, con qualche carenza in più per il requisito relativo all'Applicazione del modello organizzativo e agli gli Ulteriori requisiti.

Analisi quali-quantitativa dei controlli programmati

L'attività di controllo sui requisiti non autocertificabili viene perlopiù programmata su tutti i soggetti previsti (100%), in particolare per l'ambito sanitario.

Come atteso, per tutti i requisiti autocertificabili individuati vengono invece perlopiù indicati controlli campionari su documentazione a mezzo prova differente dall'autocertificazione, con percentuali di campionamento variabili.

In taluni casi sono state rilevate delle incongruenze tra rappresentazione dello stato di avanzamento (attività indicata come conclusa al 30/06) e validità temporale delle certificazioni (quadrimestrale, semestrale), sia per l'ambito sanitario che sociosanitario.

Stante che, in passato, solo alcune ATS inserivano i requisiti di contrattualizzazione all'interno della programmazione annuale, a seguito dell'analisi condotta per l'anno 2024 ACSS giudica positivamente lo sforzo di programmare tali controlli nell'ambito della propria attività da parte di tutte le ATS, seppur con un diverso grado di completezza e dettaglio.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Area Requisiti di accesso alla contrattualizzazione

Introduzione

In conformità alle normative nazionali e regionali, la Giunta Regionale ha stabilito i criteri di affidabilità per la gestione dei rapporti contrattuali con gli erogatori privati di servizi sanitari e sociosanitari; questi requisiti sono richiamati negli schemi di contratto e sono validi per tutti gli erogatori, sia pubblici che privati.

Le ATS, in qualità di parti contraenti, hanno la responsabilità di verificare e monitorare il rispetto e la permanenza nel periodo di durata del contratto di tali criteri.
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, il Piano dei Controlli e dei Protocolli di ACSS, approvato con DGR XI/7315/22, ha esplicitamente richiesto che trovassero rappresentazione nella programmazione delle ATS nove tra i requisiti previsti dalla normativa vigente e richiamati nello schema di contratto definitivo, sia per l'ambito sanitario che sociosanitario.

Per cinque di essi la norma prevede la possibilità, da parte dei rappresentanti legali degli enti gestori, di rilascio di una autocertificazione; è pertanto atteso che le ATS, a inizio anno, raccolgano tale autocertificazione a garanzia della sussistenza dei cinque requisiti. Laddove vi sia l'autocertificazione, ACSS ritiene che la programmazione dei controlli annuali possa riguardare solo un campione dei potenziali destinatari, purché opportunamente individuato.
Diversamente, i rimanenti quattro requisiti sono non autocertificabili, ed è pertanto mandatorio che le ATS programmino controlli su tutti gli erogatori.

Di seguito vengono sinteticamente rappresentati i requisiti non autocertificabili (Tabella 1a) e i requisiti autocertificabili (Tabella 1b); per ognuno di essi vengono descritti la documentazione a mezzo di prova, gli strumenti o le modalità di verifica, i destinatari e la frequenza del controllo. Stante che, per entrambe le categorie di requisiti, le procedure di accertamento sono codificate dalla norma,

gli unici elementi soggetti alla discrezionalità di ATS e che saranno pertanto oggetto di analisi sono i destinatari coinvolti e la frequenza dei controlli, intercettati da ACSS attraverso due elementi essenziali di cui è richiesto il dettaglio in programmazione: destinatari/oggetti del controllo e cronoprogramma.

Tabella 1a. Requisiti non autocertificabili.

	REQUISITO	DOCUMENTAZIONE A MEZZO DI PROVA	STRUMENTO/MODALITÀ DI VERIFICA	ENTI DESTINATARI DEL CONTROLLO	FREQUENZA ANNUALE
1	**Applicazione modello organizzativo (d.lgs. 231/2001)**	Estratto della relazione annuale dell'organismo di vigilanza (d.lgs. 231/2001)	Acquisizione e controllo documentale relazione	Soggetti privati con capacità contrattuale complessiva pari o superiore a €800.000 annui/capacità ricettiva pari o superiore a 80 PL	1
2	**Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)**	Relazione sull'ultimo bilancio approvato e relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato	Acquisizione e controllo documentale relazione	Soggetti privati con capacità contrattuale complessiva pari o superiore a €800.000 annui/capacità ricettiva pari o superiore a 80 PL	1
		Indici di bilancio o indicatori previsti dalla DGR IX/350/2010	Calcolo indici di bilancio o indicatori ex DGR IX/350/2010*		1
4	**Certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 d.lgs. 50/2016)**	Certificato comunicazione antimafia	Acquisizione della certificazione antimafia tramite consultazione della Banca Dati Nazionale Antimafia (BDNA)	Soggetti privati con capacità contrattuale complessiva compresa tra €150.000 e €221.000	2
		Certificato informazione antimafia	Acquisizione della certificazione antimafia tramite consultazione della Banca Dati Nazionale Antimafia (BDNA)	Soggetti privati con capacità contrattuale complessiva pari o superiore a €221.000	1
5	**Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016)**	Documento unico di regolarità contributiva (DURC)	Acquisizione DURC tramite interrogazione on line sul sito dell'INPS, dell'INAIL o tramite richiesta indirizzata agli altri enti previdenziali non aderenti al sistema dello sportello unico previdenziale	Tutti gli Enti privati	3
		Attestazione regolarità del pagamento di imposte e tasse dell'Agenzia delle Entrate Regolarità	Accertamento tramite richiesta via PEC all'Agenzia delle Entrate di competenza territoriale del contraente	Tutti gli Enti privati	2

* autocertificabile

Tabella 1b. Requisiti autocertificabili.

	REQUISITO	DOCUMENTAZIONE A MEZZO DI PROVA	STRUMENTO/MODALITÀ DI VERIFICA	ENTI DESTINATARI DEL CONTROLLO	FREQUENZA ANNUALE
3	**Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 80, comma 1 lett. a), b), b bis), c), d), e), f), g) d. lgs. 50/2016)**	1. Certificato del casellario giudiziale 2. Certificato dei carichi pendenti	Acquisizione telematica dei certificati mediante accesso al sistema CERtificati Pubbliche Amministrazioni (CERPA) o tramite richiesta all'ufficio competente istituito presso le Procure della Repubblica	Tutti gli Enti privati	2
6	**Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (art. 80, comma 5, lett. f d.lgs. 50/2016)**	1. Certificato dell'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato 2. Certificato del casellario giudiziale	Acquisizione telematica dei certificati mediante accesso al sistema CERtificati Pubbliche Amministrazioni (CERPA) o tramite richiesta al Casellario giudiziale presso le Procure della Repubblica/all'ufficio competente istituito presso le Procure della Repubblica	Tutti gli Enti privati	2
7	**Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013)**	Verbale interno di verifica	Procedura interna		1
8	**Incompatibilità del personale (l. 190/2012)**	Verbale interno di verifica	Procedura interna		1
9	**Ulteriori requisiti (art. 80, comma 5 d.lgs. 50/2016)**	Consultazione casellario informatico ANAC	Casellario informatico ANAC		1

Per i soli requisiti autocertificabili per i quali le procedure di accertamento non sono ben definite dalla norma (obblighi di trasparenza, incompatibilità del personale) è atteso che le ATS adottino procedure interne di verifica con verbali ad esito delle operazioni di controllo.

Il presente paragrafo è suddiviso in due sezioni, corrispondenti alle due fasi di analisi della programmazione dei controlli dell'ATS condotti da ACSS, temporalmente consecutive e nello specifico:

- VALUTAZIONE SULLA COMPLETEZZA ED ESAUSTIVITÀ DEI PIANI DI CONTROLLO approvati dalle ATS per l'anno 2024;
- ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DELLA PROGRAMMAZIONE DEI CONTROLLI, così come emergente dalla qualità della compilazione dei format predisposti da ACSS.

Dopo aver fornito un primo quadro generale, le analisi sono state condotte trattando separatamente l'ambito sanitario e sociosanitario e, per ciascun ambito, in base alla classificazione dei requisiti (non autocertificabili/autocertificabili).

Valutazione dei Piani di Controllo delle ATS (I fase)

La prima fase di analisi della programmazione è stata condotta in ottemperanza a quanto disposto dalla DGR XII/1827/24 (Regole 2024) in materia di PCP.

Gli esiti di tale fase di valutazione dei Piani vengono rappresentati nello Schema 1a (ambito sanitario) e Schema 1b (ambito sociosanitario) per ciascuna ATS, facendo esplicito riferimento alle dimensioni di completezza ed esaustività sopra citate.

Si precisa che, per quanto riguarda l'esaustività della programmazione, in Tabella vengono riportati i principali elementi essenziali nei quali l'ATS risulta carente per almeno un'attività di controllo.

✓ : indica che ACSS ha ritenuto la tematica adeguatamente affrontata o l'elemento essenziale opportunamente declinato;

! : indica che ACSS ha ritenuto di chiedere ulteriori specifiche sulla tematica o sull'elemento essenziale indicato.

Schema 1a. Schema riassuntivo dell'esito della valutazione dei Piani dei Controlli delle ATS, secondo i due elementi di valutazione individuati (ambito sanitario).

ELEMENTI DI VALUTAZIONE	REQUISITI/ELEMENTI ESSENZIALI	ATS								RACCOMANDAZIONI ACSS
		ATS_1	ATS_2	ATS_3	ATS_4	ATS_5	ATS_6	ATS_7	ATS_8	
SONO STATI AFFRONTATI TUTTI GLI ARGOMENTI PROPOSTI ALL'INTERNO DEL PCP	1. APPLICAZIONE MODELLO ORGANIZZATIVO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	✓	Il PCP ha richiesto di evidenziare la programmazione dei controlli previsti in merito alla permanenza ai requisiti di accesso alla contrattualizzazione previsti dalla normativa vigente e richiamati nello schema di contratto definitivo per i soggetti accreditati e a contratto dell'area sanitaria e sociosanitaria, aggiornato con DGR IX/4773/21 e precisamente: • adozione del codice etico comportamentale e corretta applicazione del modello di organizzazione e gestione (D.lgs. 231/2001); • regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità dell'ente (art. 2409 bis C.C.); • 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); • acquisizione certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 d.lgs. 50/2016); • regolarità contributiva di imposte, tasse e contributi previdenziali (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016); • assolvimento obblighi in materia di sanzioni amministrative e carichi pendenti dipendenti da reato (art. 80, comma 5, lett. F d.lgs. 50/2016); • rispetto obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013); • incompatibilità del personale, in caso di Pantouflage (l. 190/2012); • ulteriori requisiti previsti dall'art. 80, comma 5 d.lgs. 50/2016. Laddove rilevata una carenza, è stato richiesto di procedere con l'inserimento della programmazione per le attività di controllo mancanti.
	2. CONTINUITÀ GESTIONALE E FINANZIARIA	✓	✓	!	✓	✓	✓	!	✓	
	3. INSUSSISTENZA MOTIVI DI ESCLUSIONE A CAUSA DI SENTENZE DI CONDANNA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	!	
	4. CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	
	5. REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	6. SANZIONI AMMINISTRATIVE E CARICHI PENDENTI DA REATO	✓	!	✓	✓	✓	✓	!	!	
	7. OBBLIGHI DI TRASPARENZA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	✓	
	8. INCOMPATIBILITÀ PERSONALE	!	✓	✓	!	!	✓	!	!	
	9. ULTERIORI REQUISITI	✓	!	✓	✓	✓	✓	!	!	
LA PROGRAMMAZIONE PRESENTATA ESPLICITA TUTTI GLI ELEMENTI ESSENZIALI DI PROGRAMMAZIONE	IN PRESENZA/DA REMOTO/MISTO	✓	!	!	✓	✓	✓	✓	!	Il PCP ha previsto, per ciascuna attività di controllo, la declinazione dei seguenti elementi essenziali di programmazione: • modalità con cui di intende eseguire il controllo (in presenza/da remoto/misto); • numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti; sottoposti a controllo • flussi o basi dati; • criteri di campionamento; • modalità operative di esecuzione; • strumenti operativi; • cronoprogramma. Laddove rilevata una carenza per una o più attività di controllo, è stato richiesto di esplicitare gli elementi mancanti.
	NUMEROSITÀ CONTROLLI	✓	✓	!	!	!	✓	✓	!	
	BASE DATI	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓	!	
	CRITERI CAMPIONAMENTO	✓	!	!	!	!	✓	✓	!	
	MODALITÀ OPERATIVE	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓	!	
	STRUMENTI OPERATIVI	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓	!	
	CRONOPROGRAMMA	!	!	!	✓	!	✓	✓	!	

Schema 1b. Schema riassuntivo dell'esito della valutazione dei Piani dei Controlli delle ATS, secondo i due elementi di valutazione individuati (ambito sociosanitario).

ELEMENTI DI VALUTAZIONE	REQUISITI/ELEMENTI ESSENZIALI	ATS								RACCOMANDAZIONI ACSS
		ATS_1	ATS_2	ATS_3	ATS_4	ATS_5	ATS_6	ATS_7	ATS_8	
SONO STATI AFFRONTATI TUTTI GLI ARGOMENTI PROPOSTI ALL'INTERNO DEL PCP	1. APPLICAZIONE MODELLO ORGANIZZATIVO	✓	✓	✓	✓	!	✓	!	✓	Il PCP ha richiesto di evidenziare la programmazione dei controlli previsti in merito alla permanenza ai requisiti di accesso alla contrattualizzazione previsti dalla normativa vigente e richiamati nello schema di contratto definitivo per i soggetti accreditati e a contratto dell'area sanitaria e sociosanitaria, aggiornato con DGR IX/4773/21 e precisamente: • adozione del codice etico comportamentale e corretta applicazione del modello di organizzazione e gestione (D.lgs. 231/2001); • regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità dell'ente (art. 2409 bis C.C.); • 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); • acquisizione certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 d.lgs. 50/2016); • regolarità contributiva di imposte, tasse e contributi previdenziali (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016); • assolvimento obblighi in materia di sanzioni amministrative e carichi pendenti dipendenti da reato (art. 80, comma 5, lett. F d.lgs. 50/2016); • rispetto obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013); • incompatibilità del personale, in caso di Pantouflage (l. 190/2012); • ulteriori requisiti previsti dall'art. 80, comma 5 d.lgs. 50/2016. Laddove rilevata una carenza, è stato richiesto di procedere con l'inserimento della programmazione per le attività di controllo mancanti.
	2. CONTINUITÀ GESTIONALE E FINANZIARIA	✓	✓	!	✓	✓	✓	!	✓	
	3. INSUSSISTENZA MOTIVI DI ESCLUSIONE A CAUSA DI SENTENZE DI CONDANNA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	!	
	4. CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	
	5. REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	6. SANZIONI AMMINISTRATIVE E CARICHI PENDENTI DA REATO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	!	
	7. OBBLIGHI DI TRASPARENZA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	✓	
	8. INCOMPATIBILITÀ PERSONALE	!	✓	✓	!	!	✓	!	!	
	9. ULTERIORI REQUISITI	✓	✓	✓	✓	!	✓	!	!	
LA PROGRAMMAZIONE PRESENTATA ESPLICITA TUTTI GLI ELEMENTI ESSENZIALI DI PROGRAMMAZIONE	IN PRESENZA/DA REMOTO/MISTO	✓	!	!	✓	✓	✓	✓	!	Il PCP ha previsto, per ciascuna attività di controllo, la declinazione dei seguenti elementi essenziali di programmazione: • modalità con cui di intende eseguire il controllo (in presenza/da remoto/misto); • numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti; sottoposti a controllo • flussi o basi dati; • criteri di campionamento; • modalità operative di esecuzione; • strumenti operativi; • cronoprogramma. Laddove rilevata una carenza per una o più attività di controllo, è stato richiesto di esplicitare gli elementi mancanti.
	NUMEROSITÀ CONTROLLI	✓	!	!	!	!	✓	✓	!	
	BASE DATI	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓	!	
	CRITERI CAMPIONAMENTO	✓	✓	!	!	✓	✓	✓	!	
	MODALITÀ OPERATIVE	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓	!	
	STRUMENTI OPERATIVI	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓	!	
	CRONOPROGRAMMA	!	!	!	✓	✓	✓	✓	!	

Stante che, in passato, solo alcune ATS inserivano i requisiti di contrattualizzazione all'interno della programmazione annuale, ACSS ha giudicato positivamente lo sforzo di introdurre tali controlli nell'ambito della propria attività da parte di tutte le ATS, seppur con un diverso grado di completezza e dettaglio.

A seguito di questa prima valutazione, solo il requisito 5 sulla Regolarità contributiva risultava rappresentato da tutte le ATS. Diversamente, tra i requisiti autocertificabili, quello relativo all'incompatibilità del personale (requisito 8) risultava essere quello meno presidiato, presumibilmente a causa del fatto che, a differenza di altri requisiti, esso non presenta un procedimento normativamente preordinato e richiede pertanto l'adozione di procedure interne: solo tre ATS procedevano a dettagliarlo adeguatamente all'interno della propria programmazione.

Una ATS risultava particolarmente virtuosa nel programmare tutti i requisiti fornendo tutti gli elementi essenziali richiesti, sia in ambito sanitario che sociosanitario; un'altra ATS dichiarava di programmare i controlli relativi ai soli requisiti 4 e 5 (Certificazione Antimafia e Regolarità contributiva), sia in ambito sanitario che sociosanitario; due ATS, pur riportando controlli in entrambi gli ambiti, non declinavano adeguatamente l'attività negli elementi essenziali di programmazione.

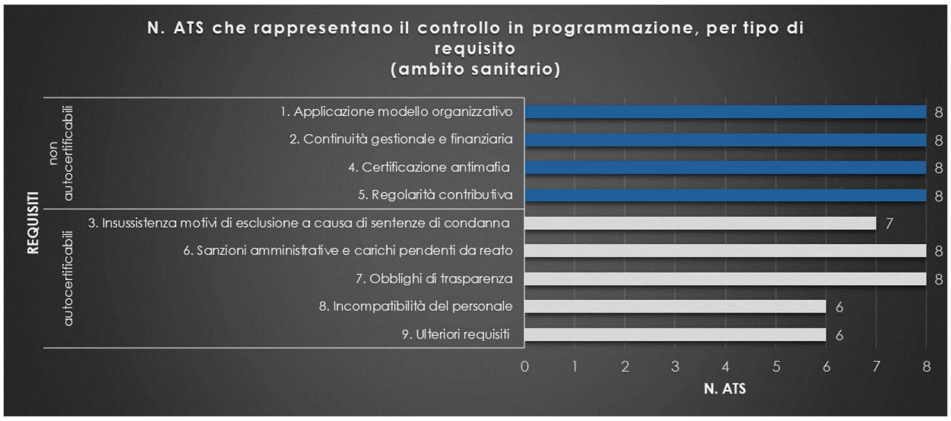
In generale, nella rappresentazione della programmazione delle attività di controllo da parte delle ATS, la numerosità del campionamento e i criteri di campionamento risultavano più spesso incompleti per entrambi gli ambiti, così come il cronoprogramma.

Analisi quali-quantitativa dei controlli programmati (II fase)

In questa seconda fase ci si è focalizzati sull'analisi dei dati pervenuti dalle diverse ATS (format Excel), di cui si fornisce nel seguito un quadro generale e, nei sottoparagrafi, un quadro suddiviso per ambito e tipo di requisito (non autocertificabile/autocertificabile).

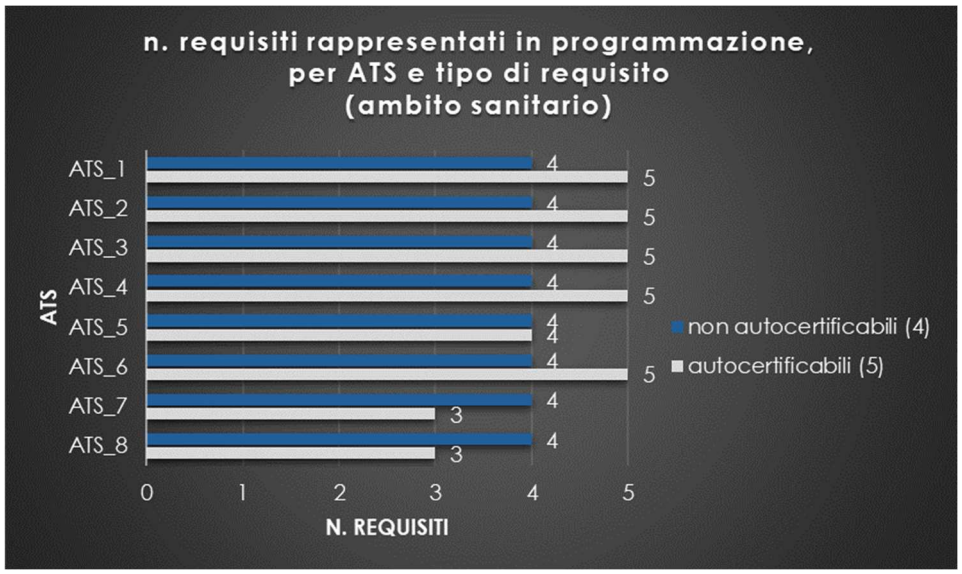
In ambito sanitario, tutte le ATS rappresentano la programmazione dei controlli relativi a tutti i requisiti non autocertificabili; diversamente, per gli autocertificabili, non tutti i requisiti risultano oggetto di programmazione. Il grafico seguente rappresenta, per specifico requisito, il numero di ATS che lo inserisce in programmazione.

Grafico 16.



Confermando quanto già rilevato a esito della fase I di valutazione dei Piani, due dei controlli meno presidiati risultano essere quello relativo all'incompatibilità del personale (requisito 8), per il quale la norma non fissa un procedimento di verifica standard, e quello relativo agli ulteriori requisiti, che contengono una miscellanea di controlli.

Grafico 17.



Come mostrato nel Grafico 19, cinque sono le ATS più virtuose che programmano tutti i controlli, sia autocertificabili che non.

L'ambito sociosanitario risulta in generale presidiato, seppur con qualche mancanza in più rispetto alla controparte sanitaria per il requisito non autocertificabile dell'Applicazione del modello organizzativo e per gli Ulteriori requisiti autocertificabili (Grafico 20).

Grafico 180.

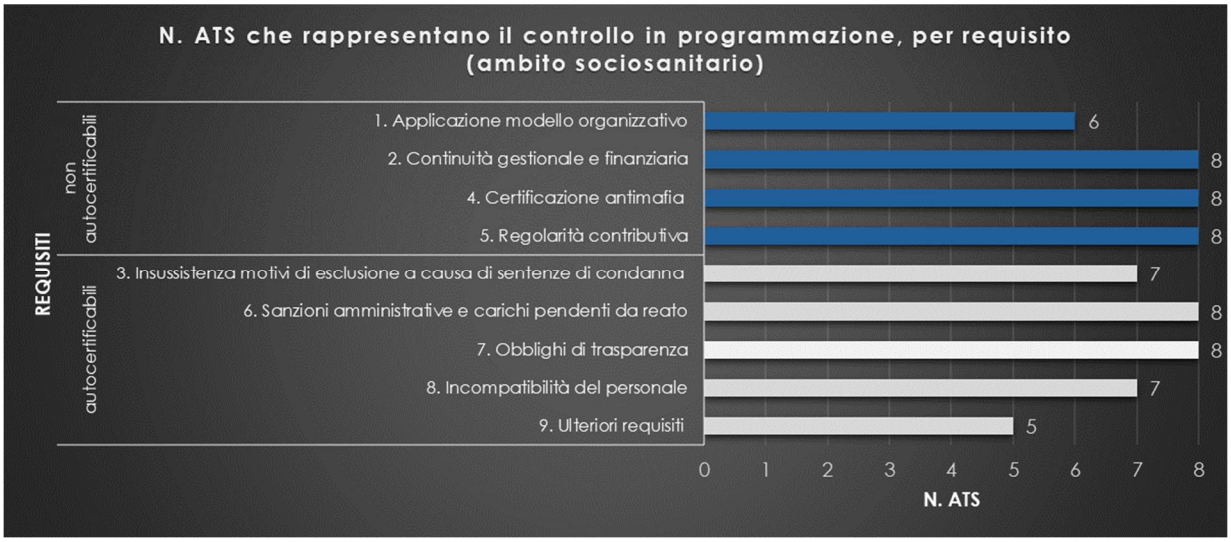
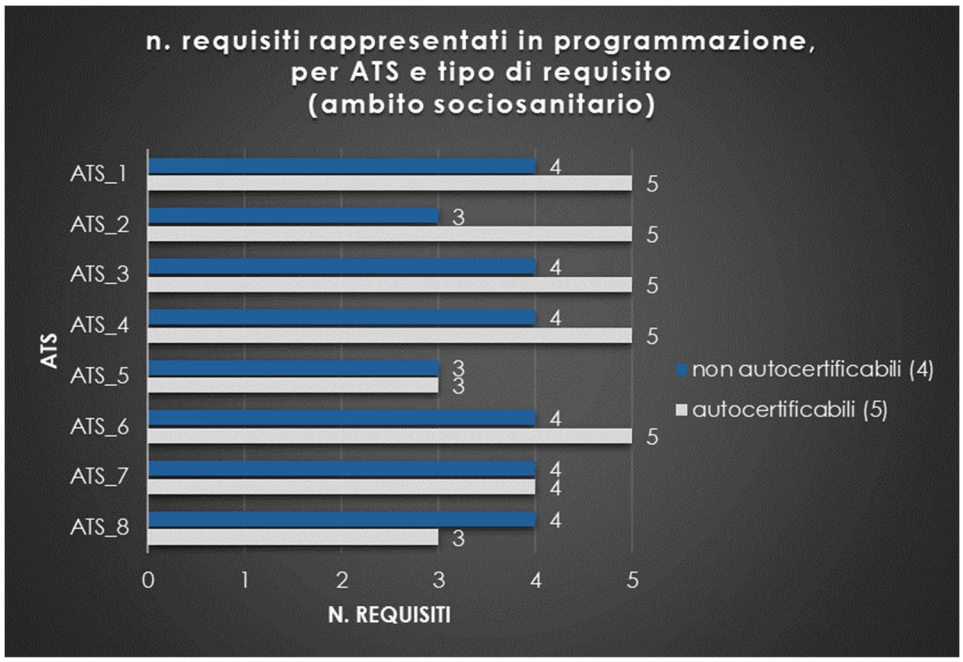


Grafico 21.



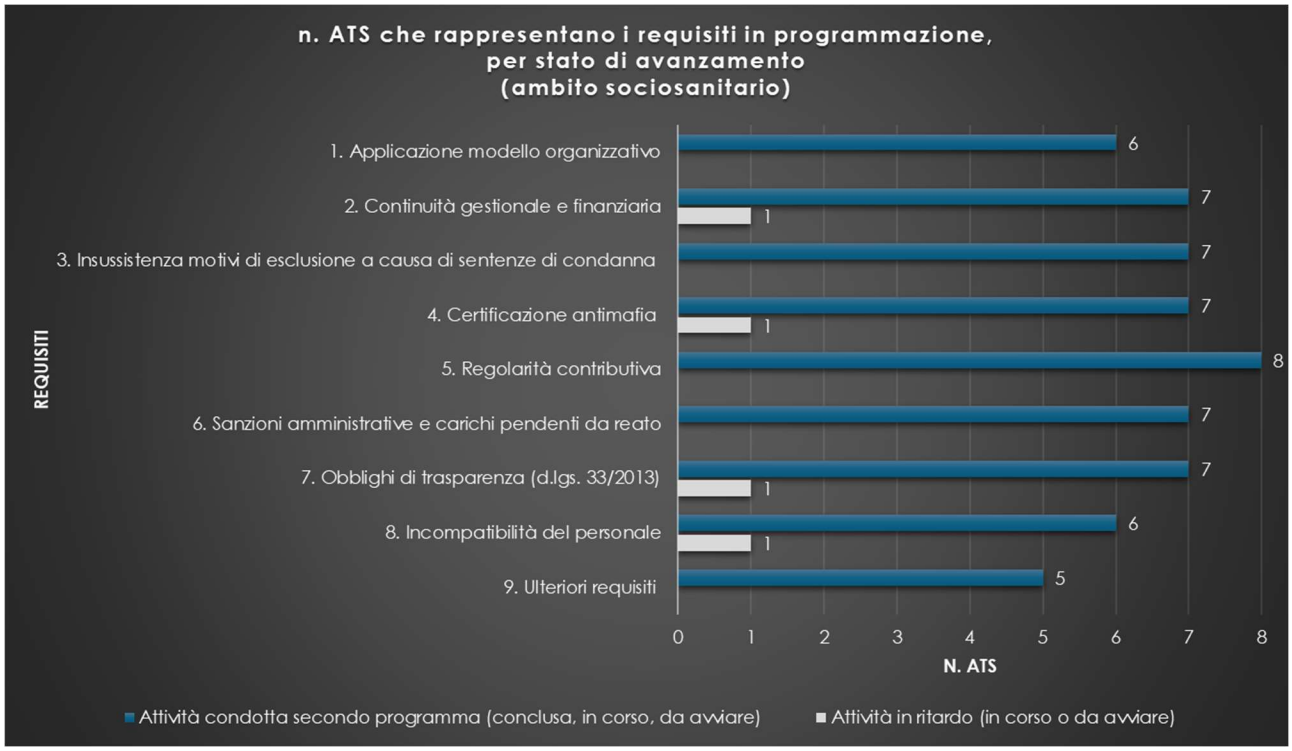
Come rappresentato nel Grafico 21, cinque ATS rappresentano tutte le nove attività di controllo indicate nel PCP di ACSS; due ATS non riportano dettagli di programmazione relativi al medesimo requisito non autocertificabile (Applicazione del modello organizzativo); tre ATS non inseriscono in programmazione uno o due requisiti autocertificabili.

Per quanto riguarda lo stato di avanzamento al 30/06/2024 delle attività di controllo relative a tutti i requisiti[7]:

- per l'ambito sanitario, tutte le attività sono dichiarate essere in linea con quanto programmato (ossia: già concluse, in corso senza ritardi o ancora da avviare), come previsto dal proprio Piano dei Controlli;
- per l'ambito sociosanitario, tre ATS dichiarano di avere attività in ritardo (in corso o da avviare), evidenziate nel grafico seguente.

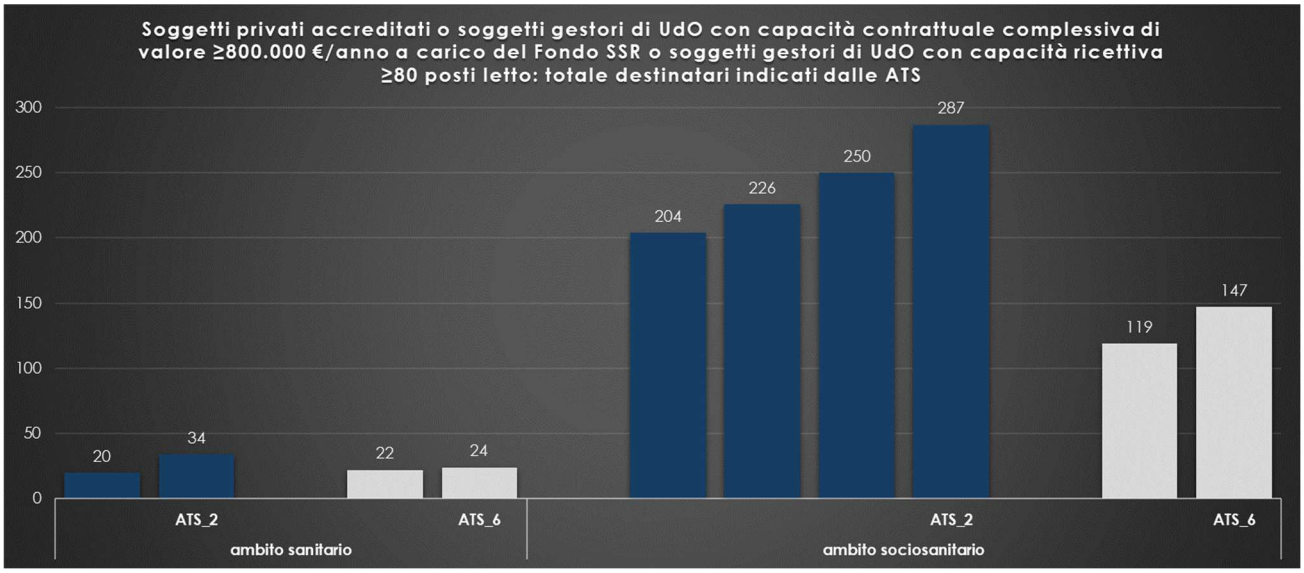
[7] Solo l'attività relativa alle Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato non riporta, per una singola ATS, un'indicazione chiara circa il relativo stato di avanzamento, sia per l'ambito sanitario che sociosanitario.

Grafico 19.



È stato talvolta riscontrato, tra i diversi controlli, un non allineamento tra categoria di destinatari indicata e relativo valore numerico: per esempio, una ATS dichiara di programmare otto controlli in ambito sociosanitario su una stessa categoria di destinatari (UdO con capacità contrattuale maggiore di 800.000 €/80 posti letto); tuttavia, l'indicazione numerica di tali destinatari varia, a seconda del controllo, da 204 a 287 unità (cfr. Grafico 23).

Grafico 20.



Ciò può essere dovuto a una errata indicazione dei destinatari o a imprecisioni nelle indicazioni numeriche fornite all'interno dei format Excel.

Analogamente, si osservano taluni disallineamenti anche laddove i destinatari dichiarati siano tutti gli erogatori/gestori di UdO, così come mostrato nella seguente tabella:

Tabella 2. Valorizzazioni per la categoria "Tutti gli erogatori/Gestori di U.d.O.", per ambito e ATS.

AMBITO	ATS	INDICAZIONE NUMERICA RELATIVA A TUTTI I DESTINATARI/ENTI GESTORI UDO	
		MIN	MAX
SANITARIO	ATS_1	43	47
	ATS_2	106	121
	ATS_4	37	38
	ATS_6	50	53
	ATS_8	23	47
SOCIOSANITARIO	ATS_1	112	127
	ATS_6	157	164
	ATS_7	50	100
	ATS_8	128	152

In particolare, una ATS riporta indicazioni particolarmente variabili sia per l'ambito sanitario che per l'ambito sociosanitario.

Dopo aver fornito il quadro generale di cui sopra, l'analisi prosegue suddivisa per ambito (sanitario e sociosanitario) e, all'interno di esso, in base alla classificazione dei requisiti (non autocertificabili/autocertificabili); per ogni tipo di requisito la trattazione si è concentrata in particolare sulle caratteristiche di campionamento e sui due elementi essenziali sopra specificati su cui l'ATS ha margine discrezionale:

- destinatari: focus su estensione a un numero maggiore o riduzione a un numero minore di soggetti rispetto a quanto previsto;
- frequenza: focus su coerenza tra frequenza dei controlli e stato di avanzamento dichiarato dalle ATS in sede di monitoraggio al 30/06, stante la differente validità temporale dei certificati che garantiscono la sussistenza di ciascun requisito.

Focus Requisiti Sanitari

- NON AUTOCERTIFICABILI

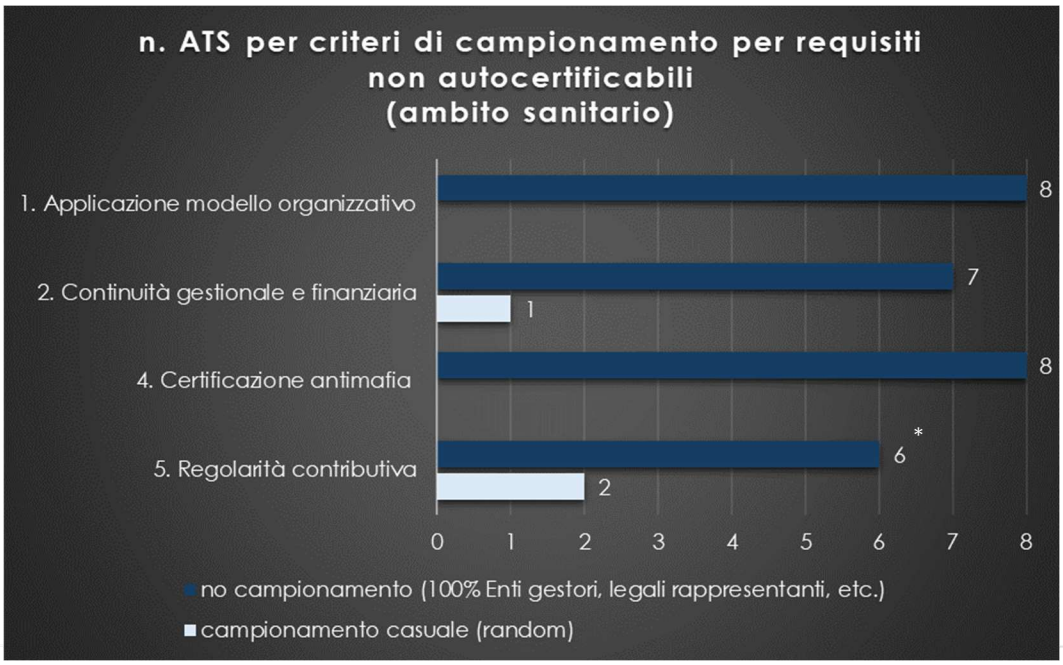
Come evidenziato più sopra, la programmazione di tutti i quattro requisiti non autocertificabili risulta rappresentata da tutte le ATS. Un'ATS riporta altresì un ulteriore controllo relativo all'art. 2, comma 5 dello schema contratto tipo (verifica in CCIAA di assenza codice della crisi, scioglimento, procedure concorsuali, cancellazione).
Tutte le ATS prevedono la modalità operativa da remoto per lo svolgimento dei controlli su tali requisiti.

CAMPIONAMENTO

I criteri di campionamento sono rappresentati nel grafico seguente, che mostra come l'attività di controllo venga perlopiù eseguita su tutti i soggetti previsti (100%).
Per quanto concerne il requisito 5 relativo alla Regolarità contributiva, tre ATS esplicitamente suddividono tale controllo in controllo di regolarità contributiva, da effettuare tramite DURC, e controllo di regolarità pagamento imposte e tasse, da effettuare tramite attestazione dell'Agenzia

delle Entrate[8]; di queste tre ATS, due rappresentano una percentuale di campionamento del 100% per il DURC e rispettivamente del 16% e 10% circa per l'attestazione dell'Agenzia delle Entrate: esse sono state classificate nel grafico seguente in base all'opzione di campionamento più restrittiva. Per il requisito 2 sulla continuità gestionale e finanziaria, solo una ATS dichiara di campionare casualmente il 21% circa dei soggetti privati con capacità contrattuale complessiva pari o superiore a €800.000 annui.

Grafico 24.



* per 2 ATS limitatamente al solo DURC.

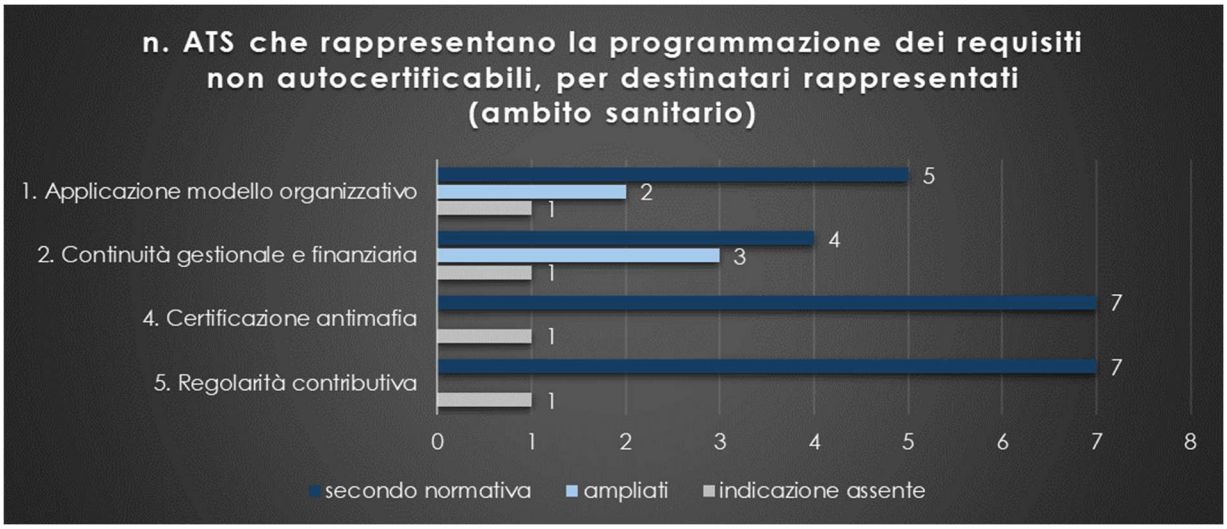
DESTINATARI

Come rappresentato nel grafico seguente, in taluni casi i destinatari dei controlli sono stati ampliati rispetto a quanto normativamente previsto; un'unica ATS non esplicita mai i destinatari dei controlli nell'apposito campo previsto dal format[9].

[8] Due ATS esplicitano il solo DURC come documento a mezzo prova di regolarità contributiva. Le rimanenti tre ATS esplicitano entrambi i documenti a mezzo prova, ma presentano un unico record; in tali casi, le indicazioni relative a campione, destinatari, stato di avanzamento sono state considerate valide per entrambi i documenti a mezzo di prova.

[9] Talvolta gli stessi sono deducibili da altri campi all'interno del medesimo format Excel.

Grafico 25.



STATO AVANZAMENTO

Per quanto concerne il requisito 5, per il quale la frequenza dei controlli previsti non è annuale (cfr. Tabella 1a), si rilevano delle possibili inesattezze nella rappresentazione dello stato di avanzamento al 30/06: tre ATS dichiarano infatti conclusa tale attività di verifica relativa alla Regolarità contributiva, benché a cadenza semestrale (Attestazione regolarità del pagamento di imposte e tasse dell'Agenzia delle Entrate Regolarità) o quadrimestrale (DURC).

- AUTOCERTIFICABILI

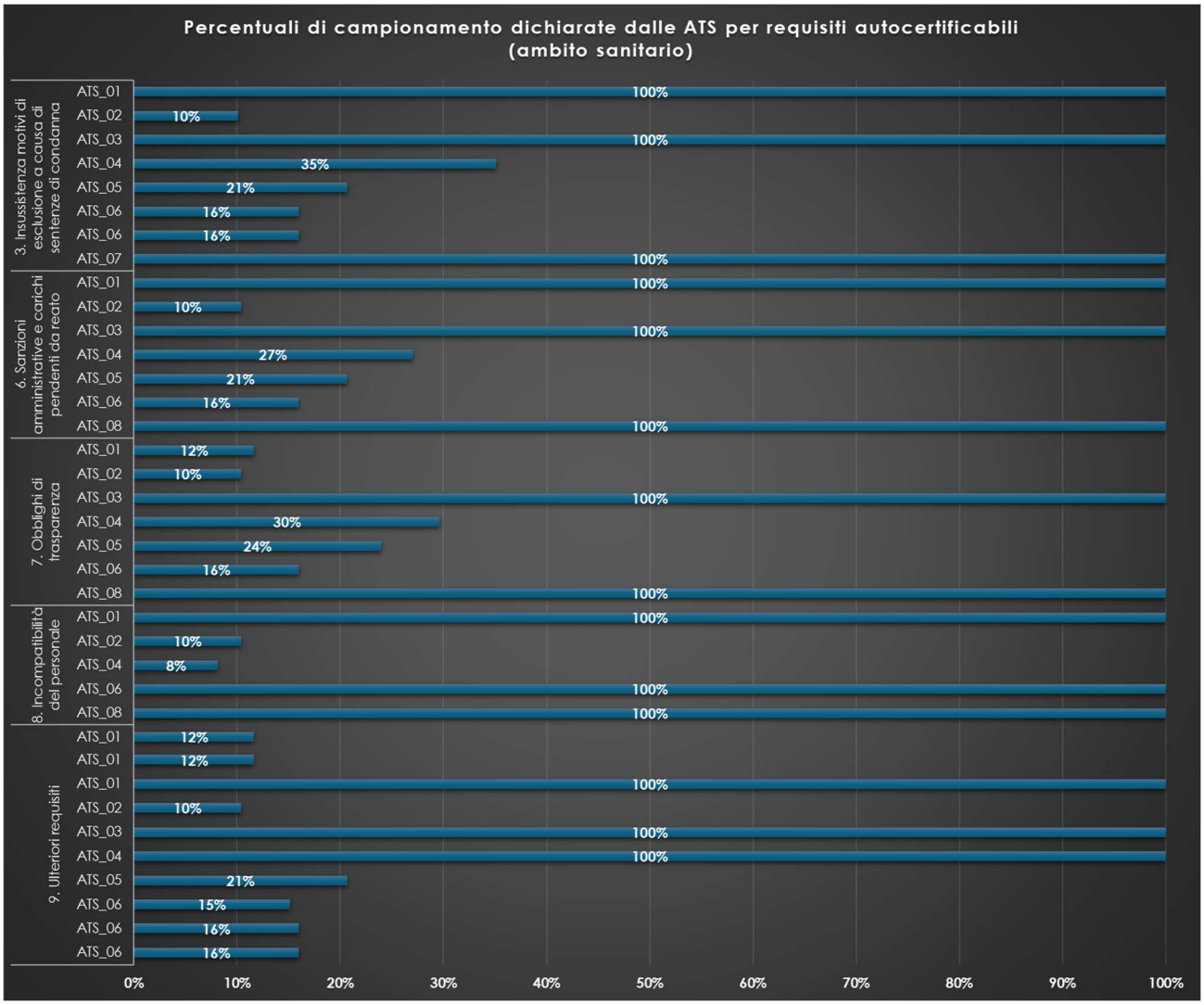
CAMPIONAMENTO

Dall'analisi condotta risulta che, laddove rappresentati, per tutti i requisiti autocertificabili individuati vengono programmati controlli campionari su documentazione a mezzo prova differente dall'autocertificazione[10], con percentuali di campionamento che variano dall'8% al 100%, così come dettagliate nel grafico seguente[11]. L'unica eccezione, non considerata in tale grafico, è costituita da una ATS che, per il controllo sull'incompatibilità del personale, fa riferimento alle sole dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà di rispetto della c.d. clausola pantouflage, e non dettaglia ulteriori controlli a campione che esulino dall''autocertificazione.
Tutte le ATS prevedono la modalità operativa da remoto per lo svolgimento dei controlli su tali requisiti.

[10] Si precisa che:
- laddove non esplicitato, si è considerata l'autocertificazione come pervenuta;
- laddove presente un riferimento esplicito a banche dati, interne o esterne, il controllo è stato considerato come programmato su documentazione differente dall'autocertificazione.

[11] In merito al requisito 3, una ATS presenta due percentuali, una con riferimento al DURC e l'altra con riferimento all'Attestazione dell'Agenzia delle Entrate; per quanto riguarda gli ulteriori requisiti, ciascuna ATS può aver eseguito più verifiche nell'ambito del medesimo requisito.

Grafico 26.



DESTINATARI

Laddove i destinatari sono indicati, tali controlli riguardano tutti gli erogatori, eccezion fatta per gli obblighi di trasparenza, per cui cinque ATS prevedono che le verifiche vengano eseguite sugli erogatori privati con bilancio >500.000€. Una ATS non esplicita i destinatari soggetti a verifica per nessun requisito.

STATO AVANZAMENTO

Si rilevano delle possibili inesattezze nella rappresentazione dello stato di avanzamento al 30/06 per:

- requisito 3 (Insussistenza di motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna), per il quale la frequenza dei controlli previsti non è annuale (cfr. Tabella 1b): due ATS dichiarano infatti conclusa al 30/06/2024 tale attività di verifica, nonostante entrambi i mezzi di prova previsti (Certificato del casellario giudiziale e Certificato dei carichi pendenti) abbiano validità semestrale; una ATS la dichiara conclusa solo per quanto riguarda il certificato dei carichi pendenti;

- requisito 6 (Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato): tre ATS dichiarano conclusa l'attività, benché il Certificato dell'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e il Certificato del casellario giudiziale abbiano entrambi validità semestrale.

Focus Requisiti Sociosanitari

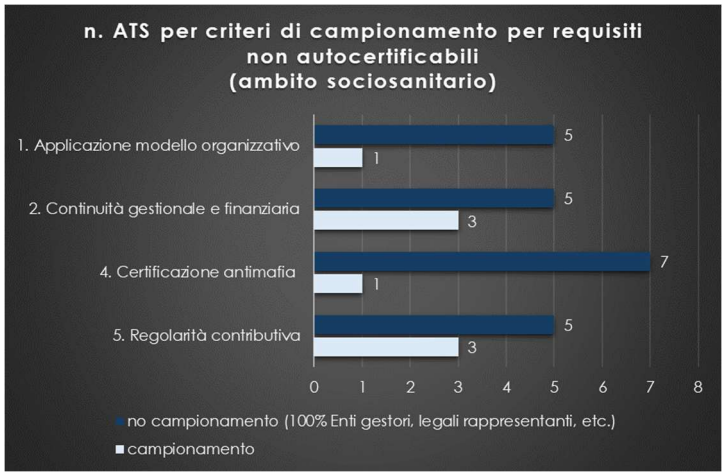
- NON AUTOCERTIFICABILI

Come evidenziato più sopra (cfr. Grafici 3 e 4), la programmazione di tutti i quattro requisiti non autocertificabili risulta rappresentata da tutte le ATS, ad eccezione del controllo sull'Applicazione del modello organizzativo, che due ATS non rappresentano in programmazione.
Una ATS rappresenta in programmazione un controllo aggiuntivo relativo all'art. 2, comma 5 dello schema contratto tipo (verifica in CCIAA di assenza codice della crisi, scioglimento, procedure concorsuali, cancellazione).
Una sola ATS dichiara che il controllo sul requisito 1 (Applicazione del modello organizzativo) è programmato sia in modalità da remoto che in loco, in occasione dei sopralluoghi di vigilanza.

CAMPIONAMENTO

I criteri di campionamento sono rappresentati nel grafico seguente; rispetto alla controparte sanitaria, sono più numerosi i casi in cui il controllo viene eseguito su un campione e non sulla totalità dei destinatari previsti; ciò potrebbe essere in parte imputabile al maggior numero di UdO sociosanitarie.
Per quanto riguarda il requisito 5 relativo alla Regolarità contributiva, quattro ATS esplicitamente suddividono tale controllo in controllo di regolarità contributiva, da effettuare tramite DURC, e controllo di regolarità pagamento imposte e tasse, da effettuare tramite attestazione dell'Agenzia delle Entrate[12]; di queste quattro ATS, una rappresenta una percentuale di campionamento del 100% per il DURC e del 10% circa per l'attestazione dell'Agenzia delle Entrate: essa è stata classificata nel grafico seguente in base all'opzione di campionamento più restrittiva.

Grafico 27.

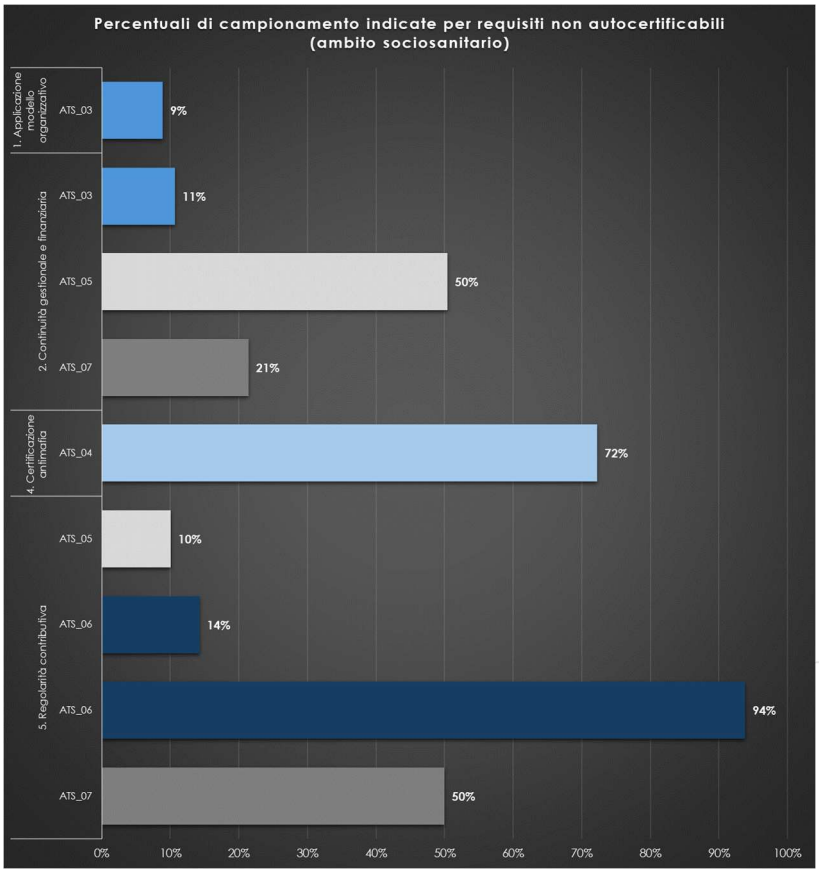


[12] Due ATS esplicitano il solo DURC come documento a mezzo prova di regolarità contributiva. Le rimanenti due ATS esplicitano entrambi i documenti a mezzo prova, ma presentano un unico record; in tali casi, le indicazioni relative a campione, destinatari, stato di avanzamento sono state considerate valide per entrambi i documenti a mezzo di prova.

Laddove il controllo sia campionario e non riguardi tutti i destinatari previsti, il campionamento è casuale, ad eccezione del requisito relativo alla Certificazione Antimafia, per il quale l'unica ATS che esegue il controllo sul 72% circa degli enti gestori sociosanitari con contratto superiore a 150.000 € prevede un campionamento a rotazione.

Nel grafico seguente si dà evidenza delle percentuali di campionamento (diverse dal 100%) indicate in programmazione dalle ATS, per ciascun requisito.

Grafico 28.



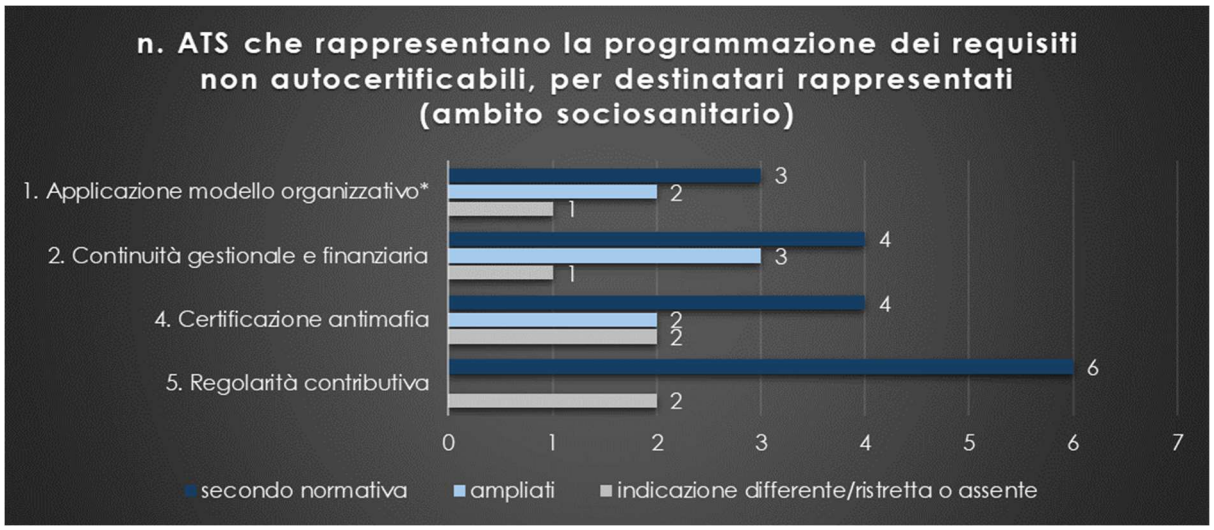
DESTINATARI

Laddove i destinatari sono indicati, tali controlli riguardano tutti gli erogatori, eccezion fatta per gli obblighi di trasparenza, per cui cinque ATS prevedono che le verifiche vengano eseguite sugli erogatori privati con bilancio >500.000€. Una ATS non esplicita i destinatari soggetti a verifica per nessun requisito.

Come rappresentato nel grafico seguente, in taluni casi i destinatari dei controlli sono stati modificati rispetto a quanto normativamente previsto; un'unica ATS non esplicita mai i destinatari dei controlli nell'apposito campo previsto dal format[13].

[13] Talvolta, gli stessi sono deducibili da altri campi all'interno del medesimo format Excel.

Grafico 29.



STATO AVANZAMENTO

Per quanto concerne il requisito 5, per il quale la frequenza dei controlli previsti non è annuale (cfr. Tabella 1a), si rilevano delle possibili inesattezze nella rappresentazione dello stato di avanzamento al 30/06: tre ATS dichiarano infatti conclusa, parzialmente[14] o totalmente, al 30/06/2024 tale attività di verifica relativa alla Regolarità contributiva, benché a cadenza semestrale (Attestazione regolarità del pagamento di imposte e tasse dell'Agenzia delle Entrate Regolarità) o quadrimestrale (DURC).

- AUTOCERTIFICABILI

Tutti i controlli sono programmati per essere svolti da remoto; un'unica ATS indica la modalità in loco per controlli sull'incompatibilità del personale.

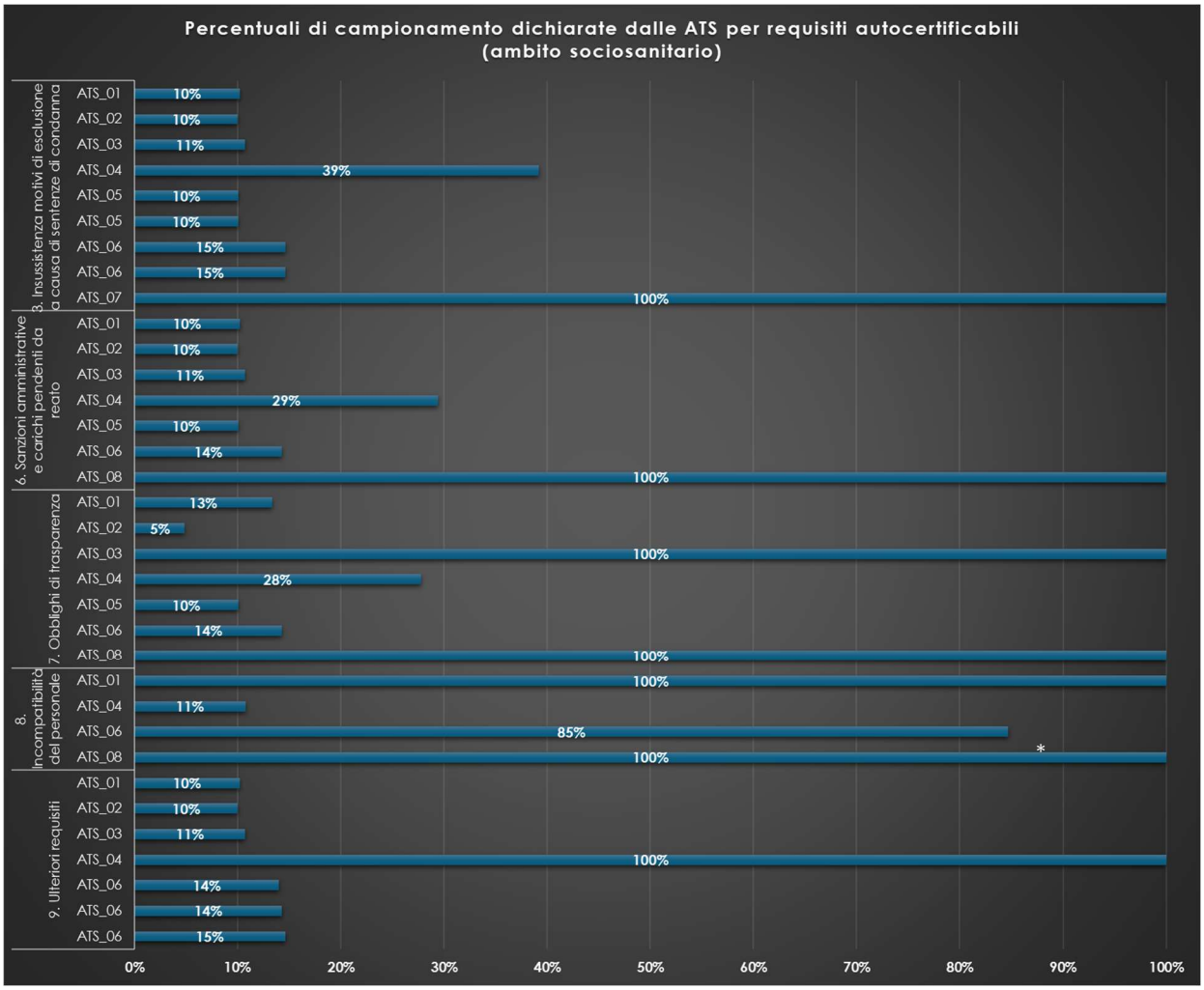
CAMPIONAMENTO

Dall'analisi condotta risulta che, laddove programmati, per tutti i requisiti autocertificabili individuati vengono indicati controlli campionari su documentazione a mezzo prova differente dall'autocertificazione[15], con percentuali di campionamento che variano dal 5% al 100%, così come dettagliate nel grafico seguente[16]; solo due sono le eccezioni, non considerate nel grafico sottostante, ed entrambe riguardano il controllo sull'incompatibilità del personale: una ATS fa riferimento alle sole dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà di rispetto della c.d. clausola pantouflage, e non dettaglia ulteriori controlli a campione; un'altra ATS specifica la programmazione di un'attività di invio di apposita comunicazione a un campione di Enti gestori privati relativamente a tale obbligo, sebbene tale attività non sia dettagliata.
Una ATS in particolare programma di eseguire il controllo sul 100% delle UdO previste per tre requisiti.

[14] Una ATS riporta due attività per la verifica del presente requisito, con due mezzi di prova differenti (DURC e Attestazione dell'Agenzia delle Entrate); nel primo caso, l'attività risulta in corso, nel secondo conclusa.
[15] Si precisa che:
- laddove non esplicitato, si è considerata l'autocertificazione come pervenuta;
- laddove presente un riferimento esplicito a banche dati, interne o esterne, il controllo è stato considerato come programmato su documentazione differente dall'autocertificazione.

[16] In merito al requisito 3, due ATS presentano due percentuali, una con riferimento al DURC e l'altra con riferimento all'Attestazione dell'Agenzia delle Entrate; per quanto riguarda gli ulteriori requisiti, ciascuna ATS può aver eseguito più controlli nell'ambito del medesimo requisito.

Grafico 30.



* in loco

DESTINATARI

Dalle indicazioni riportate relative ai destinatari, risulta che tali controlli coinvolgono tutti gli erogatori, eccezion fatta per gli obblighi di trasparenza, per i quali, come detto in precedenza, non vi è un procedimento preordinato di verifica.

STATO AVANZAMENTO

Si rilevano delle possibili inesattezze nella rappresentazione dello stato di avanzamento al 30/06 per quanto concerne:

- il requisito 3 (Insussistenza di motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna), per il quale la frequenza dei controlli previsti non è annuale (cfr. Tabella 1b): due ATS dichiarano conclusa al 30/06/2024 tale attività di verifica, nonostante entrambi i mezzi di prova previsti (Certificato del casellario giudiziale e Certificato dei carichi pendenti) abbiano validità semestrale;
- il requisito 6 (Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato): due ATS dichiarano conclusa l'attività, benché sia il Certificato dell'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato che il Certificato del casellario giudiziale abbiano validità semestrale.

CONCLUSIONI

Stante che, in passato, solo alcune ATS inserivano i requisiti di contrattualizzazione all'interno della programmazione annuale, a seguito dell'analisi condotta per l'anno 2024 ACSS giudica positivamente lo sforzo di programmare tali controlli nell'ambito della propria attività da parte di tutte le ATS, seppur con un diverso grado di completezza e dettaglio.

Per l'ambito sanitario, tutti i requisiti non autocertificabili risultano rappresentati nella programmazione di tutte le ATS; diversamente, tra i requisiti autocertificabili, due dei controlli meno presidiati risultano essere quello relativo all'incompatibilità del personale (requisito 8), per il quale la norma non fissa un procedimento di verifica standard e che richiede pertanto l'adozione di procedure interne, e quello relativo agli ulteriori requisiti, contenente una miscellanea di controlli.

Anche l'ambito sociosanitario risulta ben presidiato, seppur con qualche carenza in più rispetto alla controparte sanitaria per quanto concerne l'Applicazione del modello organizzativo (requisito non autocertificabile) e gli Ulteriori requisiti (autocertificabili).

L'attività di controllo sui requisiti non autocertificabili, per i quali è mandatorio che le ATS programmino controlli su tutti gli erogatori, viene perlopiù programmata su tutti i soggetti previsti (100%), in particolare per l'ambito sanitario.

Come atteso, per tutti i requisiti autocertificabili individuati vengono invece perlopiù indicati controlli campionari su documentazione a mezzo prova differente dall'autocertificazione, con percentuali di campionamento variabili.

In taluni casi sono state rilevate delle incongruenze tra rappresentazione dello stato di avanzamento (attività indicata come conclusa al 30/06) e validità temporale delle certificazioni (quadrimestrale, semestrale), sia per l'ambito sanitario che sociosanitario.

Si precisa che, nonostante alcune indicazioni e vincoli nella compilazione, l'analisi dei format Excel non sempre è risultata immediata; pertanto, le informazioni ivi contenute sono state talvolta oggetto di interpretazione da parte di ACSS.

2.5. OMOGENEIZZAZIONE SISTEMI DI CONTROLLO ATS

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC “Controlli Sanitari e Sociosanitari integrati”

RIFERIMENTI NORMATIVI

Art.11 c.4 lett.b) e lett.i) L.R. 33/2009 e s.m.i. “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”

SINTESI

Le ATS hanno, soprattutto nel periodo post-Covid, maturato modalità di controllo non sempre omogenee.

Si è ritenuto strategico lavorare su due distinti strumenti:

1. si è provveduto alla costituzione di due distinti tavoli, uno per il settore sanitario e uno per il settore sociosanitario, ai quali convocare i rappresentanti dei NOC e delle vigilanze per discutere del sistema dei controlli;
2. si è proceduto ad affiancare i NOC e le vigilanze in alcune delle loro attività di controllo per comprendere sul campo le loro modalità d’azione.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

A giugno si è attivato un percorso di confronto con le strutture di controllo delle ATS condividendo con i Direttori di Dipartimento PAAPSS (Programmazione, Accreditamento Acquisto Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie) la metodologia di lavoro consistente in incontri periodici per le due componenti sanitaria e sociosanitaria e la partecipazione di ACSS ad alcune visite di controllo presso le strutture erogatrici.

Si sono quindi attivati i due gruppi sanitario e sociosanitario che hanno proceduto parallelamente con i seguenti risultati.

GRUPPO SANITARIO

Si sono svolti 4 incontri del gruppo NOC ricoveri e ambulatoriale tra luglio e novembre (a dicembre si è interrotta l’attività per consentire il completamento della programmazione dei piani controlli delle singole ATS); tali incontri hanno condotto alla definizione di alcune indicazioni immediate e di alcune progettualità da sviluppare:

- azioni attivate nel 2024:

- definizione di un sistema di controlli per i flag 1,2,3 di cui alla DGR XII/1129/23 e s.m.i.. Nella DGR XII/3720/24 è stato formalmente previsto il controllo di tali prestazioni e la relativa percentuale, delegando ACSS alla formalizzazione delle istruzioni operative. Al momento della redazione della presente relazione tali istruzioni sono già predisposte, come previsto dagli indirizzi di programmazione, e sono ancora formalmente oggetto di confronto all’interno del gruppo NOC per le diverse problematiche emerse nella preparazione di tali controlli;
- partecipazione dei funzionari di ACSS a diverse visite dei NOC ricoveri relative all’appropriatezza e ad una visita per l’accreditamento di una struttura ambulatoriale; tali

visite hanno consentito un proficuo scambio di conoscenze e informazioni tra ACSS e i NOC delle ATS, scambi che hanno fortemente contribuito alle scelte degli argomenti di discussione nel gruppo di lavoro;

- progettazione di una formazione specifica per i funzionari che si occupano di controlli di appropriatezza sia in ATS sia in ASST/IRCCS. Una formazione straordinaria dall'evidenza che c'è stato un ricambio generazionale importante nei NOC, sia lato ricoveri che lato ambulatoriale; i nuovi professionisti NOC hanno potuto fruire solo di una formazione sul campo che, sicuramente, ha aumentato le differenze interpretative e nelle modalità di controllo tra ATS; un corso di formazione potrebbe consentire ai NOC di avere una solida base comune di conoscenze riducendo così le differenze tra le ATS. Il corso progettato è stato inserito nel Piano di Formazione di Polis, se ne prevede la realizzazione nel 2025;

- sono stati concordati orientamenti applicativi comuni relativamente alla qualità documentale e in particolare alla DGR IX/621/2010. La qualità documentale è diventata, nel tempo, elemento tra i più rilevanti per l'abbattimento delle SDO; si è deciso di intervenire su questo tema anche in ragione delle oggettive e numerose incongruenze tra la DGR IX/621/2010 e i successivi provvedimenti regionali e nazionali riguardanti la cartella clinica. A tal fine si è costituito specifico tavolo di lavoro composto da rappresentanti dei NOC di tutte le ATS che ha avuto come primo esito un documento approvato con Determinazione DG/ACSS n. 13 del 28 febbraio 2025;

- è stata prospettata la necessità di individuare una classificazione dei sub campioni relativi al codice unico di campionamento dei controlli di interesse locale (codice 8); tale codice comprende più dell'80% dei controlli mirati effettuati dalle singole ATS; tali controlli però non sono confrontabili avendo ciascuna ATS generato un proprio set di sub codici per rappresentare in modo dettagliato quali siano i ricoveri oggetto del controllo; anche per tale problematica si è deciso di costituire specifico tavolo tecnico con componenti NOC provenienti da tutte le ATS; tale lavoro sarà completato nel corso del 2025. Al fine di meglio comprendere tale argomento si mostrano due tabelle di esempio di sub codici 8 utilizzati da due ATS;

ATS 1

TIPO CAMP	DESCRIZIONE
8_1	Odontostomatologia
8_2	Procedure non eseguite
8_3	Madre nutrice
8_4_A	Mastectomia tariffa K
8_4_B	Linfonodo sentinella
8_4_C	Mastoplastica post k mammella
8_5	Neonato patologico
8_6	Artrodesi
8_7	DRG 407 e 408
8_8	DRG chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza
8_9	Subacuti
8_10	Parti cesarei
8_11	Tracheostomie
8_12	Chirurgia bariatrica
8_12A	Chirurgia bariatrica post e complicanze

TIPO CAMP	DESCRIZIONE
8_12B	Chirurgia plastica post bariatrica
8_13	Insufficienza respiratoria in DP
8_14	Chirurgia estetica
8_15	DRG ad alto costo
8_16	Stroke
8_17	IVG e aborto farmacologico
8_18	Endoprotesi
8_19	DRG chirurgici brevi
8_20	Chemioterapia
8_21_A	Shock settico
8_21_B	Setticemia
8_21_C	Sepsi
8_22	PMA
8_23	Procedure BIC
8_24	DH chirurgici
8_25	Ordinari chirurgici 1 - 2 gg
8_26	DRG non presenti nel piano controlli
8_27	Diagnosi di interesse locale
8_28	Rimozione profilattica d'organo
8_29	Simpatecomia
8_30	Biopsia endoscopica intestino tenue
8_31	DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza
8_32	DH medici
8_33	Varici esofagee
8_34	37.26 follow up paz. con ICD
8_35	Case-mix cardiologia
8_36	Parti complicati
8_37	Procedure di interesse locale
8_38	DRG medici brevi
8_39	Chirurgia toracica

ATS 2

TIPO CAMP	DESCRIZIONE
PC024_8_1	Procedure non eseguite
PC024_8_2	Chirurgici brevi
PC024_8_3	108 DRG chirurgici
PC024_8_4	Subacuti
PC024_8_5	Setticemia
PC024_8_6	Insufficienza respiratoria in DP
PC024_8_7	Chemioterapia
PC024_8_8	BIC
PC024_8_9	PMA
PC024_8_10	IVG e aborto farmacologico
PC024_8_11	Parti cesari
PC024_8_12	Parti complicati
PC024_8_13	Madre nutrice
PC024_8_14	Neonato patologico
PC024_8_15	Mastectomia tariffa K

TIPO CAMP	DESCRIZIONE
PC024_8_16	Linfonodo sentinella
PC024_8_17	Rimozione profilattica d'organo
PC024_8_18	Chirurgia bariatrica e post bariatrica/complicanze
PC024_8_19	Chirurgia plastica - estetica
PC024_8_20	86.22
PC024_8_21	Innesti cutanei
PC024_8_22	Artrodesi
PC024_8_23	Endoprotesi
PC024_8_24	Stroke
PC024_8_25	DRG ad alto costo

GRUPPO SOCIOSANITARIO

Si sono svolti 3 incontri del gruppo vigilanza sociosanitaria tra luglio e novembre (a dicembre si è interrotta l'attività per consentire il completamento della programmazione dei piani controlli delle singole ATS); tali incontri hanno condotto alla definizione di alcune indicazioni immediate e di alcune progettualità da sviluppare:

- azioni attivate nel 2024:

- partecipazione a diverse visite delle equipe di vigilanza sia relative all'appropriatezza che all'accreditamento; tali visite hanno consentito un proficuo scambio di conoscenze e informazioni tra ACSS e le vigilanze delle ATS, scambi che hanno fortemente contribuito alle scelte degli argomenti di discussione nel gruppo di lavoro;

- sono stati approfonditi gli aspetti relativi all'omogeneizzazione dei controlli e della valutazione delle attuali check list, in collaborazione con la DG Welfare e il gruppo regionale appositamente costituito, per supportare la DG Welfare nel processo di evoluzione della rete d'offerta anche attraverso la revisione e l'aggiornamento della normativa che regola l'esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e del settore della rete territoriale nonché la revisione degli indicatori di appropriatezza finalizzata alla promozione della qualità delle prestazioni, in modo che siano aggiornati e rispondenti ai bisogni individuali delle persone fragili, evidenziando come:

  - ✓ le modalità di controllo – appropriatezza e vigilanza – non sono omogenee in tutte la ATS (sia per quanto riguarda i sopralluoghi, che possono essere congiunti o disgiunti tra due equipe, sia per le modalità di espletamento dei controlli);
  - ✓ alcuni item delle attuali check list sono oggetto di diversa interpretazione e altri potrebbero essere diversamente collocati;
  - ✓ alcuni item dovrebbero essere oggetto di revisione e altri dovrebbero essere introdotti;
  - ✓ bisognerebbe utilizzare gli esiti rilevati durante le verifiche di appropriatezza per valutare una definizione dei percorsi all'interno delle UDO;
  - ✓ sarebbe opportuno affrontare il tema dell'omogeneizzazione suddividendolo per tipologia di UDO e scandagliando, per UDO, tutti gli aspetti: vigilanza, appropriatezza, dotazione quali quantitativa degli organici;

- la collaborazione con la DG Welfare e il gruppo di lavoro succitato ha condotto ad una prima proposta di revisione delle Check list di appropriatezza relative alla UDO UCPDOM (Unità Cure Palliative Domiciliari) e alla UDO Hospice; tali proposte sono ancora soggette a revisione da parte del tavolo appositamente costituito con rappresentanti delle vigilanze;
- un altro apposito tavolo di lavoro è stato costituito, dopo diverse sollecitazioni avvenute all'interno del gruppo di lavoro delle vigilanze, relativamente la revisione, in un'ottica di semplificazione, dei debiti informativi da ATS verso Regione e ACSS.

2.6. CONTROLLI IN AMBITO SANITARIO

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC “Controlli Sanitari e Sociosanitari integrati”

RIFERIMENTI NORMATIVI

Art.11 c.4 lett.b) e lett.i) L.R. 33/2009 e s.m.i. “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”

SINTESI

Nel 2024 si è proceduto alla consueta attività di verifica dei controlli delle ATS in ambito sanitario e si è condotta, in raccordo con la Direzione Generale Welfare, un’attività di coordinamento di un gruppo di lavoro multidisciplinare volto a meglio definire l’appropriatezza di codifica SDO in relazione all’evoluzione della letteratura scientifica e all’aggiornamento delle linee guida emesse dalle società scientifiche.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA DRG 104

La Direzione Generale Welfare con Decreto n. 14035 del 23 settembre 2024 ha istituito un apposito gruppo di lavoro tecnico, coordinato dall’Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo, a cui ha affidato l’obiettivo di definire i parametri e gli indicatori utili al controllo delle cartelle cliniche in merito all’impianto dei dispositivi di assistenza cardiaca tipo “pompa coassiale”.

Tale tavolo è nato dall’analisi dei dati che hanno dimostrato che la produzione di prestazioni di ricovero per impianto dei citati dispositivi presenta una tendenza meritevole di attenzione in riferimento ad una casistica diversificata e per la quale sono stati condotti approfondimenti, anche con l’ausilio di professionisti clinici esperti nel settore, nel merito delle caratteristiche dell’offerta.

Il gruppo di lavoro, costituito da clinici cardiologi, cardiochirurghi e anestesisti individuati all’interno delle rispettive reti clinico assistenziali attive presso la Direzione Generale Welfare e provenienti sia da erogatori pubblici che privati, dopo avere valutato le diverse ipotesi di utilizzo clinico del dispositivo, la letteratura e gli studi in materia, i lavori prodotti da altri gruppi regionali e i dati disponibili, ha identificato le fattispecie per la corretta rendicontazione dei relativi ricoveri.

Tale documento è stato rilasciato nei primi giorni di dicembre in tempo utile per essere inserito nella DGR contenente gli indirizzi di programmazione 2025 (appendice 4 “– DGR n. XII/3720/24): nell’adottare il documento la Giunta ha dato indicazione che, nello svolgere i controlli, la mancanza di aderenza ai requisiti espressi avrà come conseguenza la riattribuzione dell’evento di ricovero a differenti DRG a seconda della codifica esposta.

CONTROLLO PRESTAZIONI AMBULATORIALI

In linea generale i controlli in ambito ambulatoriale sono più automatizzati di quelli relativi all'area dei ricoveri. Il numero di prestazioni da controllare è talmente elevato che non consentirebbe una diversa tipologia di controllo. Bisogna anche rilevare come la numerosità, in termini di differenti tipologie di prestazioni è talmente elevata che non consente un'analisi dettagliata. In questa relazione ci si è spinti fino alla disciplina di appartenenza delle prestazioni controllate considerando questo aggregato significativo in termini di analisi dei controlli e dei relativi esiti.

In questo settore di controllo, non essendo presenti gli autocontrolli, la percentuale relativa a questa tipologia di campione aumenta in misura considerevole avvicinandosi alla quasi totalità dei controlli: è necessario valutare con i NOC ambulatoriali la possibilità di definire dei sub codici che tendano ad omogeneizzare il sistema anche in termini di analisi comparativa successiva.

Sono stati raggruppati i campioni per area omogenea per una facilità di confronto e lettura dei dati.

Nelle successive tabelle vengono messi a confronto sia in termini reali che percentuali i controlli sulle prestazioni ambulatoriali effettuati dalle singole ATS negli anni 2019 e 2024:

ATS	A		B		C		D		E		F		G		H		Totale complessivo	
Raggruppamento campione	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**
Codici non associabili	4.372	12.166		9.943	253	419					451	74	290	446		828	5.366	23.876
Controllo interesse locale	509.002	1.562.009	193.910	183.662	37.909	44.193	208.026	376.268	131.732	170.980	188.103	197.212	92.742	37.374	77.674	91.088	1.439.098	2.662.786
Dialisi	7.858	3.266							1.416	968	4	13	560				9.838	4.247
Laboratorio analisi	7.406	8.071	27		178	8		67	180	285	12.146	10.127	3.419	4.649	5.741	6.049	29.097	29.256
Prestazioni altro regime di ricovero	4.853	113			1.340		3.350	2.392	686	2.227	10.663	29.873	61.691	80.282	3.306	2.493	85.889	117.380
Radiologia	677	875			268	557	364		252	306	9.589	11.148	23.370	9.336	12.005	4.812	46.525	27.034
Totale complessivo	**534.168**	**1.586.500**	**193.937**	**193.605**	**39.948**	**45.177**	**211.740**	**378.727**	**134.266**	**174.766**	**220.956**	**248.447**	**182.072**	**132.087**	**98.726**	**105.270**	**1.615.813**	**2.864.579**

Nella tabella emerge chiaramente come il campione di interesse locale rappresenti la quasi totalità dei controlli; tale dato è ancora meglio visibile nella successiva tabella dedicata ai valori percentuali

ATS	A		B		C		D		E		F		G		H		Totale complessivo	
Raggruppamento campione	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**	**2019**	**2024**
Codici non associabili	0,82%	0,77%	0,00%	5,14%	0,63%	0,93%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,03%	0,16%	0,34%	0,00%	0,79%	0,33%	0,83%
Controllo interesse locale	95,29%	98,46%	99,99%	94,86%	94,90%	97,82%	98,25%	99,35%	98,11%	97,83%	85,13%	79,38%	50,94%	28,29%	78,68%	86,53%	89,06%	92,96%
Dialisi	1,47%	0,21%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,05%	0,55%	0,00%	0,01%	0,31%	0,00%	0,00%	0,00%	0,61%	0,15%
Laboratorio analisi	1,39%	0,51%	0,01%	0,00%	0,45%	0,02%	0,00%	0,02%	0,13%	0,16%	5,50%	4,08%	1,88%	3,52%	5,82%	5,75%	1,80%	1,02%
Prestazioni altro regime di ricovero	0,91%	0,01%	0,00%	0,00%	3,35%	0,00%	1,58%	0,63%	0,51%	1,27%	4,83%	12,02%	33,88%	60,78%	3,35%	2,37%	5,32%	4,10%
Radiologia	0,13%	0,06%	0,00%	0,00%	0,67%	1,23%	0,17%	0,00%	0,19%	0,18%	4,34%	4,49%	12,84%	7,07%	12,16%	4,57%	2,88%	0,94%
Totale complessivo	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**

Spicca in totale controtendenza il dato relativo all'ATS (G) che, nel 2024, ha dedicato al campione di interesse locale solo il 28,29% mentre tutte le ATS utilizzano il campione di interesse locale per percentuali superiori all'80% fino a più del 99% per l'ATS (d).

La distribuzione, tendenzialmente, è stata, nel tempo, sempre più orientata al campione di interesse locale, come avvenuto per i ricoveri; tale orientamento consente di controllare maggiormente le prestazioni più critiche sul territorio di competenza.

In termini di esiti si rilevano i seguenti dati per il 2024:

Esito	A	B	C	D	E	F	H	X	Totale complessivo
Raggruppamento campione	record confermato	record non confermato – valorizzazione già compresa in altra pratica	record non confermato – referto non recuperabile	record non confermato – ricetta non recuperabile	record non confermato – modificata prestazione e/o quantità	record non confermato – modifica regime di erogazione	record non confermato – con modifiche sulla posizione ticket e variazione della valorizzazione	record non confermato – con modifiche senza influenze sulla valorizzazione economica	
Codici non associabili	6.725	4	7.718	154	9.275				23.876
Controllo interesse locale	2.465.900	2.960	5.332	584	55.698	1.693	115.757	14.862	2.662.786
Dialisi	2.421		3		1.813			10	4.247
Laboratorio analisi	21.616		7		7.633				29.256
Prestazioni altro regime di ricovero	95.706	20.697	10	26	930	1		10	117.380
Radiologia	24.086		15	1	2.932				27.034
Totale complessivo	**2.616.454**	**23.661**	**13.085**	**765**	**78.281**	**1.694**	**115.757**	**14.882**	**2.864.579**

- Le prestazioni non confermate rappresentano in percentuale, come mostrato nella successiva tabella, meno del 10% dei record controllati con prevalenza di esito negativo relativo al codice esito F - record non confermato – modificata prestazione e/o quantità – che vale il 2,73%:

Esito	A	B	C	D	E	F	H	X	Totale complessivo
Raggruppamento campione	record confermato	record non confermato – valorizzazione già compresa in altra pratica	record non confermato – referto non recuperabile	record non confermato – ricetta non recuperabile	record non confermato – modificata prestazione e/o quantità	record non confermato – modifica regime di erogazione	record non confermato – con modifiche sulla posizione ticket e variazione della valorizzazione	record non confermato – con modifiche senza influenze sulla valorizzazione economica	
Codici non associabili	28,17%	0,02%	32,33%	0,64%	38,85%	0,00%	0,00%	0,00%	100%
Controllo interesse locale	92,61%	0,11%	0,20%	0,02%	2,09%	0,06%	4,35%	0,56%	100%
Dialisi	57,00%	0,00%	0,07%	0,00%	42,69%	0,00%	0,00%	0,24%	100%
Laboratorio analisi	73,89%	0,00%	0,02%	0,00%	26,09%	0,00%	0,00%	0,00%	100%
Prestazioni altro regime di ricovero	81,54%	17,63%	0,01%	0,02%	0,79%	0,00%	0,00%	0,01%	100%
Radiologia	89,10%	0,00%	0,06%	0,00%	10,85%	0,00%	0,00%	0,00%	100%
Totale complessivo	**91,34%**	**0,83%**	**0,46%**	**0,03%**	**2,73%**	**0,06%**	**4,04%**	**0,52%**	**100%**

Se in termini di valori numerici le prestazioni non confermate rappresentano l'8,66%, andiamo ad analizzare gli esiti in termini di valore nelle successive tabelle.

	A		B		C		D		E		F		H		X					
Esito	**record confermato**		**record non confermato – valorizzazione già compresa in altra pratica**		**record non confermato – referto non recuperabile**		**record non confermato – ricetta non recuperabile**		**record non confermato – modificata prestazione e/o quantità**		**record non confermato – modifica regime di erogazione**		**record non confermato – con modifiche sulla posizione ticket e variazione della valorizzazione**		**record non confermato – con modifiche senza influenze sulla valorizzazione economica**		**Totale**	
Raggruppamento campione	**Valore**	**Abbattimento**	**Valore**	**Abbattimento**	**Valore**	**Abbattimento**	**Valore**	**Abbattimento**	**Valore**	**Abbattimento**	**Valore**	**Abbattimento**	**Valore**	**Abbattimento**	**Valore**	**Abbattimento**	**Valore**	**Abbattimento**	**Valore**	**Abbattimento**
Codici non associabili	320.078	-	180	180	504.609	504.609	5.525	2.763	555.670	479.753									1.386.062	987.305
Controllo interesse locale	178.556.889	-	85.476	85.476	506.087	506.087	86.782	81.179	4.451.140	2.053.638	120.891	120.868	10.754.917	2.747.913	1.002.086	-	195.564.267	5.595.160		
Dialisi	3.466.570	-			1.860	1.860			44.366	12.206					7.392	-	3.520.189	14.066		
Laboratorio analisi	734.566	-			51	51			271.777	16.261							1.006.394	16.312		
Prestazioni altro regime di ricovero	6.305.592	-	1.058.004	1.058.004	932	932	587	337	145.795	18.494	9	9			2.904	-	7.513.821	1.077.776		
Radiologia	1.517.907	-			1.339	1.339	53	27	411.600	145.768							1.930.900	147.133		
Totale complessivo	**190.901.602**	**-**	**1.143.660**	**1.143.660**	**1.014.877**	**1.014.877**	**92.947**	**84.306**	**5.880.348**	**2.726.119**	**120.899**	**120.877**	**10.754.917**	**2.747.913**	**1.012.383**	**-**	**210.921.632**	**7.837.752**		

- In termini di valore economico gli abbattimenti rappresentano il 3,7% del campione controllato. La percentuale di prestazioni abbattute è sempre nettamente superiore alla percentuale del valore economico degli abbattimenti; ovvio che su tale considerazione pesa, non poco, il fatto che la percentuale di abbattimento della prestazione non sempre è pari al 100% come per i ricoveri.

- Un'ultima analisi riguarda le prime 15 discipline oggetto di controllo con i relativi abbattimenti dapprima complessivamente in regione e poi per singola ATS:

Disciplina	Totale		percentuale abbattimento
	Valore	Abbattimento	
OCULISTICA	54.220.642	559.990	1,03%
LABORATORIO ANALISI	40.362.067	2.035.416	5,04%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	22.981.498	309.262	1,35%
RADIOLOGIA	15.474.029	1.253.010	8,10%
CARDIOLOGIA	10.543.178	419.569	3,98%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7.448.776	268.570	3,61%
EMODIALISI	6.667.914	284.593	4,27%
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	6.650.024	284.614	4,28%
CHIRURGIA VASCOLARE	6.504.314	77.008	1,18%
NEFROLOGIA	4.631.604	178.687	3,86%
MALATTIE ENDOCRINE,DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	3.214.874	76.000	2,36%
MEDICINA GENERALE	3.043.634	215.667	7,09%
RADIOTERAPIA	2.579.157	93.605	3,63%
UROLOGIA	2.511.382	92.713	3,69%
NEUROLOGIA	2.011.788	125.438	6,24%
ALTRO	22.076.753	1.563.609	7,08%
Totale complessivo	**210.921.632**	**7.837.752**	**3,72%**

Si evidenziano come discipline con percentuali di abbattimento ampiamente sopra la media regionale, quelle evidenziate nella tabella in verde, che sono: Radiologia, Medicina generale e Neurologia.

ATS	a		b		c		d		e		f		g		h	
Disciplina	Valore	Abbattimento	Valore	Abbattimento	Valore	Abbattimento	Valore	Abbattimento	Valore	Abbattimento	Valore	Abbattimento	Valore	Abbattimento	Valore	Abbattimento
OCULISTICA	44.834.616	252.603	3.954.842	235.422	76.684	1.856	2.155.553	15.593	970.273	6.889	300.855	30.694	285.755	4.849	1.642.064	12.084
LABORATORIO ANALISI	17.053.458	1.317.668	611.276	155.438	435.873	3.902	8.986.350	34.803	2.683.513	45.466	5.926.417	259.563	2.719.839	174.496	1.945.342	44.080
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	17.287.799	165.695	13.955	10.968	1.948	-	126.576	2.093	2.289.295	80.292	1.417.735	24.064	74.845	5.345	1.769.345	20.805
RADIOLOGIA	3.771.026	682.312	895.437	180.634	2.568.773	34.602	89.478	11.673	3.278.226	58.071	2.071.351	203.580	1.438.180	30.439	1.361.558	51.699
CARDIOLOGIA	7.724.625	280.426	852.122	48.799	24.135	-	305.051	8.637	286.640	6.897	896.566	43.823	178.580	5.700	275.458	25.288
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6.152.582	187.623	8.661	8.000	56.086	689	3.996	1.191	244.787	4.820	395.610	56.945	339.406	1.612	247.648	7.689
EMODIALISI	3.490.067	71.061	223.609	157.186	931.158	-			975.455	4.714	58.421	16.691	459.968	10.659	529.235	24.281
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	1.622.127	94.623	40.824	37.387	56	-	137.921	4.810	1.024.396	22.238	1.088.048	3.910	624.584	4.617	2.112.066	117.030
CHIRURGIA VASCOLARE	5.194.788	66.629	4.588	4.072	21.866	-	172.132	2.292	448.288	212	122.508	331	37.529	1.127	502.614	2.345
NEFROLOGIA	1.945.991	153.304	26.244	15.380	1.655.026	-	91.448	2.576	32.451	120	15.612	2.385	622.833	1.479	241.998	3.444
MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	2.846.029	62.532	5.997	5.905	83.818	225	2.561	193	82.459	1.073	144.643	4.691	41.912	1.167	7.455	214
MEDICINA GENERALE	2.030.644	159.995	19.777	19.663	13.912	-	3.886	507	374.413	1.013	227.023	9.371	120.724	1.555	253.256	23.562
RADIOTERAPIA	714.075	9.535	38.192	38.169			20.040	20.040	1.110.816	23	9.554	9.241	456.199	16.217	230.281	381
UROLOGIA	1.799.672	73.110	5.568	4.882	6.706	-	25.481	591	306.127	2.969	211.142	6.349	32.924	2.338	123.762	2.475
NEUROLOGIA	748.112	76.732	5.955	5.241	8.411	-	8.626	1.546	108.130	4.446	581.083	23.655	47.460	2.121	504.010	11.698
ALTRO	11.367.226	883.136	143.623	132.264	174.025	4.601	540.690	40.868	3.133.856	66.040	3.968.230	303.243	1.004.011	34.554	1.745.092	98.902
Totale complessivo	128.582.839	4.536.983	6.850.668	1.059.409	6.058.477	45.875	12.669.790	147.414	17.349.125	305.283	17.434.798	998.535	8.484.751	298.275	13.491.184	445.976
Percentuale abbattmento		3.53%		15.46%		0.76%		1.16%		1.76%		5.73%		3.52%		3.31%

Dalla tabella sopra riportata si può verificare la variabilità degli abbattimenti per singola ATS che vanno da uno 0,76% fino al 15,46%.

Dall'analisi complessiva dei controlli si può dedurre che:

- Il sistema dei controlli ambulatoriali si muove sempre più verso un controllo automatizzato che consente, come è avvenuto per un'ATS, un incremento sostanziale nel numero di prestazioni controllate; tale modalità potrebbe generare due scenari diametralmente opposti: da un lato uno scenario di soli controlli formali su un numero molto più grande di prestazioni e, dall'altro lato, l'automazione consente di liberare risorse per i controlli di appropriatezza più raffinati;
- Bisogna lavorare nella direzione di uniformare i codici campione e dettagliare meglio il codice di interesse locale;
- Il sistema, per certo, richiede un percorso di omogeneizzazione cui le stesse ATS ambiscono: il percorso di omogeneizzazione che si deve realizzare, oltre che attraverso il confronto dei loro dati di controllo, anche, e soprattutto, attraverso orientamenti applicativi condivisi e comuni. In tale ambito è fondamentale il ruolo di ACSS.

2.7. CONTROLLI IN AMBITO SOCIOSANITARIO

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC “Controlli Sanitari e Sociosanitari integrati”

RIFERIMENTI NORMATIVI

Art.11 c.4 lett.b) e lett.i) L.R. 33/2009 e s.m.i. “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”

SINTESI

Il lavoro in ambito sociosanitario si è rivelato particolarmente complesso in quanto la disponibilità delle informazioni è meno dettagliata e più frastagliata rispetto all’ambito sanitario, stante la numerosità delle Unità Di Offerta e la variabilità dei relativi flussi

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

I dati attualmente in possesso di ACSS consentono, sia in termini prospettici sia in termini puntuali, solo un’analisi complessiva sul numero delle UDO presenti e sui controlli effettuati.

Tali dati sono presentati nelle successive tabelle di confronto tra gli anni 2022-2023-2024 per i controlli di vigilanza e quelli di appropriatezza.

Tabella controlli vigilanza

		Vigilanza		
Tipologia UDO	Anno	Numero UDO	N. controlli eseguiti	percentuale
CDD	2022	263	87	33,08%
	2023	270	93	34,44%
	2024	268	100	37,31%
CDI	2022	316	98	31,01%
	2023	312	105	33,65%
	2024	300	106	35,33%
CF	2022	253	73	28,85%
	2023	252	82	32,54%
	2024	238	77	32,35%
CSS	2022	184	79	42,93%
	2023	182	70	38,46%
	2024	177	68	38,42%
DIP-BIA	2022	33	14	42,42%
	2023	34	15	44,12%
	2024	35	13	37,14%
DIP-COM	2022	136	46	33,82%
	2023	136	42	30,88%
	2024	136	44	32,35%
HOSPICE	2022	55	38	69,09%
	2023	55	29	52,73%
	2024	42	13	30,95%
RSA	2022	716	291	40,64%
	2023	717	310	43,24%

		Vigilanza		
Tipologia UDO	Anno	Numero UDO	N. controlli eseguiti	percentuale
	2024	725	246	33,93%
RSD	2022	102	33	32,35%
	2023	103	36	34,95%
	2024	105	35	33,33%
SERD/SMI	2022	86	21	24,42%
	2023	85	32	37,65%
	2024	88	30	34,09%

Tabella controlli appropriatezza

		Appropriatezza			
Tipologia UDO	Anno	Numero UDO	Numero Pazienti AP	Numero FASAS controllati	Percentuale
CDD	2022	263	1727	313	18,12%
	2023	270	1734	333	19,20%
	2024	267	3557	386	10,85%
CDI	2022	316	1631	423	25,94%
	2023	312	2649	520	19,63%
	2024	300	5019	580	11,56%
CF	2022	253	56873	2068	3,64%
	2023	252	85298	2498	2,93%
	2024	232	189212	2582	1,36%
CSS	2022	184	499	205	41,08%
	2023	182	416	193	46,39%
	2024	177	882	242	27,44%
DIP-BIA	2022	33	63	23	36,51%
	2023	34	89	38	42,70%
	2024	35	157	46	29,30%
DIP-COM	2022	136	1874	322	17,18%
	2023	136	1634	278	17,01%
	2024	136	2877	300	10,43%
RSA	2022	716	16011	2686	16,78%
	2023	717	25308	3844	15,19%
	2024	725	47942	4098	8,55%
RSD	2022	102	1207	180	14,91%
	2023	103	1328	220	16,57%
	2024	104	2381	220	9,24%
SERD/SMI	2022	86	7342	293	3,99%
	2023	85	11291	471	4,17%
	2024	87	26187	621	2,37%

Dall'analisi dei dati si evidenzia come le percentuali di controllo previste siano state rispettate.

La consapevolezza che tale analisi non è sufficiente per aiutare ACSS nel suo compito di coordinamento e omogeneizzazione dei controlli ha condotto alla definizione di un nuovo flusso anonimizzato con le ATS che consente di collegare il dato della produzione delle diverse UDO sociosanitarie, con il dato puntuale relativo ai controlli di appropriatezza effettuati e i relativi esiti.

Tale nuovo flusso è attivo da gennaio 2025 e dovrebbe consentire una analisi e un confronto a partire dai dati dei controlli di appropriatezza per l'anno 2025 anche e soprattutto tra le 8 ATS.

Il nuovo flusso e la partecipazione di ACSS, attraverso il lavoro del gruppo sociosanitario costituito, alla revisione e/o definizione di tutte le check list di appropriatezza delle UDO sociosanitarie, percorso avviato da Regione Lombardia, consentirà nei prossimi anni di suggerire e proporre nuove modalità di controllo anche in ragione delle criticità oggettive rilevate dai flussi informativi.

Dall'analisi complessiva dei controlli nell'ambito sociosanitario si può dedurre che:

- Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario è in una fase di profonda revisione che coinvolge tutte le UDO sociosanitarie e trova in ACSS un soggetto attivo di questo processo;
- Il sistema dei controlli sociosanitari deve riuscire a migliorare, anche semplificando, i propri flussi e debiti informativi rendendoli confrontabili e analizzabili; a tal fine è in corso una collaborazione con UO Polo Territoriale della DGW per definire tali nuovi debiti;
- Il sistema deve rafforzare il suo ruolo di controllore della qualità assistenziale, in considerazione della particolare fragilità dei soggetti assistiti.

3. FUNZIONI NON TARIFFATE

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC “Appropriatezza gestionale e organizzativa”

RIFERIMENTI NORMATIVI

Art.11 c.4 lett. e) L.R. 33/2009 e s.m.i. “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”.

SINTESI

Recependo, in parte, le raccomandazioni, i suggerimenti e le proposte formulate da ACSS nelle relazioni in materia, con DGR XI/2014/19 la Giunta Regionale ha avviato un percorso di progressiva modifica del processo di assegnazione delle funzioni non tariffabili nella sua interezza e ha altresì impegnato le strutture compenti della DG Welfare a programmare con i competenti uffici della ACSS una attività di verifica periodica sulla implementazione del nuovo sistema delle funzioni non tariffabili.

A causa dell’emergenza legata all’infezione COVID 19, l’impianto di finanziamento introdotto dalla DGR XI/2014/19 ha mantenuto la sua validità tra il 2019 e il 2023.

La differenza tra stanziato e distribuito è risultata inferiore nel 2022 e nel 2023, anni in cui alcune fra le funzioni hanno subito delle ricalibrazioni negli importi massimi stanziati.

Regione Lombardia con la DGR n. XII/2854/24 ha espunto dal novero delle Funzioni Non Tariffate alcune funzioni la cui validità era stata oggetto di osservazioni sia da parte di ACSS che da parte del Ministero.

In particolare, sono state tolte le funzioni relative a:

- Controlli File F;
- Anziani in acuzie;
- Formazione del personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario

introducendone tre nuove e modificando gli importi massimi stanziati per alcune funzioni a partire dall’esercizio 2024.

Ribadendo la piena disponibilità a collaborare con DG Welfare nell’ambito delle proprie attribuzioni, coerentemente con il disposto normativo, ACSS procederà inoltre a valutare “la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione della remunerazione delle funzioni non tariffabili” ed eventualmente “proporre ulteriori indicatori alla Giunta regionale”.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Introduzione

Tabella 1. Importi stanziati per singola funzione non tariffata (anni 2019-2023).

FUNZIONE_2019_2023	2019_2021	2022	2023
FUNZIONAMENTO DELLA RETE DI EMERGENZA URGENZA OSPEDALIERA	235	235	250
STROKE UNIT E NEURORADIOLOGIA INTERVENTISTICA NELLA GESTIONE DELL'ICTUS	15	15	15
STANDARD AGGIUNTIVI PREVISTI PER IL SISTEMA INTEGRATO PER L'ASSISTENZA AL TRAUMA	40	40	40
STANDARD AGGIUNTIVI PREVISTI PER LA RETE PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI CON INFARTO CON SOPRA-SLIVELLAMENTO DEL TRATTO ST (STEMI)	25	25	25
DISPONIBILITÀ POSTI ECMO	10	10	2,5
RETE STEN, CULLE NEONATALI IN PRONTA DISPONIBILITÀ, SCREENING NEONATALE	8	8	9
CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALE NELL'AREA DELL'EMERGENZA URGENZA	4,5	4,5	4,5
MINORI IN ACUZIE	20	20	20
ANZIANI IN ACUZIE	100	70	75
CENTRI DI RILIEVO REGIONALE	19	19	14,5
COMPLESSITÀ DI GESTIONE DEL FILE F	21	21	18
COSTO DELLA GESTIONE MONITORAGGIO DEI PAZIENTI IN CARICO PER ASSUNZIONE FARMACI HIV	8	8	6
UNITÀ OPERATIVE OSPEDALIERE DI MEDICINA DEL LAVORO (U.O.O.M.L.)	3,5	3,5	3,5
PRELIEVO DI ORGANI E TESSUTI - ALTRE ATTIVITÀ CONNESSE AL TRAPIANTO D'ORGANI	15	25	19
RICERCA CORRENTE NEGLI IRCSS	73	73	73
FORMAZIONE PERSONALE INFERMIERISTICO, DELLA RIABILITAZIONE E TECNICO SANITARIO	25	25	25
RETE D'OFFERTA SPECIALISTICA EXTRAOSPEDALIERA ASST	25	33	30
RETE DELLA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE ASST	30	30	33
INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO DEI PERCORSI RELATIVI ALLA GESTIONE DEL DISAGIO MENTALE ASST	60	60	60
ATTIVITÀ CONSULTORIALI GARANTITE DAL POLO TERRITORIALE DELLE ASST	20	22	25
RETE DEI CENTRI VACCINALI ASST	30	40	40
SANITÀ PENITENZIARIA DI COMPETENZA ASST	14,5	14,5	14,5
OBIETTIVI PREVISTI DAL PIANO REGIONALE TRIENNALE INTEGRATO DELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA	16	16	15
	817,5	**817,5**	**817,5**

Recependo, in parte, le raccomandazioni, i suggerimenti e le proposte formulate da ACSS nelle relazioni in materia, la Giunta Regionale si è impegnata con la DGR XI/1046/18 ad una modifica nell'impianto dell'istituto e, in attuazione all'impegno assunto, con DGR XI/2014/19 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" e la contestuale istituzione di 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 ACSS, 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 ha mantenuto la sua validità tra il 2019 e il 2023.
Con DGR N. XII/2234/24, atto di chiusura contabile per l'anno 2023, la Giunta Regionale, nel confermare la necessità di implementare un nuovo sistema delle funzioni non tariffate, ha rinnovato la volontà di avviare una collaborazione con ACSS per attività di verifica periodica sull'implementazione del nuovo sistema delle funzioni non tariffabili improntato sulla costruzione dei costi di produzione standard.
Successivamente, nel luglio 2024, con DGR. N. XII/2854/24 la Giunta ha formalizzato l'elenco delle attività che saranno finanziate introducendo alcune modifiche sia rispetto alle tipologie di attività che rispetto agli importi massimi assegnati a ciascuna di esse.

Di seguito si rappresenta in modo sintetico una analisi dell'andamento dell'istituto nel ciclo quinquennale appena conclusosi; successivamente si fornisce una breve disamina sull'evoluzione dell'istituto prevista a decorrere dall'esercizio 2024.

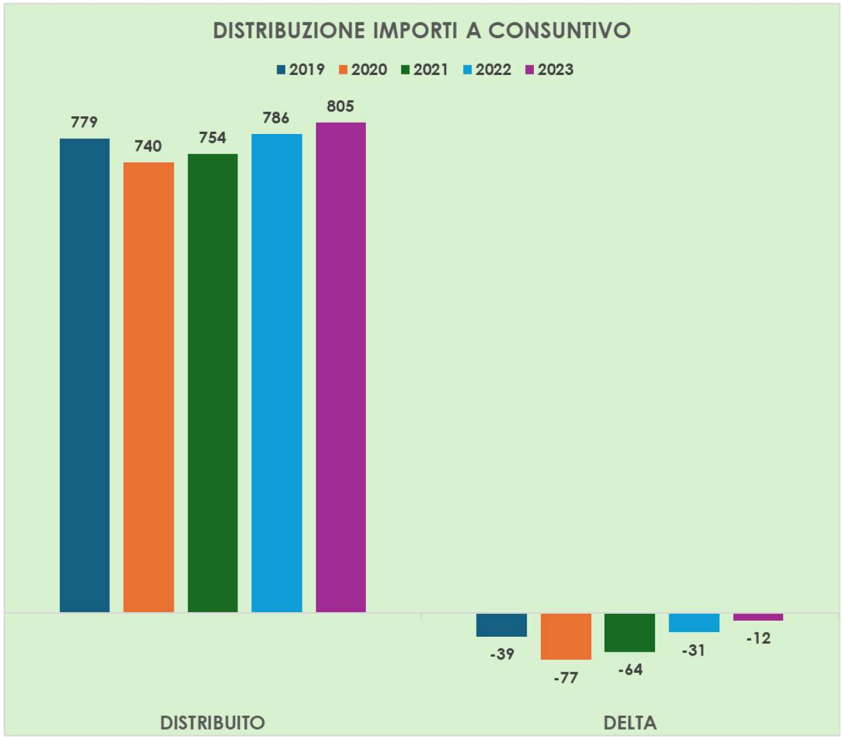
Andamento 2019-2023

Durante l'intero periodo analizzato sono stati stanziati annualmente 817,5 milioni di euro per ventitré funzioni non tariffabili, così suddivisi:

- fino a 702 mln per le strutture erogatrici pubbliche;
- fino a 115.5 mln per le strutture erogatrici private.

Si precisa che la dizione "fino a" sta ad indicare che l'importo riferito a ciascun comparto rappresenta un tetto massimo non superabile che, in quanto tale, qualora lo sviluppo degli algoritmi attesti valori inferiori da erogare alle strutture beneficiarie, non impegna la Regione all'utilizzo delle risorse residue.
Anche per quanto attiene lo stanziato sulla singola funzione, viene indicato un valore rappresentativo del tetto massimo di spesa che, come evidenziato in Tabella 1, è rimasto invariato nel triennio 2019-2021. Per le annualità 2022 e 2023, alcune fra le funzioni hanno subito delle variazioni negli importi massimi.
Stante che la modalità di calcolo prevede che in sede di determinazione degli importi spettanti a consuntivo, qualora l'applicazione degli algoritmi esiti in un importo complessivo superiore al valore indicato come tetto massimo si proceda ad un taglio lineare sugli importi individuali o al contrario ad un risparmio di sistema, l'intervento di ricalibrazione degli stanziamenti non può che essere valutato positivamente.

Grafico 1. Importi distribuiti e differenza tra stanziato e distribuito (2019-2023).

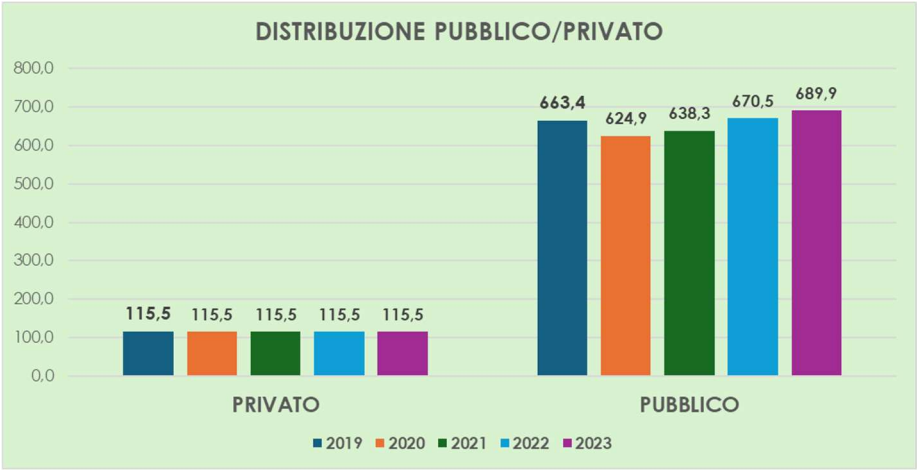


A fronte delle osservazioni sulle cifre stanziate in fase programmatoria si rileva che, a consuntivo, la cifra complessivamente stanziata non è stata, in nessun anno, distribuita integralmente, generando dei delta che raggiungono il massimo negli anni interessati dalla pandemia.

Si precisa che, diversamente dalla regola generale che prevede che, in caso di mancata distribuzione delle cifre, queste vadano a risparmio di sistema, per le annualità interessate dalla pandemia con DD.GG.RR. 5882/2022 e 7045/2022, i circa 77 mln di euro di differenza tra l'importo stanziato e quello distribuito per l'anno 2020 (e i circa 64 mln di euro per l'anno 2021) sono stati successivamente stanziati a copertura di una FNT straordinaria (9 bis) relativa ai costi di attesa dei posti letto COVID non occupati.

Si rappresenta di seguito il dettaglio degli importi distribuiti tra enti pubblici e privati accreditati.

Grafico 2. Importi distribuiti per pubblico e privato (2019-2023).



ACSS aveva già formulato alcune osservazioni relative al procedimento di determinazione degli importi da assegnare ai beneficiari[17] , con particolare riferimento all'applicazione degli abbattimenti di massimo incremento e di sistema.
La proposta di modifica di processo ivi formulata, se adottata, aiuterebbe a semplificare e a garantire una maggiore tracciabilità delle azioni condotte, nonché una possibile migliore allocazione delle risorse tra funzioni.

Funzioni per area

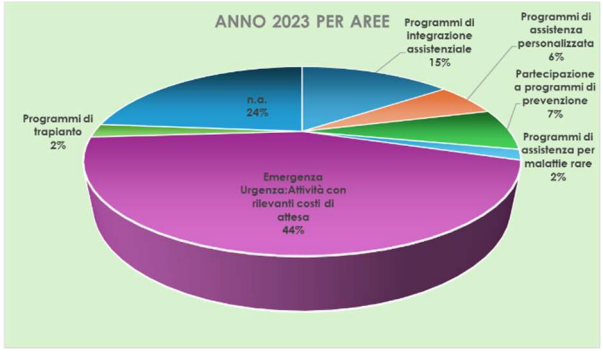
Analizzando il razionale di ciascuna funzione erogata nel quinquennio in esame, valutandone la coerenza con il perimetro normativo identificato dall'art.8- sexies del D.lgs. 502/92, le funzioni vengono così allocate:

Tabella 2. Raggruppamento delle Funzioni Non Tariffate per area.

AREA	FNT
Programmi di integrazione assistenziale	Attività consultoriali garantite dal polo territoriale delle ASST
	Costo della gestione monitoraggio dei pazienti in carico per assunzione farmaci HIV
	Integrazione ospedale territorio dei percorsi relativi alla gestione del disagio mentale ASST
	Rete d'offerta specialistica extraospedaliera ASST
Programmi di assistenza personalizzata	Rete della Neuropsichiatria infantile territoriale ASST
	Sanità penitenziaria di competenza ASST
Partecipazione a programmi di prevenzione	Obiettivi previsti dal Piano Regionale integrato della sanità pubblica Veterinaria
	Rete dei Centri vaccinali ASST
	Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro(UOOML)
Programmi di assistenza per malattie rare	Centri di rilievo regionale
Emergenza Urgenza:Attività con rilevanti costi di attesa	Centri di riferimento regionali nell'area dell'emergenza urgenza
	Disponibilità posti ECMO
	Funzionamento della rete di emergenza urgenza ospedaliera
	Minori in Acuzie
	Rete STEN, Culle neonatali in pronta disponibilità, screening neonatale
	Standard Aggiuntivi previsti per il Sistema integrato per l'assistenza al trauma
	Standard Aggiuntivi previsti per la Rete per il trattamento dei pazienti con infarto con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI)
	Stroke Unit e Neuroradiologia Interventistica nella gestione dell'Ictus
Programmi di trapianto	Prelievo di organi e tessuti - Altre attività connesse al trapianto d'organi
n.a.	Attività di Ricerca degli IRCSS
	Anziani in Acuzie
	Complessità di gestione del file F
	Formazione personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario

Stante quanto precedentemente detto, in merito alla sostanziale stabilità nel finanziamento delle funzioni, di seguito si rappresenta la distribuzione per l'anno 2023 fra le aree (Grafico 3) e successivamente quella per ciascuna area tra pubblico e privato (Grafico 4).

Grafico 3. Importi distribuiti per area (valori percentuali; anno 2023).



[17] Det. ACSS n. 59 del 27/07/2018: "Relazione Funzioni Non Tariffate Anno 2016"

Grafico 4. Distribuzione risorse tra pubblico e privato entro area (anno 2023).

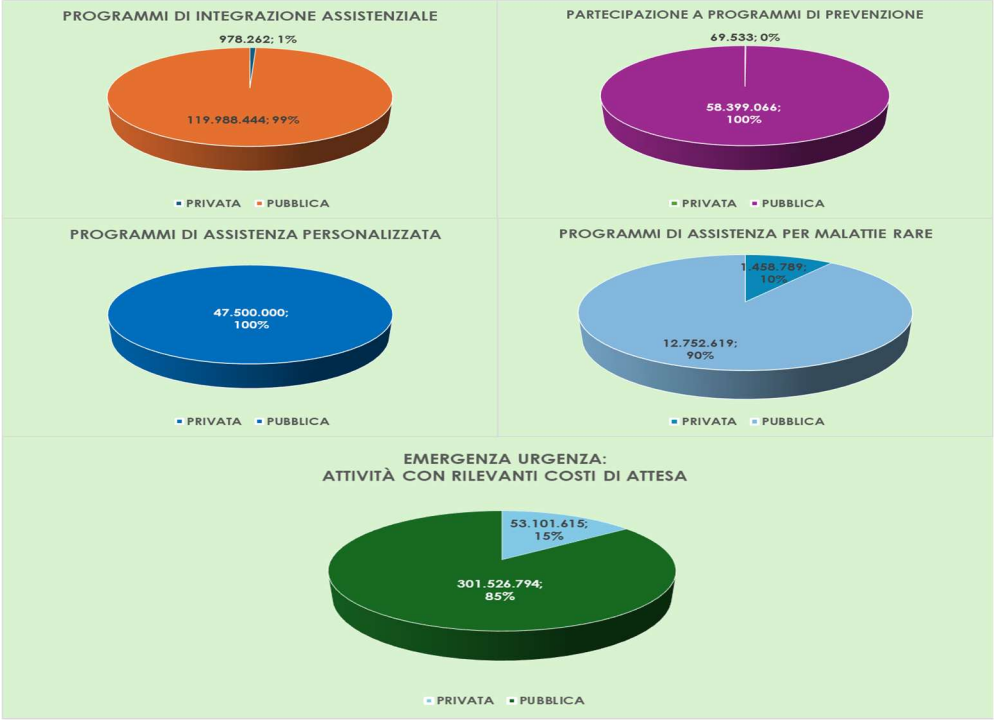
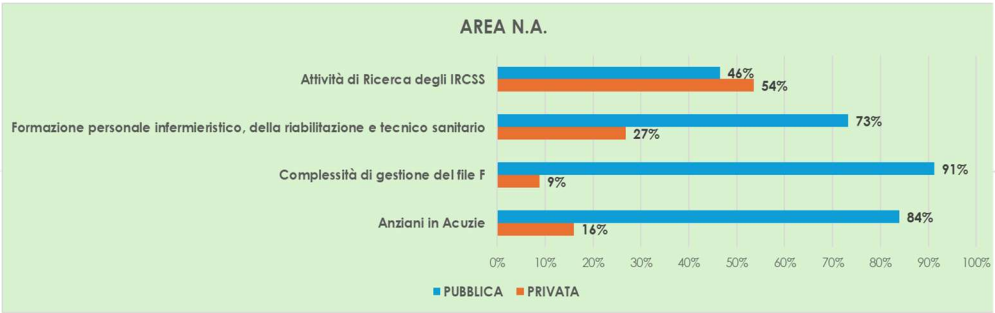


Grafico 5. Distribuzione risorse tra pubblico e privato per le funzioni dell'area n.a. (anno 2023).



Funzioni 2024

Nell'ambito del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali (art. 9 e 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 stipulata dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome), nel corso del 2022 il Ministero della Salute ha avviato un confronto con Regione Lombardia in merito alle attività finanziate all'interno di 3 delle 23 funzioni non tariffate, e specificamente le funzioni "Anziani in Acuzie", "Formazione personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario" e "Complessità di gestione del File F".

Tale confronto è esitato nella DGR XII/2854/2024[18], con la quale Regione Lombardia ha espunto dal novero delle Funzioni Non Tariffate le tre funzioni sopra elencate che erano state oggetto di osservazioni anche da parte di ACSS.
Nella medesima DGR, dando atto che "[…] *dalle risultanze del Tavolo emergerebbe la tendenza a potenziare le funzioni che compensano le problematiche gestionali e organizzative delle strutture sanitarie, piuttosto che attività di cura in senso stretto* […]", Regione Lombardia ha altresì previsto l'inserimento di tre nuove funzioni, di seguito elencate, ribadendo la necessità di collaborazione con ACSS per le attività di verifica relative all'implementazione del nuovo impianto FNT:

[18] "*CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLE ATTIVITÀ E SERVIZI DA FINANZIARE CON L'ISTITUTO DELLE FUNZIONI DI CUI ALL'ARTICOLO 8-SEXIES DEL D.LGS. 502/1992, A DECORRERE DALL'ESERCIZIO 2024*".

- Presa in carico;
- Pronta disponibilità di letti in attesa nella rete territoriale delle cure subacute;
- Continuità dell'assistenza pazienti nefropatici in costanza di ricovero,

rimodulando gli importi stanziati per alcune delle funzioni già presenti nell'impianto (cfr. Tabella seguente), a parità di risorse stanziate totali (817,5 milioni di euro) e di ripartizione pubblico-privato (fino a 702 milioni di euro per erogatori pubblici; fino a 115,5 milioni di euro per erogatori privati).

Tabella 3. Funzioni Non Tariffate e relativi importi stanziati per l'esercizio 2023 e a partire dall'esercizio 2024.

FUNZIONE NON TARIFFATA	STANZIATO 2023	STANZIATO 2024	DELTA 2024-2023	MODIFICHE APPORTATE DA DGR 2854/2024
Anziani in acuzie	75	-	-75	FUNZIONI ESPUNTE (-118 MLN €)
Complessità di gestione del file F	18	-	-18	
Formazione personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario	25	-	-25	
Attività consultoriali sul livello distrettuale ASST	25	22	-3	FUNZIONI CON MINORE STANZIAMENTO (-35 MLN €)
Sistema Vaccinale ASST	40	8	-32	
Presa in carico	-	1	1	FUNZIONI DI NUOVA ISTITUZIONE (+26 MLN €)
Pronta disponibilità di letti in attesa nella rete territoriale delle cure subacute	-	20	20	
Continuità dell'assistenza pazienti nefropatici in costanza di ricovero	-	5	5	
PS - Funzionamento della rete di emergenza urgenza ospedaliera	250	315	65	FUNZIONI CON MAGGIORE STANZIAMENTO (+127 MLN €)
Standard Aggiuntivi previsti per la rete delle Stroke Unit e la Neuroradiologia Interventistica nella gestione dell'Ictus	15	25	10	
Disponibilità posti ECMO	2,5	10	7,5	
Rete STEN, culle neonatale, punti nascita in aree disagiate, screening neonatale	9	25	16	
Minori in acuzie	20	25	5	
Centri di rilievo regionale	14,5	25	10,5	
Costo della gestione monitoraggio dei pazienti in carico per assunzione farmaci HIV	6	7	1	
Prelievo di organi e tessuti - Altre attività connesse al trapianto d'organi	19	25	6	
Rete d'offerta specialistica extraospedaliera ASST	30	33	3	
Rete della Neuropsichiatria infantile territoriale ASST	33	35	2	
Sanità penitenziaria ASST	14,5	15,5	1	
Standard Aggiuntivi previsti per il Sisstema integrato per l'assistenza al trauma	40	40	0	FUNZIONI CON STANZIAMENTO INVARIATO
Standard aggiuntivi previsti per la Rete per il trattamento dei pazienti con infarto con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI)	25	25	0	
Centri di riferimento regionale nell'area dell'emergenza urgenza	4,5	4,5	0	
Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro (U.O.O.M.L.)	3,5	3,5	0	
Ricerca corrente negli IRCCS	73	73	0	
Integrazione ospedale territorio dei percorsi relativi alla gestione del disagio mentale ASST	60	60	0	
Obiettivi previsti dal Piano Regionale Triennale integrato della sanità pubblica Veterinaria	15	15	0	
TOTALE	817,5	817,5		

Rispetto a quanto stanziato nel 2023, e a fronte del fatto che il finanziamento per le funzioni espunte (118 milioni di euro) era maggiore rispetto a quanto stanziato per le tre funzioni di nuova istituzione (26 milioni di euro), si nota una redistribuzione delle risorse stanziate a vantaggio, in particolare, di:

- funzioni nell'area dell'emergenza-urgenza (Pronto Soccorso, Rete STEN, Rete Ictus, Rete ECMO), per un totale di ulteriori 98,5 milioni di euro stanziati;
- attività dei centri di rilievo regionale (+10,5 milioni di euro);
- attività di prelievo di organi e tessuti (+6 milioni di euro).

Ribadendo la piena disponibilità a collaborare con DG Welfare nell'ambito delle proprie attribuzioni, coerentemente con il disposto normativo, ACSS procederà inoltre a valutare "la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione della remunerazione delle funzioni non tariffabili" ed eventualmente "proporre ulteriori indicatori alla Giunta regionale".

4. ADEMPIMENTI L.R. 15/2020 SICUREZZA DEL PERSONALE SANITARIO E SOCIOSANITARIO

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC "Qualità e Sicurezza delle cure"

RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge Regionale 8 luglio 2020 - n. 15 "Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"

SINTESI

Le cronache riportano sempre più frequentemente casi di aggressione nei confronti del personale sanitario e sociosanitario, spesso associati al danneggiamento di cose mobili o immobili destinate al servizio sanitario o sociosanitario stesso. Gli episodi di aggressione contro il personale della sanità costituiscono eventi avversi, taluni casi vengono classificati come eventi sentinella e sicuramente hanno un forte impatto sia sulla qualità che sulla sicurezza delle cure. Regione Lombardia con la L.R. 15/2020 ha posto in capo all'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario lombardo (ACSS) il monitoraggio degli episodi di violenza, l'attività consultiva per l'applicazione delle linee guida e l'attività di monitoraggio sull'attuazione delle stesse. Ad ACSS spetta, altresì, la predisposizione di una relazione annuale sugli esiti dell'applicazione delle linee guida e delle attività di monitoraggio. In ossequio al mandato normativo e in continuità con quanto predisposto negli ultimi anni, ACSS ha raccolto i dati relativi al 2024 di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private accreditate, di Regione Lombardia, nonché dei MMG, PLS e MCA.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Nel corso degli anni, sia a livello nazionale che regionale, si sono susseguiti diversi interventi normativi sulla tematica delle aggressioni nei confronti del personale sanitario e sociosanitario:

- Raccomandazione Ministeriale n. 8/2007 "*Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*"
- DGR n.XI/1986/19 "*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"*
- *Legge Regionale 8 luglio 2020 - n. 15 "Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"*
- *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"*
- DGR n. XI/6902/22 "*Determinazioni in merito all'organizzazione delle attese e alla prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari nel contesto del Pronto Soccorso*"
- Circolare della Direzione Generale Welfare Prot. G1.2024.0039469 del 18/10/2024 avente ad oggetto *"Circolare contenente le indicazioni relative alla tutela dei lavoratori in conseguenza alle aggressioni"*
- Decreto-legge 34/2023 convertito con modificazioni dalla Legge 26 maggio 2023, n.56 – Art. 16 "Disposizioni in materia di contrasto agli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario".

- Decreto-legge 137/2024 convertito con modificazioni dalla Legge 18 novembre 2024, n. 171 "Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché' di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria".
- DGR n. XII/3672/24 approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di cui all'art. 3 della L.R. n. 15/2020 - Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario".

Regione Lombardia con la L.R. 15/2020 relativa al contrasto e alla prevenzione degli episodi di violenza a danno degli operatori delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU), ha posto in capo all'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario lombardo (ACSS) il controllo sull'applicazione delle linee guida. Ad ACSS spetta, altresì, la predisposizione di una relazione annuale sugli esiti dell'applicazione delle linee guida e delle attività di monitoraggio da trasmettere alla Giunta Regionale e al Consiglio Regionale.

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 2024 è stata mantenuta attiva la sorveglianza ed il monitoraggio sugli atti di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie.

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 Microsoft Forms. Per quanto concerne gli erogatori pubblici (ATS – ASST - IRCCS Pubblici e AREU), i dati sulle aggressioni sono stati estratti dalla piattaforma regionale informatizzata HERM Lomb, di recente introduzione.

Attività

Considerata la necessità di dover raccogliere un set di dati rappresentativo della popolazione di riferimento e pertanto della situazione regionale, le ATS e le ASST, oltre a fornire i dati raccolti all'interno del proprio contesto organizzativo, sono state attivamente coinvolte nella distribuzione capillare delle Survey:

- ATS → strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche (escluse le ASST – IRCCS Pubblici) e private accreditate.
- ASST → MMG/PLS/MCA.

Si riporta, di seguito, una descrizione sintetica/cronoprogramma dell'attività svolta:

Descrizione	*Data invio nota ATS – ASST-IRCCS- AREU di avvio Survey*	*Data avvio raccolta dati*	*Data fine raccolta dati*	*Oggetto di indagine*
Survey 2024	23.12.2024	01.01.2025	31.01.2025	Adempimenti Legge Regionale 8 luglio 2020 - n. 15 - Monitoraggio episodi/atti di violenza 2024

Attività	2024								2025	
	MAG.	GIU.	LUG.	AGO	SETT	OTT	NOV	DIC	GEN	FEB
PROGETTAZIONE/PREDISPOSIZIONE QUESTIONARIO										
Revisione questionario e predisposizione modulo di raccolta dati su piattaforma digitale Microsoft Forms + Test										
RACCOLTA DATI										
Trasmissione comunicazione di avvio raccolta dati, corredata da Link e QR-Code di accesso alla Survey										
Somministrazione questionario										
Monitoraggio livello adesioni mediante utilizzo di specifici indicatori e supporto attivo ai soggetti compilatori della Survey.										
ESTRAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEI DATI										
Estrazione dati dalla Piattaforma "HERM Lomb" per gli Enti Pubblici										
Download dati per tuti gli altri Enti da Microsoft Forms										
Data cleaning, organizzazione, rappresentazione dei dati										
ANALISI DEI DATI										
REDAZIONE REPORT										

Esiti

Per i dettagli/esiti sui risultati dell'indagine, si rimanda allo specifico allegato (Allegato 1).

CONCLUSIONI

L'attività di monitoraggio dell'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario lombardo (ACSS) relativa al 2024 ha riguardato, oltre i dati relativi agli episodi di aggressione, la raccolta di informazioni inerenti alle misure di prevenzione adottate dagli erogatori. È stata condotta una preliminare mappatura sul livello di allineamento degli erogatori rispetto alle indicazioni fornite dal "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di cui all'art. 3 della L.R. n. 15/2020 - Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario" approvato con DGR XII/3672/24 e alle indicazioni fornite dalla DGR XI/6902/2022 "Determinazioni in merito all'organizzazione delle attese e alla prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari nel contesto del Pronto Soccorso". Un elemento da mettere in evidenza è l'attiva partecipazione degli Enti Pubblici e Privati accreditati alla Survey, fornendo un segnale importante sulla promozione della segnalazione fatta dagli operatori sanitari e sociosanitari implicati dal fenomeno.

Il monitoraggio ha rappresentato e rappresenta la base informativa principale per le attività del Tavolo Tecnico regionale (art. 3 c.3 LR 15/2020), recentemente rinnovato con Decreto della DGW n. 16662 del 05/11/2024, che ha tra gli scopi l'emanazione delle linee guida recepite dalla Giunta con la DGR n. XII/3672/24 (Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di cui all'art. 3 della L.R. n. 15/2020 - Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario").

ACSS ha avuto un ruolo di partecipazione attiva alla redazione del documento di indirizzo di cui alla DGR XII/3672/24, sia attraverso la presenza di un rappresentante al Tavolo Tecnico sia mediante attività di supporto istituzionale in ragione delle funzioni attribuite dalla LR 15/2020. In particolar modo per quanto concerne le indicazioni relative alla tutela dei lavoratori in conseguenza alle aggressioni.

5. PROGETTO CUSTOMER SATISFACTION

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC "Qualità e Sicurezza delle cure"

RIFERIMENTI NORMATIVI

Comma 4, art.11 della L.R. 33/2009 e s.m.i. "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"

DGR XII/2754/24 "Presa d'atto delle "linee di attività e della struttura organizzativa"

SINTESI

A causa dell'evento pandemico da Covid-19 del 2020 le rilevazioni sul grado di soddisfazione degli utenti, condotte nelle strutture sanitarie – flusso SMAF, sono state sospese. Tuttavia, non si può escludere che le stesse siano state riprese a livello locale. Il progetto è nato dall'esigenza di rispondere ad una necessità, della Regione e dell'Agenzia di Controllo, di raccogliere e analizzare informazioni utili alla rilevazione della soddisfazione degli utenti del Servizio Sanitario Regionale come previsto dal c. 4 dell'art. 11 della Legge Regionale 33/2009. Il dato di partenza è stabilito dalla consapevolezza che il livello di soddisfazione degli utenti (Customer Satisfaction) costituisce una risorsa importante per la riorganizzazione dei servizi in risposta alle aspettative stesse dei cittadini. Nel corso del 2024 è stato avviato, in collaborazione con la LIUC Business School divisione dell'Università Carlo Cattaneo, un progetto di ricerca denominato *"Modelli di monitoraggio e valutazione dei bisogni dal punto di vista dei pazienti/assistiti nel contesto di Regione Lombardia"*, con l'obiettivo di riavviare il monitoraggio dello stato di soddisfazione dei pazienti/assistiti all'interno del contesto di Regione Lombardia e in relazione ai differenti setting: territoriale, ospedaliero e dell'assistenza domiciliare.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Un consistente e crescente numero di esperienze, documentate a livello nazionale e internazionale dimostra quanto la misurazione dell'esperienza del paziente nei vari percorsi assistenziali sia importante per conseguire gli outcome attesi. La valutazione della soddisfazione degli utenti è quindi un elemento di garanzia per gli utenti e fondamentale strumento a supporto del processo di miglioramento continuo della qualità. Il miglioramento delle relazioni tra utente e soggetti erogatori di servizi passa attraverso la capacità di questi ultimi di ascoltare e anticipare le attese e i bisogni degli utenti. Conoscere le aspettative ed i bisogni dell'utente è una condizione, quindi, indispensabile per costruire indicatori di misurazione della qualità, come rapporto tra prestazioni erogate e bisogni soddisfatti. La customer satisfaction assume, pertanto, un ruolo chiave tra gli strumenti di valutazione degli enti erogatori del SSR, in quanto indicatore del grado di soddisfazione del paziente rispetto alle prestazioni offerte dalle strutture sanitarie in ogni ambito di intervento (ricovero, ambulatoriale, servizi territoriali). A tal proposito, nel corso del 2024 è stato avviato, in collaborazione con la LIUC Business School divisione dell'Università Carlo Cattaneo, il progetto di ricerca denominato "Modelli di monitoraggio e valutazione dei bisogni dal punto di vista dei pazienti/assistiti nel contesto di Regione Lombardia". Il progetto è nato dall'esigenza di rispondere ad una necessità, della Regione e dell'Agenzia di Controllo, di raccogliere e analizzare informazioni utili alla rilevazione della soddisfazione degli utenti del Servizio Sanitario Regionale come previsto dal c. 4 dell'art. 11 della Legge Regionale 33/2009.

Obiettivo

- Adempiere al c. 4, art.11 della L.R. 33/2009 e s.m.i. "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"
- Adempiere alla DGR XII/2754/24 con cui la Giunta ha fornito gli obiettivi verso i quali l'Agenzia doveva indirizzare prioritariamente l'attività nell'anno 2024 e tra essi rientrava la revisione, la gestione, la raccolta e l'analisi della customer satisfaction (degenza e ambulatoriale) degli enti del SSR e di supportare la DG Welfare nell'attività di informatizzazione dei questionari nell'ambito del progetto Cartella Clinica Elettronica (CCE).

Obiettivo primario di progetto risulta essere il riavvio del monitoraggio sistematico dello stato di soddisfazione dei pazienti/assistiti, all'interno del contesto di Regione Lombardia e in relazione ai differenti setting: territoriale, ospedaliero e dell'assistenza domiciliare.

L'obiettivo primario prevede le seguenti declinazioni in sotto-obiettivi:

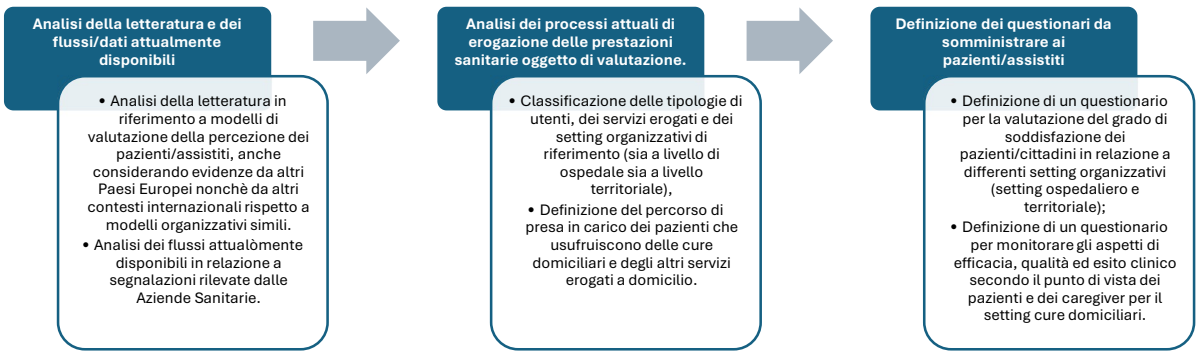
- Aggiornamento dello strumento, attualmente disponibile, per la rilevazione della qualità percepita dall'assistito all'interno del setting ospedaliero.
- Predisposizione di uno strumento ad hoc per la rilevazione della qualità e della soddisfazione da parte dei pazienti/assistiti all'interno del setting territoriale, considerando i servizi e le attività previste dal DM 77 (quali OdC e CdC).
- Predisposizione di uno strumento ad hoc per la rilevazione della soddisfazione da parte dei pazienti/assistiti che usufruiscono di cure e servizi domiciliari.

Metodi

L'approccio si allinea con le recenti evoluzioni nell'organizzazione territoriale della sanità in Lombardia, anche alla luce dei cambiamenti proposti dal DM 77/2022 sul tema della riorganizzazione delle prestazioni e dei servizi sanitari, che prevedono una crescente enfasi sull'integrazione tra i diversi livelli di assistenza e sulla personalizzazione dei percorsi di cura, in risposta alle specifiche esigenze dei pazienti. Inoltre, l'attività di ricerca si basa anche su quanto stabilito dalla DGR XII/2754/24.
Per perseguire l'obiettivo e i sotto-obiettivi del progetto, oltre alla collaborazione tra il gruppo di lavoro HD LAB dell'Università Carlo Cattaneo di Castellanza (VA) – LIUC e il gruppo di lavoro di ACSS, si è reso necessario costituire uno specifico Tavolo Tecnico.

Attività

Il progetto, avviato nel 2024, è attualmente in corso. Si riporta di seguito una descrizione sintetica dell'attività svolta e da svolgere nel corso del 2025.
L'attività è caratterizzata da tre step fondamentali:



Attività	2024		2025				
	NOV.	DIC.	GEN.	FEB.	MAR.	APR.	MAG.
ACCORDO ATTUATIVO ACSS-LIUC							
Stipula di accordo attuativo tra ACSS e l'Università Carlo Cattaneo	■						
PROGETTO DI RICERCA							
Revisione strutturata della letteratura (considerando anche evidenze da altri Paesi Europei nonché da altri contesti locali e organizzativi) – HD LAB - LIUC		■	■				
Revisione strutturata degli strumenti attualmente esistenti e dei flussi di informazioni a disposizione– HD LAB - LIUC		■	■				
Classificazione delle tipologie di utenti, dei servizi erogati e dei setting organizzativi di riferimento (sia a livello di ospedale sia a livello territoriale) – HD LAB - LIUC			■				
Definizione del percorso di presa in carico dei pazienti che usufruiscono delle cure domiciliari– HD LAB - LIUC			■				
Definizione dei questionari da somministrare ai pazienti/assistiti – ACSS-LIUC- TAVOLO TECNICO				■	■		
Presentazione dello strumento						■	■

CONCLUSIONI

Il progetto è nato dall'esigenza di rispondere ad una necessità, della Regione e dell'Agenzia di Controllo, di raccogliere e analizzare informazioni utili alla rilevazione della soddisfazione degli utenti del Servizio Sanitario Regionale come previsto dal c. 4 dell'art. 11 della Legge Regionale 33/2009. Alle fasi di progettazione e presentazione dello strumento, seguiranno le fasi di test, implementazione e avvio a regime del monitoraggio della soddisfazione degli utenti: l'obiettivo è proporre l'adozione di un nuovo modello di customer satisfaction regionale entro la fine del primo semestre 2025.

6. PROGETTO SPERIMENTALE SUL CLIMA ORGANIZZATIVO (2024-2025)

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC “Appropriatezza gestionale e organizzativa”

RIFERIMENTI NORMATIVI

Art.11 c.4 lett.d) L.R. 33/2009 e s.m.i. “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”

DGR XII/2754/2024

SINTESI

L'analisi del clima organizzativo è uno strumento fondamentale per comprendere lo stato di salute di un'organizzazione e identificarne possibili aree di miglioramento, anche alla luce dell’aumento del turnover di personale all’interno del Servizio Sanitario Nazionale registrata negli ultimi anni.

A tal fine, in conformità con la normativa vigente, l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS) ha avviato un progetto biennale di analisi multidimensionale del clima organizzativo nelle ASST che combini strumenti di rilevazione percettiva con indicatori oggettivi, calcolati a partire dai dati disponibili nei sistemi aziendali, per individuare aree di miglioramento e adottare misure atte a perfezionare l'ambiente di lavoro.

Il progetto è stato sviluppato in collaborazione con la ASST Franciacorta tramite la costituzione di un gruppo di lavoro (GdL) multidisciplinare composto da esperti in materia di appropriatezza organizzativa e gestionale, prevenzione e protezione aziendale e sorveglianza sanitaria del personale; nel prosieguo del progetto, il Gruppo di Lavoro potrà essere allargato ad altre professionalità.

La prima annualità del progetto è stata dedicata alla strutturazione del progetto stesso ed alla selezione degli strumenti di analisi, nonché alla costruzione dei primi due strumenti di rilevazione identificati: il Questionario rivolto a tutto il personale e il Questionario rivolto al personale in uscita, entrambi modulati in sezioni.

Nel corso del 2025 si prevede di somministrare entrambi i questionari; inoltre, il GdL selezionerà gli indicatori di performance che successivamente verranno inseriti in un modello statistico atto a valutare eventuali correlazioni tra clima organizzativo e performance aziendale.

In un’ottica di collaborazione tra le istituzioni, ACSS prevede altresì di illustrare i risultati presso le singole realtà aziendali e supportare le Direzioni nell’implementazione di azioni di miglioramento all’interno delle rispettive organizzazioni.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Introduzione

Il progetto sperimentale sul clima organizzativo (2024-2025) è stato ideato per analizzare e migliorare il benessere lavorativo, la produttività e la soddisfazione dei dipendenti all'interno delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST).

L'analisi del clima organizzativo è uno strumento fondamentale per comprendere lo stato di salute di un'organizzazione e identificarne possibili aree di miglioramento, anche alla luce dell’aumento del turnover di personale all’interno del Servizio Sanitario Nazionale registrata negli ultimi anni.

In conformità con la normativa vigente, l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS) ha avviato un progetto biennale di analisi multidimensionale del clima organizzativo nelle ASST che combini strumenti di rilevazione percettiva con indicatori oggettivi, calcolati a partire dai dati disponibili nei sistemi aziendali, per individuare aree di miglioramento e adottare misure atte a perfezionare l'ambiente di lavoro.

L'approccio multidimensionale integrato adottato è basato sulla visione che il clima organizzativo è influenzato da numerosi fattori interconnessi e, pertanto, un'analisi efficace deve considerare tutte queste dimensioni per sviluppare soluzioni sostenibili nel medio e lungo termine, coinvolgendo altresì i dipendenti nel processo di analisi e miglioramento.

Nel seguito vengono riportati gli obiettivi del progetto, il metodo adottato, le fasi del progetto e i risultati del primo anno di attività (2024), nonché indicate le attività di prossima attuazione.

Obiettivi

Il progetto si propone di indagare il clima organizzativo sotto diversi aspetti, al fine di identificare punti di forza e aree di miglioramento dell'ambiente di lavoro sulle quali agire, avendo come obiettivi specifici:

1. migliorare la soddisfazione dei dipendenti, raccogliendo dati sul livello di soddisfazione rispetto a vari aspetti del lavoro, identificando aree di insoddisfazione e definendo azioni di miglioramento, monitorando l'evoluzione della soddisfazione attraverso indagini periodiche;
2. aumentare la produttività, analizzando le relazioni tra clima organizzativo e produttività dei dipendenti, identificando i fattori che ostacolano o promuovono la produttività, proponendo interventi mirati a ottimizzare processi e organizzazione del lavoro;
3. ridurre il turnover, individuando le cause principali di abbandono del personale, valutando l'impatto di fattori come stress lavorativo, possibilità di crescita e riconoscimento, implementando strategie per migliorare la fidelizzazione e aumentare la motivazione a lungo termine;
4. migliorare la comunicazione interna, analizzando modalità ed efficacia della comunicazione tra dipendenti e management, identificando eventuali punti deboli nella trasmissione delle informazioni, sviluppando piani per favorire una comunicazione più chiara e trasparente;
5. ottimizzare l'equilibrio vita-lavoro, valutando la percezione dei dipendenti riguardo alla gestione del tempo tra lavoro e vita personale, individuando possibili soluzioni per favorire un migliore equilibrio vita-lavoro e ridurre lo stress;
6. promuovere opportunità di sviluppo professionale, raccogliendo dati sul livello di soddisfazione riguardo alle opportunità di crescita e formazione offerte, identificando gap tra aspettative di sviluppo professionale e opportunità, proponendo azioni per migliorare i programmi formativi e di avanzamento carriera;
7. migliorare le relazioni interpersonali, esaminando il livello di cooperazione, supporto reciproco e rispetto tra colleghi e con i superiori, identificando potenziali problematiche relazionali, proponendo interventi per rafforzare lo spirito di squadra;
8. valutare le condizioni di lavoro, analizzando le condizioni fisiche e logistiche dell'ambiente di lavoro, identificando eventuali criticità che possono influire sul benessere e sulla produttività, proponendo interventi organizzativo-strutturali per migliorare l'ambiente di lavoro.

Metodo

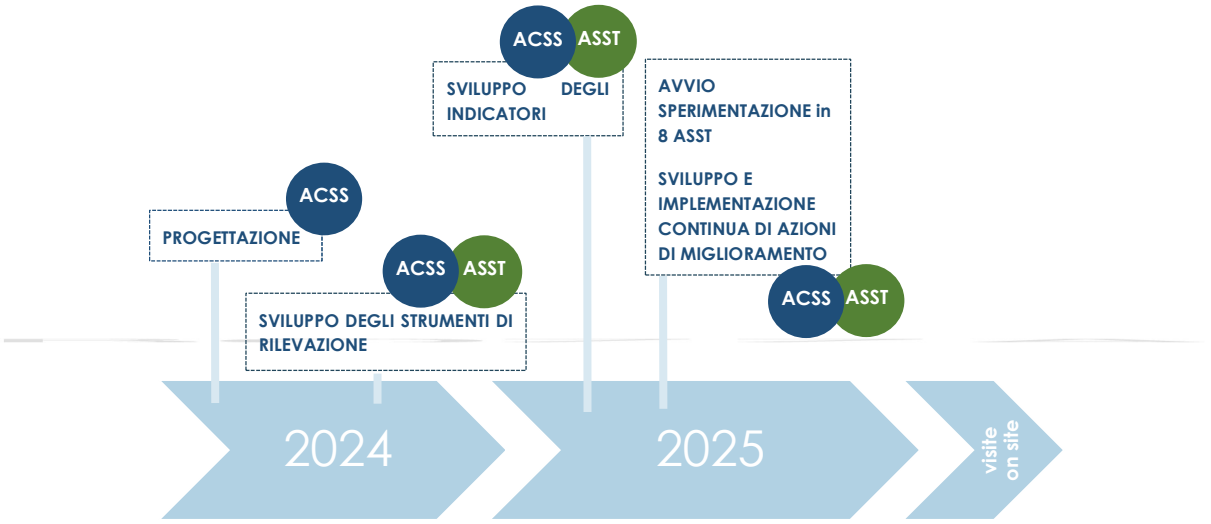
Il progetto è stato sviluppato in collaborazione con la ASST Franciacorta, Azienda che vanta una precedente esperienza nell'ambito di indagine, tramite la costituzione di un gruppo di lavoro (GdL) multidisciplinare composto da esperti in materia di appropriatezza organizzativa e gestionale, prevenzione e protezione aziendale e sorveglianza sanitaria del personale; nel prosieguo del progetto, il Gruppo di Lavoro potrà essere allargato ad altre professionalità.

Fasi del progetto

Il progetto si articola in diverse fasi, ciascuna con specifiche attività e output attesi:

1. Progettazione;
2. Sviluppo degli strumenti di rilevazione:
    - Questionario online rivolto a tutto il personale: indaga vari aspetti del clima organizzativo;
    - Questionario online rivolto a personale in uscita: analizza le ragioni delle dimissioni e fornisce feedback sul clima organizzativo;
3. Sviluppo degli indicatori;
4. Avvio della sperimentazione: rilevazione tramite questionari e successiva analisi dei dati provenienti dalle diverse fonti;
5. Sviluppo e implementazione continua di azioni di miglioramento.

Figura 1. Timeline Progetto sperimentale Clima organizzativo 2024-2025: attività e attori coinvolti.



Risultati

Come da timeline sopra riportata, la prima annualità del progetto è stata dedicata alla strutturazione del progetto stesso ed alla selezione degli strumenti di analisi, nonché alla costruzione dei primi due strumenti di rilevazione identificati (questionari), allegati al documento integrale.

Le domande presenti all'interno dei due questionari sviluppati sono perlopiù domande chiuse (domande a scelta multipla, domande a risposta multipla, domande con risposta modulata su scala Likert).
La rilevazione si svolgerà su un campione autodeterminato della popolazione di riferimento, ovvero un tipo di campione non probabilistico che si basa sull'adesione volontaria dei soggetti all'indagine, piuttosto che su una selezione casuale degli stessi.

Questionario rivolto a tutto il personale

Sono state identificate sei dimensioni per indagare i fattori che influenzano la soddisfazione del personale, e nello specifico:

Figura 2. Descrizione delle sezioni in cui è modulato il questionario rivolto a tutto il personale.

Questionario rivolto al personale in uscita

Le domande del questionario sono modulate in cinque sezioni, che analizzano le possibili motivazioni alla base della scelta di lasciare l'azienda, e nello specifico:

Figura 3. Descrizione delle sezioni in cui è modulato il questionario rivolto al personale in uscita.

CONCLUSIONI

L'attività 2024 è stata svolta nel rispetto delle scadenze previste e ha visto la stesura del progetto, l'identificazione degli strumenti di analisi e la costruzione dei primi due strumenti di rilevazione identificati (questionari).

La somministrazione del questionario rivolto a tutto il personale di ASST/IRCCS verrà avviata nel corso del 2025.
Diversamente, la compilazione del questionario rivolto al solo personale in uscita dall'ASST verrà proposta nel corso del 2025 a tutti i dimissionari in continuo, con analisi finale delle risultanze.
Contestualmente e parallelamente il Gruppo di Lavoro (GdL), che nel 2025 sarà allargato ad altre professionalità provenienti dalle aziende partecipanti, selezionerà gli indicatori di performance che successivamente verranno inseriti in un modello statistico atto a valutare eventuali correlazioni tra clima organizzativo e performance aziendale.

Successivamente alla fase di analisi, in un'ottica di collaborazione tra le istituzioni, ACSS prevede altresì di calendarizzare visite on-site presso le singole realtà aziendali al fine di illustrare i risultati aziendali e supportare le Direzioni nell'implementazione di azioni di miglioramento all'interno delle rispettive organizzazioni.

7. PROGETTO "SPERIMENTAZIONE METODOLOGIA DI DETERMINAZIONE FABBISOGNI PERSONALE"

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC "Appropriatezza gestionale e organizzativa"

RIFERIMENTI NORMATIVI

Art.11 c.4 lettere d) e g) L.R. 33/2009 e s.m.i. "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"

SINTESI

ACSS ha partecipato al gruppo di lavoro ristretto di AGENAS in relazione alla verifica dell'applicazione sperimentale della metodologia di determinazione dei fabbisogni di personale come previsto dal Decreto Ministeriale.
Tale lavoro ha permesso di formulare alcune osservazioni e identificare le specificità dell'organizzazione di Regione Lombardia e di sviluppare indicatori *ad hoc* al fine della costruzione di un sistema di valutazione della performance organizzativa e gestionale delle aziende.
Dopo aver sinteticamente riportato scopi e criteri alla base della Metodologia proposta da AGENAS, il presente capitolo illustra brevemente i principi generali della Metodologia e, per alcuni di essi, vengono formulate osservazioni e indicate possibili linee di sviluppo.
A conclusione della trattazione si propone un paragrafo riassuntivo dei principali punti di attenzione di cui al lavoro svolto da ACSS che, conformemente a quanto previsto dalla DGR XII/3720/24, proseguirà anche nella futura annualità.

Introduzione

L'articolo 11 del Decreto-Legge n. 35 del 2019 convertito, con modificazioni, dalla L.60/2019, cosi come modificato dall'art.1, c.269, della L. 234/2021 e s.m.i, ha disposto che, nel triennio 2019-2021, la spesa per il personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) potesse essere incrementata annualmente, su base regionale, in misura pari al 10% dell'incremento del Fondo Sanitario Regionale (FSR) rispetto all'esercizio precedente, prevedendo altresì la facoltà di concedere un incremento ulteriore del 5%.

A decorrere dal 2022, l'accesso a tale incremento addizionale è stato subordinato all'adozione, da parte del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni, di una *Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN*, elaborata su proposta tecnica dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).

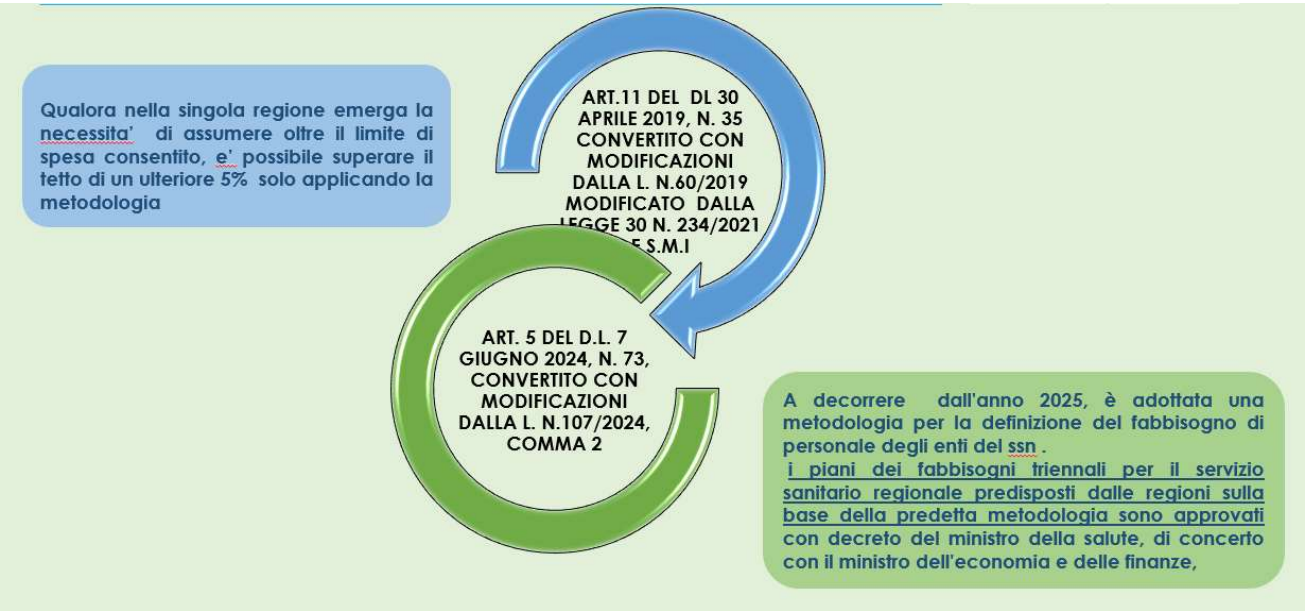
In ottemperanza a quanto disposto, AGENAS ha istituito un tavolo tecnico finalizzato all'aggiornamento e al perfezionamento di una versione preliminare della metodologia[19], al fine di garantirne l'allineamento agli obiettivi normativi.

Completato il relativo iter istituzionale, la metodologia è stata adottata in via sperimentale nel gennaio 2023 con decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Il suddetto decreto ha disposto che la metodologia trovasse applicazione in via sperimentale ai fini della fruizione della facoltà assunzionale incrementale del 5% per le annualità 2022, 2023 e 2024.

[1] Metodologia per la determinazione del Fabbisogno di personale ospedaliero approvata dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in data 20.12.2017, in attuazione di diverse normative emanate in materia (D. Lgs. 66/2003, Direttive 93/104/CE e 2000/34/CE, Legge di Stabilità per l'anno 2016, DM 70/2015).

Contestualmente, AGENAS è stata incaricata di effettuare un monitoraggio annuale volto a verificare gli esiti dell'applicazione della metodologia, con l'obiettivo di garantirne il progressivo consolidamento e di proporre eventuali aggiornamenti migliorativi sulla base dell'evidenza empirica emersa a livello nazionale.
La sperimentazione relativa all'annualità 2022 ha avuto avvio nel mese di febbraio 2023, coinvolgendo dieci regioni italiane.
Successivamente, nel febbraio 2024, AGENAS ha istituito un gruppo di lavoro (GdL) ristretto, comprendente rappresentanti di quattro delle regioni coinvolte, con il compito di condurre una revisione critica dei risultati della sperimentazione e di raccogliere elementi utili all'ulteriore affinamento della metodologia.
Considerata la natura eminentemente tecnica delle attività svolte nell'ambito del tavolo di lavoro e la loro piena coerenza con le linee di attività programmate da ACSS in materia di appropriatezza gestionale e organizzativa[1], la Direzione Generale Welfare ha ritenuto opportuno avvalersi della collaborazione di ACSS, nel rispetto delle rispettive competenze istituzionali.
Tale collaborazione è stata formalmente confermata anche per l'annualità 2025 con la DGR N°XII/3720/24 (Indirizzi di programmazione per l'anno 2025).

Figura 1. Riferimenti normativi.



L'esigenza di una metodologia capace di rappresentare in maniera rigorosa e puntuale il fabbisogno di risorse umane per ciascuna articolazione organizzativa degli enti del SSN assume ulteriore rilievo alla luce delle disposizioni introdotte dall'articolo 5 del Decreto-Legge n. 73 del 2024, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 107 del 2024, che identifica la Metodologia in questione quale strumento di programmazione regionale.
Tale articolo sancisce infatti che, a decorrere dall'anno 2025, si adotterà una Metodologia *per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN* e che i Piani dei Fabbisogni Triennali per gli enti del SSR**,** elaborati dalle regioni sulla base di tale strumento metodologico, saranno sottoposti all'approvazione mediante decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze.

La Metodologia in corso di sperimentazione è uno strumento a supporto della programmazione del fabbisogno di risorse umane e propone:

- criteri per l'individuazione di un range di valori di riferimento (min e max) del fabbisogno di personale medico espresso in FTE;

- criteri per individuazione del fabbisogno di alcuni profili professionali del personale del comparto sanitario e tecnico;
- criteri per la determinazione del fabbisogno per attività ospedaliere specifiche e per l'area dei servizi diagnostici e di supporto per ciascuna articolazione organizzativa omogenea.

I criteri implementati dallo strumento si fondano su tre assunti principali e nello specifico:

- l'organizzazione della rete di offerta ospedaliera;
- la produzione erogata in ambito ospedaliero;
- il personale espresso in Full Time Equivalent (FTE), unità di misura che rappresenta il carico di lavoro di un dipendente rispetto a un impiego a tempo pieno.

PRINCIPI GENERALI DELLA METODOLOGIA

Prima di addentrarsi nello specifico della metodologia, appare opportuno delineare per sommi capi alcuni principi generali su cui la medesima pone le basi; per ciascuno di essi vengono riportate alcune osservazioni e suggerimenti per il miglioramento o adattamento a livello regionale della metodologia.

Fonte dati

Il sistema opera appoggiandosi ad un database integrato che mette in correlazione gli assetti produttivi, i volumi di produzione ed il personale impiegato per la produzione.
Le informazioni in esso contenute sono per la maggior parte ricavate dai flussi informativi esistenti, alcuni centralizzati a livello nazionale ed altri regionali, che in fase di sperimentazione sono stati dati nelle disponibilità di ACSS e nello specifico:

1. Dati da flussi ministeriali:
    - HSP11-11bis-12 (per l'anagrafica degli stabilimenti);
    - Tabella C (per anagrafica delle discipline attive nello stabilimento);
    - SDO (dato di attività);
    - prestazioni ambulatoriali art 50 L 326/2003 (dato di attività);

2. Dati forniti centralmente dalle regioni:
    - ore lavorate dal personale;
    - ore attività di sala operatoria;
    - ore di attività intensiva e semi intensiva.

PROFILI PROFESSIONALI

La metodologia si è concentrata solo su alcuni fra i profili professionali che operano in ambito ospedaliero, e nello specifico per l'area della dirigenza sui MEDICI e per il comparto sui seguenti profili professionali:

- Infermiere;
- Infermiere pediatrico;
- Ostetrico;
- Tecnico sanitario di laboratorio e radiologia;
- OSS
- OTA.

Resta inteso che, in un'ottica di utilizzo della medesima come strumento di programmazione, ACSS, unitamente ad altri Enti, ha manifestato la necessità di valutare, in un prosieguo dell'attività, gli altri profili operanti in reparto, anche in termini di interscambiabilità assistenziale.

DISCIPLINE ED AREE OMOGENEE

La metodologia si appoggia alle discipline identificate dal DM 70, il fabbisogno dei medici è calcolato in riferimento alla disciplina di afferenza, mentre per il fabbisogno del comparto è valutato secondo il criterio di aggregazione in aree omogenee, di seguito rappresentate, definite in funzione del fabbisogno assistenziale.

ORE LAVORATE DI RIFERIMENTO

Ai fini del calcolo dei fabbisogni, le medie di lavoro dei professionisti sanitari sono computate su base annua, convertendo le ore lavorate in unità di personale equivalente.
Per la quantificazione del monte ore annuale dei dirigenti medici e del personale del comparto, sono stati elaborati i dati sulla base del Conto Annuale, escludendo dalle ore lavorate quelle relative ad assenze o attività formative, garantendo una stima più accurata del tempo effettivamente dedicato all'assistenza.
In seguito all'applicazione dello schema, il gruppo di lavoro ha dovuto necessariamente lavorare sui valori di riferimento stabiliti dal decreto ministeriale:

- 1.560 ore annue per la dirigenza sanitaria;
- 1.450 ore annue per il personale del comparto (infermieri, operatori sociosanitari e altre figure professionali).

Questi valori rappresentano il numero medio di ore annue effettivamente lavorate, al netto delle aspettative, che devono essere considerate nella determinazione del fabbisogno complessivo a livello locale.

Per una corretta stima del fabbisogno in termini di unità di personale e costi, le regioni devono tener conto, con adeguati correttivi, dell'incidenza territoriale dei seguenti fattori:

- Assenze per maternità;

- Contratti part-time;
- Inidoneità lavorative e prescrizioni mediche;
- Categorie professionali con maggiori giorni di riposo dovuti a condizioni di lavoro specifiche (es. riposo biologico).

SEZIONE II - AMBITI DI ATTIVITÀ SVILUPPATI

Ai fini della determinazione del fabbisogno, l'ambito ospedaliero è stato valutato quale organizzazione complessa suddivisa nelle seguenti macro-linee:

- reparti;
- servizi diagnostici;
- servizi di supporto;
- servizi generali.

In questa prima fase, l'attività si è concentrata principalmente sulla definizione di fabbisogno di riferimento relativa ai reparti ospedalieri con particolare riferimento a:

- Attività di coordinamento.
- Attività ambulatoriale.
- Attività di ricovero.
- Attività delle sale operatorie e di supporto anestesiologico.
- Organizzazione del servizio di guardia divisionale ed interdivisionale.

Per ogni attività la metodologia propone regole base per la determinazione del fabbisogno.
Al fine di rappresentare il più fedelmente possibile la complessità organizzativa, la metodologia si muove in maniera incrementale identificando per ciascuna linea valori minimi di funzionamento e definendo successivamente algoritmi incrementali per ciascuna linea di produzione.

In questa prima fase del lavoro sono state sperimentate le modalità di calcolo previste dalla metodologia applicandole alle varie attività, con particolare riferimento ad alcune incongruenze verificatesi nell'ambio delle varie attività, in particolare:

Attività di coordinamento:

Attività ambulatoriale: La prima fase di sperimentazione ha reso evidente la necessità di una rivalutazione del metodo di determinazione delle percentuali a fronte della quale AGENAS ha proposto un coinvolgimento diretto delle singole regioni, sia appunto nella ridefinizione delle regole di determinazione, sia nelle operazioni di ricalcolo delle percentuali regionali.

In sede di analisi è stato rilevato che le prestazioni ambulatoriali in Pronto Soccorso (consulenze), originariamente escluse dalla metodologia, sono anch'esse rilevanti ai fini dell'assorbimento di ore lavorate.

E' in corso di approfondimento l'incidenza del carico di lavoro, espresso sotto forma di percentuale, dell'attività ambulatoriale sul totale del lavoro svolto dalla dirigenza medica.

Attività di degenza: il valore unitario di peso medico prevede che il monte ore sia depurato della componente ambulatoriale, risultando la medesima ancora in fase di definizione, è stata richiesta la revisione del ricalcolo una volta stabilite e valutate le percentuali ambulatoriali.

Attività delle sale operatorie e di supporto anestesiologico: La prima fase di sperimentazione ha messo in luce una sottostima dell'attività degli anestesisit/rianimatori, con particolare riferimento a:

- attività N.O.R.A. (Non-Operative Room Anesthesia);
- funzioni ricomprendenti attività di prericovero e attività ambulatoriale di varia natura (terapia del dolore, cure palliative, follow-up paziente intensivo, etc.);
- attività di reparto in terapia intensiva nei DEA di I e II livello;
- attività di guardia attiva, distinta in urgenze chirurgiche di sala operatoria, pronto soccorso, emergenze ospedaliere;
- attività anestesiologica resa in sala parto (cesarei ed analgesia)

E' in corso di approfondimento la modalità di modifica del criterio di calcolo del fabbisogno di medici anestesisti, al fine di recuperare tutta l'attività resa.

Attività di ACSS

È stata condotta una analisi capillare sui dati utilizzati dalla metodologia che ha evidenziato alcune incongruenze tra le anagrafiche identificative degli stabilimenti alimentati direttamente dagli enti e quelle registrate nelle anagrafiche centrali su cui si basano i flussi di produzione.
In questa prima fase sperimentale, prioritariamente orientata alla validazione del sistema, è stato possibile intervenire con attività di data Quality esterno da parte di ACSS a correzione delle incongruenze.
In considerazione del fatto che, in un sistema messo a regime, la presenza di incongruenze potrebbe penalizzare gli stessi enti in fase di determinazione del fabbisogno, ACSS, tramite il referente aziendale, indicherà agli enti le incongruenze rilevate al fine di risolvere il problema alla fonte.
Analogamente, per le informazioni organizzative di cui al punto 2, stante la constatazione che le tabelle fornite da AGENAS hanno una struttura semplificata, al fine di meglio rappresentare le organizzazioni, ACSS ha sviluppato specifici format di rilevazione di dettaglio che verranno sottoposti agli enti, tra cui il format relativo all'attività delle sale operatorie e del servizio di guardia anestesiologica, divisionale e interdivisionale, nonché dell'attività N.O.R.A. e ambulatoriale svolta dai medici anestesisti.

CONCLUSIONI

Il lavoro risulta essere molto positivo, atteso che ha consentito di mettere in luce i margini di miglioramento di una metodologia nuova e sperimentale, che mira ad individuare indicatori tecnici per il calcolo dei fabbisogni di personale.

La validazione della metodologia ed il suo riconoscimento come standard di riferimento nel tempo sono oggetto di ulteriori analisi e verifiche atte a testare la sensibilità della metodologia ai cambiamenti nei parametri. La sperimentazione, anche valutando gli impatti degli aggiornamenti e delle revisioni proposte dai gruppi di lavoro ristretti (ancora in corso), sarà replicata sulle annualità 2023 e 2024, come previsto dall'art.1 comma 2 del DM di approvazione della metodologia.

8. AUDIT SULL'APPLICAZIONE DELLA DGR XII/787/23 PRESSO I DEA DI II LIVELLO

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC "Qualità e Sicurezza delle cure"

RIFERIMENTI NORMATIVI

DGR XII/2754/24 "Presa d'atto delle "linee di attività e della struttura organizzativa"

SINTESI

Il ruolo della rete Emergenza-Urgenza pre e intra-ospedaliera è quello di garantire la tempestiva stabilizzazione del paziente critico ed il riconoscimento precoce di problematiche potenzialmente evolutive, assicurando al cittadino il miglior percorso di cura all'interno delle reti di patologie tempo-dipendenti.

Regione Lombardia con la DGR XII/787/23 ha approvato il "Piano di riordino delle strutture, delle attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete emergenza-urgenza ospedaliera", con lo scopo di avviare un graduale processo di omogeneizzazione organizzativa dei Pronto Soccorso/DEA del SSR. Successivamente, con la DGR XII/2754/24 la Giunta ha fornito gli obiettivi verso i quali l'Agenzia doveva indirizzare prioritariamente l'attività nell'anno 2024 e tra essi rientrava la conduzione di audit sull'applicazione della DGR XII/787/23, con particolare riferimento agli Enti sede di DEA di II livello.

In ossequio al mandato normativo, l'ACSS ha predisposto e attuato, per l'anno 2024, un programma di audit che ha coinvolto 14 Enti pubblici e privati accreditati del SSR sede di DEA di II livello.

Considerata l'attività di audit condotta da AREU nel corso del 2023 e 2024 e i diversi interventi normativi, specifici per il settore, degli ultimi due anni, si è ritenuto di ampliare i criteri di audit includendo le normative che hanno avuto un impatto organizzativo sull'area emergenza-urgenza.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Al fine di migliorare la qualità delle prestazioni ed omogeneizzare il livello del servizio erogato dalla rete emergenza-urgenza, Regione Lombardia negli ultimi anni è intervenuta attraverso alcuni provvedimenti normativi:

- con la DGR XII/787/23 è stato approvato il "Piano di riordino delle strutture, delle attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete emergenza-urgenza ospedaliera", con lo scopo di avviare un graduale processo di omogeneizzazione organizzativa dei Pronto Soccorso/DEA del SSR;
- con la DGR XII/1827/24 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024", è stata inserita, tra gli obiettivi di ogni Direttore Sanitario e della Direzione generale delle ASST, l'attuazione compiuta della DGR XII/787/23;
- con la circolare prot. n. G1.2024.0017499 del 13.05.2024 avente ad oggetto "DGR n. XII/787/23 - primi adempimenti – riconoscimento posti tecnici Osservazione Breve Intensiva (OBI)" ha avviato il processo di accreditamento dei posti letto OBI presso le strutture sede di Pronto Soccorso- DEA II livello.

L'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario lombardo (ACSS), oltre ai compiti affidati dalla L.R. 33/2009 e dalla LR 15/2020, svolge 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.

Obiettivo

Adempiere alla DGR XII/2754/24 "Presa d'atto delle linee di attività e della struttura organizzativa dell'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo": la Giunta chiesto ad Agenzia, tra le attività nell'anno 2024 la conduzione di audit, con il supporto di altri soggetti del Sistema Regionale, sull'applicazione della DGR XII/787/23, con particolare riferimento agli Enti sede di DEA di II livello.

Metodi

L'attività di audit è stata condotta attraverso visit on-site.

Metodi di raccolta dati/informazioni: interviste, osservazioni, campionamento di attività e revisione/analisi della documentazione.

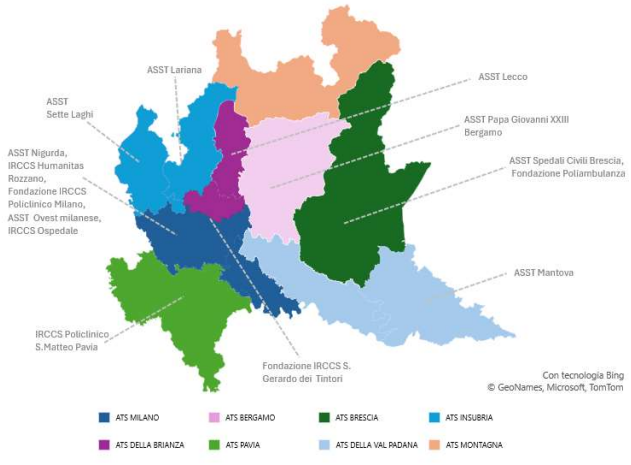
Strumenti utilizzati per la conduzione dell'audit: check list i cui quesiti sono stati definiti in considerazione della normativa di riferimento e riportata nella tabella seguente:

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE
DGR XI/6902/22	Determinazioni in merito all'organizzazione delle attese e alla prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari nel contesto del Pronto Soccorso.
DGR XII/1827/24	Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024.
DGR XII/512/23	Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2023.
DGR XII/787/23	Approvazione Piano di riordino delle Strutture, attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della Rete Emergenza-Urgenza Ospedaliera.
CIRCOLARE DGW G1.2024.0017499	DGR n. XII/787 del 31/07/2023 - Primi adempimenti – riconoscimento posti tecnici OBI.
ACCORDO S/R DEL 1/8/19 REP. ATTI N. 143/CSR	Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva
DGR XI/6893/22	Approvazione del documento tecnico Interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti da PS.
DGR XI/7758/22	Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2023 - Allegato 4
DM 70/2015	Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Considerate l'attività di audit condotta da AREU nel corso del 2023 e 2024 e i diversi interventi normativi, specifici per il settore, degli ultimi due anni, si è ritenuto di ampliare i criteri di audit includendo le normative che hanno avuto un impatto organizzativo sull'area emergenza-urgenza e condiviso con AREU l'opportunità di valutare/monitorare i piani di miglioramento originati dalle risultanze dei precedenti audit, ove condotti.

Attività

Considerato l'obiettivo di audit, sono stati invitati a partecipare, quali componenti del team di auditor, l'Agenzia Regionale per l'Emergenza Urgenza (AREU), l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) territorialmente competente e l'UO "Programmazione" della Direzione Generale Welfare.



Esiti

Di seguito, si riporta una sintesi tabellare degli esiti di sistema, organizzati con richiamo ai riferimenti normativi e aree di interesse di ACSS:

Riferimento: DGR XII/787/23

Osservazione Breve Intensiva (OBI)

Quesito/criterio	Criterio da soddisfare	Criterio non pienamente soddisfatto	Criterio soddisfatto	Non applicabile
Sono presenti locali dedicati all' Osservazione Breve Intensiva (OBI)?	0	0	14	0
L'area OBI è collocata nelle immediate vicinanze del Pronto Soccorso?	0	2	12	0
Le postazioni dedicate all'OBI, rispettano il criterio di una postazione ogni 5000 accessi in Pronto Soccorso?	0	9	5	0
Sono presenti posti di OBI pediatrica?	0	0	13	1
Sono presenti posti OBI ostetrica?	0	0	13	1
I posti OBI di Pronto Soccorso sono accreditati?	0	8	6	0
È previsto un sistema di monitoraggio interno del tempo di permanenza dei pazienti in OBI?	1	0	13	0
Esiste un monitoraggio della percentuale di pazienti che vengono ricoverati dopo permanenza in OBI?	0	0	14	0

Commento:

Il livello di massima aderenza, al percorso di riclassificazione dettato dalla norma di riferimento, non è stato ancora pienamente raggiunto.
Tuttavia, tutte le strutture pubbliche e private, hanno già attive aree adibite all'Osservazione Breve Intensiva. Nel 57% delle Strutture, le OBI risultavano in fase di accreditamento e/o di adeguamento organizzativo/strutturale.
Un Ente (non dispone di Pronto Soccorso/OBI Pediatrico e Ostetrico.
In un caso l'OBI adulti risulta complanare ma non collocata nelle immediate vicinanze del Pronto Soccorso. In un altro caso si rileva una distribuzione dei posti tra l'area del Pronto Soccorso e un'area ricavata all'interno di una degenza multispecialistica collocata nello stesso edificio ma non complanare al Pronto Soccorso stesso.
Il 64% delle strutture presenta un numero di postazioni dedicate all'OBI, inferiore al criterio di una postazione ogni 5000 accessi in Pronto Soccorso. Tuttavia, è opportuno specificare che tale disomogeneità, in alcuni casi, rappresenta una riparametrazione del criterio al fine di accreditare un numero appropriato di postazioni con il reale bisogno e/o con la reale sostenibilità valutata in termini di risorse umane e strutturali. In alcuni casi è previsto un update e/o adeguamento delle postazioni OBI al termine di lavori di ampliamento/ristrutturazione dei Pronto Soccorso.
Per quanto concerne i sistemi di monitoraggio, questi risultano implementati nella quasi totalità delle strutture; una struttura lo dichiara in fase di predisposizione.

Degenza Medicina d'Emergenza-Urgenza e Semintensiva

Quesito/criterio	Criterio da soddisfare	Criterio non pienamente soddisfatto	Criterio soddisfatto	Non applicabile
Nel POAS, all'interno dell'organizzazione del DEA è stata costituita la SC "Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza -Urgenza"?	1	5	7	1
È presente la sezione di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza connessa organizzativamente con il Pronto Soccorso (PS/OBI)?	5	3	6	0
Se sì, è accreditata?	8	1	5	0
Se sì, nell'ambito del reparto di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza sono previsti anche posti letto di semintensiva?	13	0	1	0

Commento:

Complessivamente si rileva una marcata difformità tra le strutture nell'applicazione della norma. Il livello di aderenza è ancora insoddisfacente. Solo una parte degli enti pubblici, ha costituito, nell'ambito del POAS, la SC Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza.
In alcuni casi sono presenti degenze assimilabili/affini alla Medicina d'Emergenza-Urgenza e collocate all'interno di aree mediche multispecialistiche e/o afferenti al Dipartimento di area medica e non sono connesse organizzativamente con i Pronto Soccorso.
Nella maggior parte delle Strutture le degenze di Medicina d'Emergenza-Urgenza risultano in fase di adeguamento organizzativo/strutturale.
La quasi totalità delle strutture non dispone di posti letto di semintensiva: la loro realizzazione richiede, generalmente, nuovi interventi strutturali che devono essere coerenti con quanto previsto dal DL 34/20. Tuttavia, alcune degenze presentano posti letto dotati di sistemi/moduli di monitoraggio multiparametrico per la medio-alta intensità di cura.

Ambulatorio Codici Minori

Quesito/criterio	Criterio da soddisfare	Criterio non pienamente soddisfatto	Criterio soddisfatto	Non applicabile
L'Ente/Struttura ha istituito l'ambulatorio "Codici minori"?	**1**	**2**	**11**	**0**
L'ambulatorio codici minori è gestito prioritariamente con personale aggiuntivo, anche non specialistico?	**2**	**1**	**9**	**0**

Commento:

Il livello di massima aderenza non è stato ancora pienamente raggiunto.

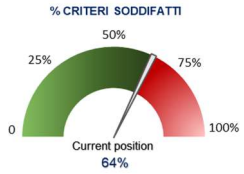
Quasi la totalità delle strutture auditate ha attivato l'ambulatorio Codici Minori. Un Ente ha previsto l'attivazione dell'ambulatorio dal mese di novembre 2024. Tuttavia, si registra una disomogenea modalità organizzativa sia in termini di fascia oraria, sia in termini risorse umane impiegate per la gestione degli stessi. Nello specifico, non sempre gli ambulatori vengono gestiti da personale aggiuntivo e/o non specialistico.

Ruolo MEU

Quesito/criterio	Criterio da soddisfare	Criterio non pienamente soddisfatto	Criterio soddisfatto	Non applicabile
L'organico dell'OBI è parte del Team di Pronto Soccorso?	**0**	**0**	**14**	**0**
L'organico medico e infermieristico dell'UO di Medicina d'Emergenza-Urgenza è parte del team che opera all'interno del Pronto Soccorso/OBI?	**5**	**3**	**4**	**2**

Commento:

Nel 100% dei casi l'organico che gestisce l'OBI è parte del Team del Pronto Soccorso. Diversamente, per quanto concerne l'organico delle Medicina d'Emergenza-Urgenza questo è influenzato dalla variabilità organizzativa e pertanto la rotazione non viene sempre garantita.
Per quanto concerne l'integrazione con il sistema di emergenza-urgenza preospedaliera (ospedali pubblici) si registra una significativa variabilità tra gli erogatori.



Riferimento: DGR XII/6893/22

Nucleo Aziendale per la gestione dei ricoveri in area medica

Quesito/criterio	Criterio da soddisfare	Criterio non pienamente soddisfatto	Criterio soddisfatto	Non applicabile
È stata costituito, con atto formale, il Nucleo Aziendale per la gestione dei ricoveri in area medica?	**0**	**0**	**14**	**0**
L'Azienda ha adottato una Procedura Aziendale volta a definire le modalità attraverso le quali sono resi disponibili i posti letto e il flusso dei pazienti da Ps alle Unità Operative di Degenza?	**1**	**0**	**13**	**0**

Commento:

Il livello aderenza è stato pienamente raggiunto.
Area ben presidiata e allineata con le disposizioni normative di riferimento.

Bed Management

Quesito/criterio	Criterio da soddisfare	Criterio non pienamente soddisfatto	Criterio soddisfatto	Non applicabile
È stata istituita, con atto formale, la figura del Bed Manager Aziendale?	**0**	**0**	**14**	**0**
La funzione di Bed Management, coordinata dal Bed Manager, è presente-attiva 365 giorni/anno?	**0**	**5**	**9**	**0**
L'Azienda/Struttura ha sviluppato, in modo integrato con i Sistemi Informativi Aziendali, un modulo per il "Bed board dinamico" che garantisce un cruscotto aggiornato dei posti letto liberi così come la previsione di dimissioni in giornata?	**5**	**2**	**7**	**0**
Esiste un confronto quotidiano tra Bed Manager e Nucleo Aziendale / referenti di area medica?	**0**	**0**	**14**	**0**
Esiste un sistema per l'identificazione precoce dei pazienti "bed blockers"?	**0**	**2**	**12**	**0**

Commento:

Ottimo il livello di aderenza. Area ben presidiata e prevalentemente allineata con le disposizioni normative di riferimento.
La presenza attiva 365 giorni/anno della funzione del Bed Manager è influenzata dalla variabilità organizzativa. Nei contesti in cui la funzione non viene presidiata attivamente 365 giorni/anno si rilevano modalità organizzative alternative a garanzia della funzione stessa es. l'attivazione di pronte disponibilità in capo ad organi e funzioni che partecipano alla gestione delle attività di Bed Management (DMP/DAAPS/Staff Bed Management etc.).
Solo nel 35% dei casi la funzione del Bed Management è supportata da un applicativo gestionale.
L'individuazione dei Bed Blockers viene attuata, seppur con modalità e efficacia diverse, nella maggior parte dei casi.

Admission Room

Quesito/criterio	Criterio da soddisfare	Criterio non pienamente soddisfatto	Criterio soddisfatto	Non applicabile
È stata istituita un'admission room?	**0**	**4**	**10**	**0**

Commento:

La gestione dei pazienti in attesa di ricovero risulta, in generale, presidiata. In alcuni contesti sono state costituite delle admission room “diffuse”, ovvero la messa a disposizione di posti letto da parte delle degenze e gestite con il supporto del Bed Manager. Altre realtà hanno identificato delle aree di pre-ricovero atte a liberare le aree di attesa dai pazienti in boarding.
Le principali difficoltà incontrate dagli erogatori nella realizzazione delle admission room sono legate a problematiche di tipo strutturale e/o di sostenibilità organizzativa in termini di disponibilità di risorse umane.

Percorsi Post- Pronto Soccorso

Quesito/criterio	Criterio da soddisfare	Criterio non pienamente soddisfatto	Criterio soddisfatto	Non applicabile
L'Ente/Struttura ha adottato i "Percorsi post-PS" attraverso ambulatori specialistici di diagnostica strumentale e di visite specialistiche per la gestione del paziente dopo la dimissione dal PS?	**0**	**0**	**14**	**0**

Commento:

Il livello aderenza è stato pienamente raggiunto.
Area ben presidiata e allineata con le disposizioni normative di riferimento.
Si registra una variabilità organizzativa in termini di modalità di gestione e tipologia di percorsi attivati.

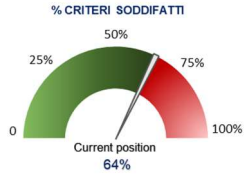
Riferimento: DGR XI/6902/2022

Installazione sistemi di allerta rapida delle Forze dell’ordine (pulsanti di chiamata, ecc…)

Quesito/criterio	Criterio da soddisfare	Criterio non pienamente soddisfatto	Criterio soddisfatto	Non applicabile
Nel Pronto Soccorso/DEA è attivo un sistema di allerta rapida delle forze dell'ordine?	**0**	**5**	**9**	**0**

Commento:

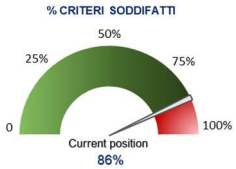
Nel 64% dei casi il sistema di allerta rapida è diretto verso le forze dell’ordine. Tuttavia, la totalità delle strutture auditate ha implementato e/o identificato una modalità di allerta rapida delle forze dell’ordine e/o della Vigilanza interna.
Utile segnalare come alcuni erogatori abbiano avviato interlocuzioni con le questure di riferimento al fine di valutare la possibilità di installare/introdurre sistemi di videosorveglianza governabili, da remoto, dalle forze dell’ordine stesse. Il sistema garantirebbe valutazioni, in tempo reale, delle situazioni segnalate e interventi mirati.



Quesito/criterio	Criterio da soddisfare	Criterio non pienamente soddisfatto	Criterio soddisfatto	Non applicabile
È presente una figura addetta a garantire la sicurezza dei visitatori e degli operatori.	**0**	**2**	**12**	**0**

Commento:

La totalità delle strutture auditate ha implementato il servizio di vigilanza interna attivo in Pronto Soccorso e/o in disponibile nel presidio e attivabile su chiamata. Non sempre il servizio è attivo H 24.



Creazione di ambienti accoglienti per utenti e accompagnatori nelle sale di attesa

Quesito/criterio	Criterio da soddisfare	Criterio non pienamente soddisfatto	Criterio soddisfatto	Non applicabile
Il Pronto Soccorso garantisce il periodico aggiornamento, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy, degli accompagnatori dei pazienti circa lo stato di avanzamento del percorso di diagnosi e cura?	**0**	**0**	**14**	**0**
In Pronto Soccorso è presente il punto di contatto e dei Servizi di accoglienza (Stewardship) per i pazienti in attesa e per i familiari?	**1**	**1**	**12**	**0**
Sono presenti ambienti accoglienti per utenti e accompagnatori nelle sale di attesa? (colonnine di ricarica, distributori automatici, monitor…)	**0**	**0**	**14**	**0**

Commento:

Per quanto concerne le azioni volte al miglioramento e/o alla creazione di ambienti di attesa accoglienti, si riscontra un'aderenza del 100%.
Si rileva una disomogeneità legata alle figure utilizzate per l'attività di accoglienza (OSS-Operatori di Vigilanza-Volontari- etc.) e una variabilità in termini di presenza attiva del servizio di stewardship. Tre strutture hanno introdotto la funzione del Caring Nurse: la funzione è svolta da personale infermieristico esperto che assicura un canale comunicativo continuo ed efficace tra la struttura e i pazienti e/o accompagnatori.
Tutte le strutture sono dotate di monitor informativi per la gestione delle attese. Presso una struttura è in fase di implementazione "web app parenti" un'applicazione che consentirà ai parenti di monitorare il percorso del paziente all'interno del PS.

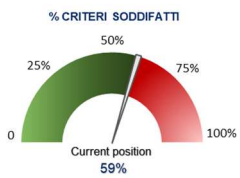
Riferimento: Area di interesse di ACSS

Qualità e Sicurezza delle cure

Quesito/criterio	Criterio da soddisfare	Criterio non pienamente soddisfatto	Criterio soddisfatto	Non applicabile
Alla luce dei cambiamenti organizzativi, introdotti dalle recenti normative e implementati dalla struttura, la Funzione di Risk Management Aziendale ha condotto un'analisi proattiva (es. Fmea/Fmeca) sul processo di "Gestione del paziente in Pronto Soccorso" al fine di evidenziare possibili criticità che nei processi clinico-assistenziali potrebbero provocare danni o eventi avversi ai pazienti?	**7**	**2**	**5**	**0**
È stata implementata una procedura a governo del processo di comunicazione per il "passaggio delle consegne"?	**3**	**2**	**9**	**0**
È stata implementata una modalità formale che identifica le modalità di comunicazione dei risultati critici di esami diagnostici ai clinici di Pronto Soccorso?	**1**	**2**	**11**	**0**

Commento:

L'analisi proattiva (es. Fmea/Fmeca) sul processo di "Gestione del paziente in Pronto Soccorso", atta ad evidenziare criticità nei processi clinico-assistenziali, è stata attuata/condotta dal 36% degli erogatori. La mappatura dei processi e l'applicazione di uno strumento di analisi proattiva del rischio richiede, pertanto, una particolare attenzione. Variabilità documentale a supporto dei processi di passaggio delle consegne e di comunicazione dei risultati diagnostici critici.



CONCLUSIONI

L'attività di audit è stata complessivamente molto ben accolta e partecipata dalle Direzioni Strategiche, in un clima di massima collaborazione.

I sopralluoghi hanno evidenziato come in tutti gli enti sia particolarmente curata la gestione delle sale di attesa e la comunicazione con i parenti: da sottolineare come la figura del "Caring nurse" risulti particolarmente efficace nel ridurre sia il contenzioso con gli accompagnatori sia il numero di interruzioni nella routine di lavoro dei medici e infermieri.

Nella maggioranza dei presidi sono emersi limiti strutturali che impediscono la piena applicazione della suddivisione dei percorsi per intensità di cura nei Pronto Soccorso: i DEA sono gravati da problemi di sovraffollamento legato sia a limiti di capacità logistico/recettiva dei locali rispetto al numero di accessi sia alla presenza di pazienti in attesa di ricovero.

La presa in carico del problema "boarding" è stato affrontato con sensibilità molto diverse dalle Direzioni Strategiche: è indubbio che dove sono trasversali le risorse impegnate nel monitoraggio e gestione della problematica (DS, DM, bed manager, dimissioni protette, dipartimenti medici, gestione operativa ecc), sono stati sviluppati cruscotti informatici di monitoraggio del cosiddetto "patient flow" e vi è un forte sviluppo dei rapporti con le risorse territoriali, sanitarie e sociali, sono evidenti i risultati in termini di netto contenimento del fenomeno.

Importante supporto all'attività di Pronto Soccorso viene data dallo sviluppo di percorsi di Fast-track, di percorsi ambulatoriali dedicati post-dimissione e il supporto nel disbrigo delle pratiche burocratiche da parte di figure amministrative dedicate. Una quota significativa dei DEA visitati ha sicuramente la possibilità di sviluppare ulteriormente questi temi a fronte di un basso investimento organizzativo, di risorse umane o strumentali (programmi informatici).

Al momento delle visite, il processo di riclassificazione OBI era avviato in tutte le strutture e si era già concluso per talune: le difficoltà maggiori che sono emerse sono legate al rispetto del requisito di 1 posto letto tecnico ogni 5000 accessi. In taluni casi, in accordo con l'ATS territorialmente competente, si è provveduto a una riparametrazione del criterio al fine di accreditare un numero appropriato di postazioni con il reale bisogno e/o con la reale sostenibilità valutata in termini di risorse umane e strutturali.

In merito alle degenze MEU, sia per quelle di nuova istituzione sia per quelle già esistenti e accreditate come degenze di medicina interna, sono emerse in maniera pressoché uniforme le difficoltà degli Enti a iniziare il processo di accreditamento secondo quanto previsto dalla DGR XII/787/23 in relazione ai letti di semintensiva e al dettato di prossimità dell'allocazione del reparto rispetto ai locali del Pronto Soccorso. Infatti, l'assolvimento di questi requisiti richiede, per tutti i DEA di II livello visitati, l'avvio di una fase di ristrutturazione, più o meno importante dei presidi. Perciò, per consentire l'avvio comunque almeno del processo di riclassificazione delle esistenti, è ipotizzabile un transitorio periodo di deroga a questi requisiti (posti letto semintensivi e vicinanza con il Pronto Soccorso).

L'attività di audit ha permesso di evidenziare notevoli differenze nella messa a regime dell'Ambulatorio Codici Minori, legate soprattutto alla possibilità di assumere le risorse mediche necessarie.

Le difficoltà incontrate nel reclutamento del personale medico ed infermieristico è un tema comune a tutti gli enti del SSR, da cui non sono immuni nemmeno i presidi dotati di DEA di II livello che, per loro natura, sono sicuramente i più attrattivi per i professionisti.

La figura dello specialista MEU è ancora, seppur in aumento negli ultimi anni, minoritaria rispetto alle risorse mediche complessive dei Pronto Soccorso. Gli staff medici di Pronto Soccorso ruotano nella totalità dei casi tra l'attività di Pronto Soccorso e di OBI e, in circa la metà dei casi, coprono anche l'attività delle degenze MEU, ove presenti. È sicuramente ancora in fase iniziale l'integrazione tra gli

staff dei Pronto Soccorso con il personale del preospedaliero. Dall'analisi fatta con le diverse realtà è evidente che l'integrazione dei vari team, intra e extra ospedalieri, è un processo avviato ma che richiede tempo, vedendo come *primum movens* sicuramente l'avvio di procedure concorsuali uniche ma che risulta inefficace se non supportato da un'attenzione della dirigenza apicale nell'accompagnare il cambiamento culturale: strategico è garantire una fase di transizione continua e senza strappi o fughe in avanti che possano mettere in difficoltà i diversi servizi.

Durante l'attività di audit è emerso quanto sia alta la sensibilità e avanzato lo sviluppo di progetti per la presa in carico di pazienti vittima di violenza di genere o sessuale; allo stesso modo risulta molto attenzionato il fenomeno degli agiti aggressivi nei confronti degli operatori e lo sviluppo di sistemi di dissuasione o di rapido intervento (guardie giurate, telecamere, pulsante rosso e accordi con le questure di riferimento o presenza delle forze dell'ordine).

Infine, dal punto di vista del Risk Management dall'attività di audit è emersa sicuramente una adeguata cultura di tutti gli enti nel segnalare e gestire reattivamente gli eventi avversi ma non risultano attività di analisi proattiva negli ultimi anni, a fronte di notevoli cambiamenti logistico/organizzativi intervenuti.

Gruppo di Miglioramento del Pronto Soccorso 2.0 – ATS Bergamo

Nel corso del 2024, ATS Bergamo ha attivato un Gruppo di Miglioramento sulle attività dei DEA/Pronto Soccorso.

L'attività, tutt'ora in corso, coinvolge gli erogatori pubblici e privati che operano all'interno del territorio di afferenza dell'ATS Bergamo e sede di DEA/Pronto Soccorso e/o coinvolti e/o portatori di interesse, nella gestione del Sistema dell'Emergenza Urgenza. ACSS è componente attiva nelle attività del Gruppo di Miglioramento con un ruolo di supervisione e di indirizzo, nell'ottica di una visione di sistema. Le informazioni e le esperienze, anche in termini di buone pratiche, raccolte con l'attività di audit sui DEA/Pronto Soccorso da parte di ACSS, hanno rappresentato e rappresentano una solida base dati a supporto della funzione di indirizzo sulle attività del Gruppo di Miglioramento.

9. PRESA IN CARICO EVENTI AD ALTA CRITICITA' E/O A VALENZA MEDIATICA: ANALISI/CONTROLLO DI SECONDO E TERZO LIVELLO

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC "Qualità e Sicurezza delle cure"

RIFERIMENTI NORMATIVI

DGR XII/2754/24 "Presa d'atto delle "Linee di attività e della struttura organizzativa"

Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"

SINTESI

La sicurezza delle cure è un diritto del paziente e rappresenta un obiettivo strategico ed imprescindibile per un'organizzazione sanitaria efficiente e virtuosa. La Legge n. 24 dell'8 marzo 2017, afferma il diritto alla sicurezza delle cure, come parte costitutiva del diritto alla salute. Con la Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" è stata apportata una modifica al comma 4 dell'art.11 della LR 33/2009. Nello specifico, è stata inserita la lettera I bis che aggiunge, alle funzioni svolte dall'Agenzia di Controllo, l'attività di "Sviluppo e validazione di indicatori di rischio in grado di rilevare in maniera tempestiva eventi sentinella specifici". Successivamente, con la DGR XII/2754/24 la Giunta ha fornito gli obiettivi verso i quali l'Agenzia doveva indirizzare prioritariamente l'attività nell'anno 2024 e tra essi ha fissato di "Sviluppare e validare indicatori di rischio in grado di rilevare in maniera tempestiva eventi sentinella specifici e supportare il Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente (CRGRS)".

Al fine definire una linea di indirizzo sull'attività di collaborazione/supporto tra ACSS e CRGRS, nel corso del 2024 è stata formalizzata una specifica procedura in merito all'attività di verifica congiunta nell'evenienza che si verifichino eventi critici con impatto rilevante sull'organizzazione e indicativi di audit e controlli di secondo e terzo livello.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

La Legge n. 24/2017 ha previsto l'istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (CRGRS), che hanno tra i loro compiti quello di effettuare la raccolta dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private dei dati regionali relativi ai rischi, agli eventi avversi agli eventi sentinella, nonché agli eventi senza danno, dei dati relativi alle tipologie dei sinistri, alle cause, all'entità e alla frequenza all'onere finanziario del contenzioso, al fine della trasmissione all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità.

Con la Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" è stata apportata una modifica al comma 4 dell'art.11 della LR 33/2009. Nello specifico, è stata inserita la lettera I bis che aggiunge, alle funzioni svolte dall'Agenzia di Controllo, l'attività di "Sviluppo e validazione di indicatori di rischio in grado di rilevare in maniera tempestiva eventi sentinella specifici".

Con la Deliberazione del Comitato di Direzione di ACSS n. 1 del 17/01/2024, è stato approvato il PIAO 2024-2026, contenente la strutturazione del nuovo Organigramma dell'Agenzia. In particolare, con il nuovo assetto organizzativo è stata modificata la denominazione della SC "Controllo Accessibilità" in SC "Qualità e Sicurezza delle Cure".

Con la DGR XII/1827/24 "Determinazioni In ordine agli Indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024" Allegato 4 Polo Ospedaliero – Cap.4.6 Risk Management - il legislatore in ossequio alla riforma

attuata con la LR 22/2021 ha previsto che "nel corso dell'anno sarà altresì sviluppata la funzione dell'Agenzia di Controllo del Servizio Socio Sanitario lombardo di cui all'art. 11, comma 4, lett. I bis, della L.R. 33/2009".
Con la Determina del Direttore Generale di ACSS n. 12 del 19/02/2024, sono stati rimodulati gli ambiti di competenza della SC "Qualità e Sicurezza delle Cure". Tra gli ambiti di competenza della struttura, rientrano:

- attività in materia di promozione e verifica delle politiche di prevenzione e gestione del rischio degli Enti del SSR al fine di garantire efficacia, qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate;
- audit e controlli di secondo livello nonché analisi degli eventi avversi a valenza mediatica occorsi presso le strutture sanitarie e sociosanitarie, anche suggerendo azioni di miglioramento.

Con la DGR XII/2754/24, la Giunta ha fornito gli obiettivi verso i quali l'Agenzia doveva indirizzare prioritariamente l'attività nell'anno 2024 e tra essi ha indicato di "Sviluppare e validare indicatori di rischio in grado di rilevare in maniera tempestiva eventi sentinella specifici e supportare il Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente (CRGRS)".

Al fine definire una linea di indirizzo sull'attività di collaborazione/supporto tra ACSS e CRGRS, nel corso del 2024 è stata formalizzata una specifica procedura in merito all'attività di verifica congiunta nell'evenienza che si verifichino eventi critici con impatto rilevante sull'organizzazione e indicativi di audit e controlli di secondo e terzo livello.

Obiettivo

- Fornire una linea di indirizzo sull'attività di verifica congiunta (CRGRS della DGW-ACSS) in caso di eventi critici con impatto rilevante sull'organizzazione indicativi di audit e controlli di secondo e terzo livello.
- Armonizzare e standardizzare le fasi e le modalità operative.
- Favorire la sinergica collaborazione tra la SC Qualità e Sicurezza delle Cure e il Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente della DGW.

Metodi

Costituzione di un Gruppo di Lavoro (ACSS e CRGRS) per la redazione di una specifica procedura.

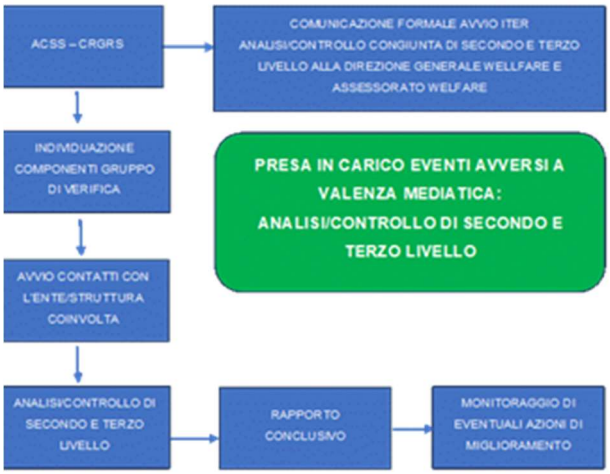
Attività

A seguito di un confronto costruttivo tra gli operatori coinvolti all'interno del Gruppo di Lavoro, è stata formalizzata e approvata la procedura dal titolo "*Presa in carico eventi ad alta criticità e/o a valenza mediatica: analisi/controllo di secondo e terzo livello"*.

La procedura definisce compiti, ruoli e ambiti di azione di ACSS e CRGRS in presenza di eventi critici con impatto rilevante sull'organizzazione e indicativi di audit e controlli di secondo e terzo livello congiunti.

Si riporta, di seguito una sintetica rappresentazione del processo:

Figura 1 Processo di presa in carico eventi avversi a valenza mediatica



CONCLUSIONI

Nell'ottica di una proficua e sinergica collaborazione tra le parti convolte nelle attività di analisi/controllo, in presenza di eventi ad alta criticità e/o a valenza mediatica, la procedura rappresenta un importante e indispensabile strumento di armonizzazione dei ruoli e delle attività. La procedura traccia, altresì, un passo fondamentale verso il consolidamento della collaborazione/cooperazione tra ACSS e CRGRS sul tema della sicurezza delle cure in nell'ottica di sistema e per il sistema.

10. ANALISI ATTIVITÀ DI BED MANAGEMENT

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC “Qualità e Sicurezza delle cure”

RIFERIMENTI NORMATIVI

DGR XI/6893/22 “Approvazione del documento tecnico «Interventi per l’efficientamento del flusso dei pazienti dal Pronto Soccorso»”

DGR XII/1827/24 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2024”

Nota Regione Lombardia, Direzione Generale Welfare, Protocollo G1.2024.00036359 del 26/09/2024: determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzia di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) e dell’Azienda Regionale Emergenza e Urgenza (AREU)- anno 2024.

SINTESI

Negli ultimi anni si è registrato un costante aumento del fenomeno del sovraffollamento nei Pronto Soccorso (PS) dovuto a molteplici cause sia extra ospedaliere che intraospedaliere.

La permanenza prolungata di pazienti all’interno del PS è un elemento di criticità che può avere ripercussioni sulla gestione del percorso diagnostico terapeutico, sul sovraffollamento, ritardi nella presa in carico, riduzione del comfort del paziente e disagi per i professionisti.
Il processo di ricovero dei pazienti dal PS rappresenta un punto chiave del patient-flow ossia il processo di movimentazione del paziente all’interno della Struttura Sanitaria dall’ammissione alla dimissione.

Per fronteggiare tale fenomeno e ridurre le criticità, Regione Lombardia, con appositi decreti e nello specifico la DGR XI/6893/22 Documento tecnico “interventi per l’efficientamento del flusso dei pazienti dal Pronto Soccorso” e la DGR XII/1827/24 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’ano 2024” allegato 4, Polo Ospedaliero, Appendice 4,1 “Modello regionale delle competenze, funzioni e responsabilità del Bed Manager”, definisce l’istituzione della figura del Bed Manager in tutte le ASST.

L’istituzione della Funzione di Bed Manager ha come obiettivo il coordinamento e l’integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e territoriali, i percorsi diagnostici - terapeutici attraverso l’ottimizzazione dei flussi e in risposta alla relazione tra richiesta e offerta. Il Bed Manager collega e facilita le fasi di ricovero in ospedale dei pazienti mediante un'adeguata gestione dei posti letto al fine di raggiungere l'assetto assistenziale ottimale rispetto alle risorse disponibili.
Il Bed Manager è una figura sanitaria con conoscenze e competenze clinico assistenziali, anzianità di almeno 3 anni per un’opportuna conoscenza dell’organizzazione presso cui opera e in particolare della logistica delle strutture, dei servizi e dei professionisti con il quale deve interagire e coordinarsi. Deve avere competenze relazionali, di gestione dei conflitti e di problem solving.
L’Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario Lombardo ha quindi predisposto e inviato un format a tutte le ASST per l’elaborazione della relazione di fine anno sulle attività di Bed Management e ha analizzato qualitativamente i documenti prodotti.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Come riportato nella DGR n. XII/2851/24 “Determinazione in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio-Sanitarie (ASST) e dell’Agenzia Regionale di Emergenza

Urgenza (AREU), anno 2024, che identifica tra altri obiettivi operativi le "azioni di miglioramento dei Pronto Soccorso", la Direzione Generale Welfare, con protocollo GI.2024.0036395 del 26/09/2024 ha richiesto alle ASST di inviare entro il 31 gennaio 2025 all'Agenzia dei Controlli Socio Sanitari la relazione annuale di Bed Manager.

L'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario Lombardo ha quindi predisposto un format inviato a tutte le ASST per l'elaborazione della relazione di fine anno sulle attività di Bed Management.

Il format distribuito nel mese di ottobre è stato strutturato in 4 macro-aree:

- Inquadramento generale
- Analisi del contesto aziendale
- Rapporto di attività 2024
- Patient flow: progetti di efficientamento del percorso del paziente in PS

Entro la scadenza stabilita da Regione sono pervenute le relazioni di tutte le ASST (26), 1 dall' IRCCS San Gerardo Monza e 1 dalla Struttura Privata Accreditata I.C. Mater Domini S.p.A. per un totale di 28 rendicontazioni.

L'analisi effettuata sulle relazioni pervenute ha preso in esame i seguenti parametri:

- profilo del BM, afferenza e operatività;
- governo delle risorse posto letto;
- strumenti informatici e cruscotti di monitoraggio delle attività;
- eventuali criticità rilevate nell'organizzazione/gestione del processo di bed management;

Obiettivo

Obiettivo dell'analisi è verificare l'aderenza delle ASST alla normativa di riferimento e analizzare i diversi aspetti propri dell'attività del Bed Manager nell'ottica dell'efficientamento dei flussi dei pazienti n Pronto Soccorso.

Metodi

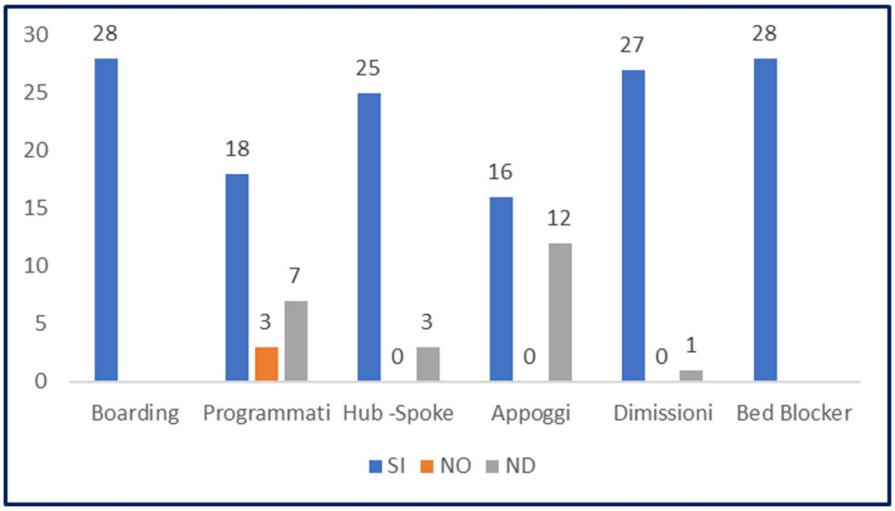
Ai fini dell'analisi si sono individuati i parametri da misurare e riscontrabili nelle relazioni pervenute misurandoli in termini assoluti e in percentuali e rappresentandoli in grafici riassuntivi. Gli elementi richiesti ma non descritti in alcune relazioni sono stati considerati non dichiarati (ND).
Le figure professionali che sono state individuate e formalizzate dalle ASST per ricoprire il ruolo di Bed Manager sono Medici (9) o Infermieri con Funzioni organizzative (19) tutti con formazione certificata dalle Direzioni e con esperienza di almeno 3 anni nell'Azienda.
Gerarchicamente e funzionalmente prevalentemente afferiscono alla Direzione Sanitaria (13) a seguire il DAPSS (7), la Struttura Gestione Operativa Next Generation (5) e la Direzione Medica di Presidio (2), in una relazione non è stato possibile identificare tale dato.

A seconda del modello organizzativo implementato, dalla complessità dell'Azienda e delle figure professionali dedicate al Servizio di Bed Management, la presenza del Bed Manager viene garantita nei giorni feriali (5 giorni) da 15 Aziende, 6 giorni (lunedì-sabato) in 5 Aziende e 7 giorni (festivi compresi) in 7 Aziende; 1 sola Azienda non specifica le giornate di presenza del Bed Manager. Le ore giornaliere di presenza variano da un minimo di 8 ore ad un massimo di 12ore/die; la continuità operativa del servizio di Bed Management viene vicariata prevalentemente da figure sanitarie già reperibili per altre attività (Medico di Direzione, DAPSS), in due Aziende dal Medico di guardia in PS.

Nell'analisi delle relazioni è emerso che 19 Aziende dichiarano che il Bed Manager è parte del Comitato di Crisi, mentre 9 Aziende non lo descrivono; il Bed Manager è una risorsa fondamentale all'interno dell'Unità di Crisi per la gestione dell'iperafflusso dovuto a qualsiasi tipologia di evento che determini

un aumento considerevole dell'arrivo di pazienti in Pronto Soccorso, nel caso di attivazione del protocollo PEIMAF o in caso di eventi straordinari/pandemici che necessitino di una riorganizzazione Aziendale.

Le attività analizzate e assegnate alla Funzione di Bed Manager corrispondono a quanto richiesto nel documento di riferimento "Modello regionale delle competenze, funzioni e responsabilità del Bed Manager" e riguardano la gestione del flusso PL (boarding), dei ricoveri programmati, della rete Hub e Spoke, delle dimissioni e dei bed blockers con la seguente distribuzione:



L'analisi evidenzia che la totalità dei Bed Manager gestisce l'assegnazione dei posti letto aziendali, nel rispetto delle indicazioni dei clinici, identificando il setting più appropriato in relazione alla complessità clinico-assistenziale con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa nei PS, dato monitorato e misurato dalle aziende e inserito nel cruscotto dei parametri rilevati. Tale obiettivo è in parte collegato ad una gestione corretta del fenomeno del bed blockers attraverso un'identificazione precoce di quei pazienti che, una volta terminato il percorso diagnostico terapeutico, potrebbero continuare ad occupare un posto letto per acuti in attesa di una sistemazione alternativa.

Sempre in un'ottica di ottimizzazione del rapporto domanda – offerta la gestione dei ricoveri programmati, settimanalmente o quindicinalmente, riguardanti soprattutto le attività di area chirurgica, consente un monitoraggio delle possibili difficoltà nella gestione delle urgenze da PS anche in rapporto ad aumenti prevedibili di afflusso in alcuni momenti/periodi dell'anno. In relazione alle risorse dedicate al Bed Management, la maggior parte delle Aziende (18) dichiara che il Bed manager partecipa alla pianificazione dei ricoveri programmati, in 3 aziende tale programmazione non coinvolge il Bed Manager mentre 7 relazioni non descrivono il coinvolgimento del Bed Manager in tale attività pertanto non è possibile escludere o includere tale funzione all'interno delle attività di Bed Management.

Per sopperire all'indisponibilità di essere accolto nel setting più appropriato, mantenendo un elevata ed adeguata garanzia di presa in carico corretta, 16 aziende hanno assegnato al Bed Manager la gestione degli "appoggi" cioè l'organizzazione del ricovero del paziente acuto in posto letto in struttura diversa da quella ottimale, ma con caratteristiche assistenziali adeguate alla patologia, in attesa della disponibilità del posto nel reparto di destinazione che possa riassorbire il paziente entro un tempo congruo; 12 relazioni non riportano la gestione di tale attività tra le funzioni del Bed Manager .

Dalle relazioni è stato possibile evincere anche le criticità rilevate nello svolgimento delle attività assegnate alla Funzione di Bed Manager, le più rappresentative e frequenti riguardano:

- l'assenza di un software specifico e dedicato che si popoli automaticamente ad ogni dimissione, trasferimento o assegnazione del posto letto; tale strumento permetterebbe una comunicazione efficace e automatica tra il Servizio di Bed Management e le UO di degenza creando un risparmio di tempo-operatore;
- la mancanza di integrazione tra i vari sistemi informativi aziendali con necessità di compilazione manuale e visualizzazione di applicativi diversi; il cruscotto di monitoraggio dei dati da raccogliere è spesso il frutto di dati forniti da programmi locali diversi;
- carenza di personale dedicato all'attività di Bed Management con conseguenze mancata copertura del servizio in alcune giornate (festivi);
- mancato equilibrio tra domanda e offerta di posti letto di Area Internistica;
- l'assenza di un corso di formazione specifico

CONCLUSIONI

Dalle relazioni emerge chiaramente che la risorsa "posto-letto" apparentemente statica, è in realtà al centro di un complesso gioco di equilibrio e decisioni. La fluttuazione della domanda di posti letto, influenzata da fattori stagionali ed imprevisti, può avere un impatto sull'efficienza e sulla qualità dell'assistenza sanitaria erogata e/o percepita dall'utente. Comprendere le dinamiche e prevedere le tendenze a breve, medio termine è essenziale per una gestione efficace preventiva e reattiva.

La conoscenza dell'organizzazione, il monitoraggio continuo delle disponibilità di PL, di eventuali dimissioni e trasferimenti è efficace nell'organizzazione dei flussi di pazienti garantendo la qualità delle prestazioni e dei percorsi idonei.

Il cruscotto di monitoraggio che ogni Azienda ha implementato, il monitoraggio costante dei dati, dell'andamento dei ricoveri e la lettura dei dati storici, aiutano il Bed Manager e le Direzioni a elaborare modelli predittivi che aiutano ad anticipare i periodi di elevata richiesta consentendo alle Aziende di prepararsi al meglio sia in termini di risorse che in termini di posti letto.

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

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE CONTROLLI

SC "Sanità digitale e Tecnologie Innovative"

RIFERIMENTI NORMATIVI

DGR n. XII/1474/23
DGR n. XII/1476/23
DGR n. XII/1508/23
DGR n. XII/1549/23
DGR n. XII/1673/23
DGR n. XII/2363/24
DGR n. XII/2765/24
DGR n. XII/3628/24

SINTESI

Nell'ambito 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, ACSS è stata delegata a svolgere il ruolo di soggetto correlato intermediario (DDG Welfare n. 5803 del 12/04/2024) con particolare riferimento all'effettuazione di attività di controllo tecnico contabile, monitoraggio e supporto ai fini della rendicontazione degli interventi previsti, anche mediante audit presso gli Enti utilizzatori e di definire l'incarico ad ARIA S.p.A. per ogni progettualità cui è stato dato mandato ad ACSS.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Come anticipato nella sezione relativa al bilancio, ACSS risulta destinataria di consistenti fondi in conto capitale, riguardo ai quali è stata espressamente delegata da DG Welfare a svolgere il compito di soggetto correlato intermediario.

In merito alle progettualità sopra richiamate dalle DGR, la DG Welfare con decreto n. 5803 del 12/04/2024 ha delegato ACSS ad effettuare attività di controllo tecnico contabile, monitoraggio e supporto ai fini della rendicontazione degli interventi previsti, anche mediante audit presso gli Enti utilizzatori e di definire l'incarico ad ARIA S.p.A. per ogni progettualità assegnata ad ACSS.

Nel corso dell'esercizio 2024, oltre alla definizione degli incarichi da affidare ad ARIA SPA, l'Agenzia ha svolto ulteriori azioni propedeutiche all'esecuzione dei controlli delegati.

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, ed a seguito di approfondimenti, il Comitato di Direzione, su proposta del Direttore Generale, ha ritenuto utile inserire il monitoraggio di alcune tematiche inerenti la Sanità Digitale nel piano triennale dei controlli e dei protocolli (PCP) 2024-2026.

Risulta infatti necessario, stante la rilevanza del tema e il livello dei finanziamenti impegnati, una sezione che preveda le verifiche e proposte, relative agli ambiti dell'innovazione tecnologica e della sanità digitale e inclusive dell'attività sotto riportate.

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.

Inoltre, il decreto del 30 dicembre 2024 introduce una disciplina transitoria divisa in tre fasi, con tempi di attivazione specifici, per garantire l'attuazione delle disposizioni del FSE 2.0. Questo decreto assicura che tutte le Regioni e Province autonome implementino l'oscuramento automatico dei dati, la registrazione delle operazioni sul FSE, l'identificazione dell'assistito, la realizzazione del Profilo Sanitario Sintetico e altri requisiti tecnici e funzionali necessari per il corretto funzionamento del FSE 2.0.

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 pseudoanonimizzazione 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) e in aderenza con quanto richiesto dal Decreto del Ministero della Salute del 31 dicembre 2024 riguardante l'EDS (Ecosistema Dati Sanitari). 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 particolare, i provvedimenti regionali prevedono il potenziamento dell'infrastruttura centrale regionale e degli applicativi informatici degli enti erogatori pubblici e privati, nonché gli adeguamenti normativi.

In questo contesto, ACSS nel corso del 2024, sulla base delle indicazioni del RUP di progetto ha definito gli incarichi ad ARIA S.p.A,.

Dopo l'emanazione dei decreti ministeriali del 2022 e del 2023 che hanno fornito le linee guida e le disposizioni attuative per il FSE, sono state intraprese numerose azioni per garantire la realizzazione del progetto nei tempi previsti. Una delle iniziative di ACSS è stata la richiesta rivolta a ogni ente erogatore (IRCCS, ASST e ATS) di designare un referente aziendale per il progetto FSE.

Questo passaggio è stato cruciale per assicurare una comunicazione efficace e un coordinamento adeguato tra tutte le parti coinvolte. I nominativi dei referenti sono stati ufficialmente trasmessi da ACSS ai referenti di ARIA S.p.A. e ai referenti della U.O. Sanità Digitale della DGW, permettendo così di organizzare riunioni e sessioni di formazione specifiche.

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.
In particolare, il Decreto ministeriale n. 77 del 2022 ha stabilito nuove linee guida per l'organizzazione della rete di assistenza territoriale, rafforzando il ruolo delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali. Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) ha un ruolo chiave come ente di coordinamento e monitoraggio delle attività, garantendo che le innovazioni tecnologiche

e le nuove infrastrutture siano implementate in maniera efficiente e uniforme su tutto il territorio nazionale.

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), di 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.

Regione Lombardia con la DGR XI/5872/22 ha approvato l'offerta Tecnico Economica relativa al progetto "Nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio" che 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.

Con DGR XII / 62 del 27/03/2023, considerato che i servizi implementati nell'ambito del nuovo Sistema di Gestione Digitale del Territorio sono perfettamente allineati alle indicazioni, progettualità e obiettivi definiti a livello nazionale dal PNRR per la linea di investimento 1.2.2. COT Interconnessione aziendale, Regione Lombardia individua la progettualità SGDT tra i progetti co-finanziati con fondi PNRR e ne rimodula la relativa copertura.

Con successiva DGR XII/1508/2023 Regione Lombardia ha dato mandato ad ACSS di definire l'incarico per ARIA S.p.A. necessario alla realizzazione degli interventi relativi al progetto "SGDT".

Con DGR XII / 3628 del 16/12/2024 viene approvata la rimodulazione dell'offerta economica di cui alla DGR XI/5872/22 ed assegnati ulteriori fondi PNRR ad ACSS.

In questo contesto, ACSS nel corso del 2024 ha definito l'incarico ad ARIA S.p.A., in relazione alla sola attività di monitoraggio e controllo dell'attività svolta, stante la preesistenza di un incarico di avvio delle attività come illustrato nei paragrafi precedenti.

Anche in questo caso ACSS ha richiesto ad ogni ente erogatore (IRCCS, ASST e ATS) di designare un referente aziendale per il progetto SGDT.

Questo passaggio è stato cruciale per assicurare una comunicazione efficace e un coordinamento adeguato tra tutte le parti coinvolte. I nominativi dei referenti sono stati ufficialmente trasmessi da ACSS ai referenti di ARIA S.p.A. e ai referenti della U.O. Sanità Digitale della DGW, permettendo così di organizzare riunioni e sessioni di formazione specifiche.

UPSKILLING

Nell'ambito del progetto nazionale PNRR FSE 2.0, si è posta particolare attenzione allo sviluppo delle competenze digitali degli operatori sanitari, riconoscendo l'importanza di un aggiornamento costante e mirato per garantire l'efficacia e la qualità del sistema sanitario. L'iniziativa regionale "Upskilling - programma regionale per l'incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario della Lombardia" ha come obiettivo principale la transizione dal Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 1.0 al FSE 2.0, migliorando così la gestione delle informazioni sanitarie e facilitando la comunicazione tra i vari attori del sistema sanitario.
L'obiettivo del progetto è quello di fornire formazione a circa 95.000 professionisti del SSR Lombardo, garantendo che ciascuno di loro sia in grado di utilizzare il nuovo sistema FSE 2.0 in maniera efficiente. Questo include anche la formazione di circa 100 Key User per ogni ASST, che avranno il compito di guidare il processo di transizione e di supportare il personale medico, infermieristico e amministrativo dei Digital Health Leader che, attraverso workshop di formazione avanzata, saranno equipaggiati per definire buone pratiche e sviluppare progetti innovativi, contribuendo così alla continua evoluzione del sistema sanitario regionale.
In questo contesto, ACSS nel corso del 2024, sulla base delle indicazioni del RUP di progetto ha definito gli incarichi ad ARIA S.p.A,.

Dopo l'emanazione dei decreti ministeriali del 2022, 2023 e del 2024 che hanno fornito le linee guida e le disposizioni attuative per il FSE, sono state intraprese numerose azioni per garantire la realizzazione del progetto nei tempi previsti. Una delle iniziative di ACSS è stata la richiesta rivolta a ogni ente erogatore (IRCCS, ASST e ATS) di designare un referente aziendale per il progetto UPSKILLING.

Questo passaggio è stato cruciale per assicurare una comunicazione efficace e un coordinamento adeguato tra tutte le parti coinvolte. I nominativi dei referenti sono stati ufficialmente trasmessi da ACSS ai referenti di ARIA S.p.A. e ai referenti della U.O. Sanità Digitale della DGW, permettendo così di organizzare riunioni e sessioni di formazione specifiche.

ACSS partecipa al tavolo di monitoraggio dello stato di avanzamento lavori risultano attuate nel 2024:

- Attivazione e avvio della fase pilota
- Progettazione e implementazione del Modello di Upskilling regionale
- Definizione dei percorsi formativi in funzione del target di riferimento:
    - Percorso rivolto a tutti gli utenti: Formazione di circa 95.000 professionisti del SSR Lombardo per agevolare la transizione dal FSE 1.0 al FSE 2.0.
    - Percorso rivolto ai Key User FSE 2.0: Formazione di circa 100 utenti per ogni ASST, tra cui personale medico, infermieri e personale amministrativo.
    - Percorso rivolto ai Digital Health Leader: Workshop di formazione avanzata per guidare e definire le buone pratiche e progetti innovativi.
- Progettazione e implementazione dei processi e strumenti di e-Learning, CRM e Digital engagement dei Professionisti del SSR.
- Svolti incontri con i referenti della formazione delle diverse Aziende.
- Predisposizione dei corsi e contenuti.

- Attivazione del Portale per l'incremento delle competenze digitali degli operatori sanitari e assistenza.
- Avvio del supporto informativo e di assistenza tramite operatore CCR.
- Attivazione del dominio www.formazionedigitalesanita.servizirl.it.
- Invio mail di ingaggio ai Professionisti.

Nel corso del 2024 si è registrata una adesione non del tutto soddisfacente da parte dei professionisti sanitari, si auspica un incremento nel corso dell'anno 2025 anche a seguito della obbligatorietà dei corsi e del loro accreditamento ECM.

PACS (PICTURE ARCHIVING AND COMMUNICATION SYSTEM) VNA (VENDOR NEUTRAL ARCHIVE)

Il progetto PACS regionale è un'iniziativa strategica che mira a rafforzare l'infrastruttura tecnologica e gli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati sanitari, con particolare riferimento alla gestione delle immagini diagnostiche e dei biosegnali. Questo progetto è parte del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0, che sono stati sviluppati per promuovere un nuovo modello di gestione dei servizi sociosanitari.
Gli obiettivi principali del progetto PACS regionale includono:

- Gestione centralizzata delle immagini diagnostiche: Creare un archivio unico per la conservazione e la gestione delle immagini diagnostiche prodotte dagli Enti Sanitari della regione. Questo archivio centralizzato, noto come Vendor Neutral Archive (VNA), garantirà la disponibilità e la sicurezza delle immagini.
- Interoperabilità e accessibilità: Assicurare che le immagini diagnostiche siano facilmente accessibili da parte dei cittadini e dei professionisti sanitari attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico, indipendentemente dall'ente sanitario che ha prodotto le immagini.
- Supporto alla refertazione remota: Permettere la refertazione remota delle immagini diagnostiche da parte di specialisti ubicati presso strutture diverse, promuovendo la collaborazione tra operatori sanitari e migliorando la qualità delle cure.
- Riduzione dei costi e ottimizzazione delle risorse: Diminuire le capacità di storage necessarie ai singoli PACS aziendali e semplificare le operazioni di preparazione e consegna della documentazione digitale ai cittadini, razionalizzando le risorse economiche e professionali.
- Sicurezza e protezione dei dati: Implementare misure tecniche e organizzative adeguate a garantire la sicurezza dei dati, la protezione dalla divulgazione non autorizzata e la gestione degli accessi secondo i principi di privacy by design e by default.
- Continuità operativa e disaster recovery: Garantire la continuità delle operazioni indispensabili per il servizio e il ritorno alla normale operatività in caso di emergenze, attraverso adeguate procedure di backup e ripristino.

Il piano degli interventi del progetto PACS regionale include:

- Progettazione e implementazione del nuovo servizio: Creazione del VNA (Vendor Neutral Archive) centrale e integrazione con i PACS locali degli EEP e degli EEPA per la gestione e la migrazione degli archivi delle immagini diagnostiche e biosegnali.

In questo contesto, ACSS nel corso del 2024 ha contribuito alla stesura del capitolato, successivamente validato dal RUP e sulla base del quale è stata indetta la gara da ARIA spa e, anche in questo caso, ha proceduto a chiedere agli Enti sanitari l'individuazione di appositi referenti. Al momento della redazione

della presente relazione sono in corso le trattative per la definizione dell'attività di ARIA S.p.A. nel corso dell'attuazione del progetto e la gara risulta aggiudicata.

TELEMEDICINA

L'infrastruttura regionale di telemedicina (IRT) in Lombardia è progettata per supportare l'erogazione strutturata e la diffusione dei servizi di telemedicina, tra cui televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio di primo e secondo livello. Questa infrastruttura è integrata e centralizzata a livello regionale, facilitando la collaborazione tra ospedali e organizzazioni territoriali per migliorare l'assistenza sanitaria.

Ruolo con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina

L'IRT di Lombardia è strettamente integrata con la piattaforma nazionale di telemedicina, garantendo la conformità alle linee guida nazionali e promuovendo l'interoperabilità tra i sistemi regionali e nazionali. Questa integrazione permette una gestione più efficiente dei servizi di telemedicina, migliorando la qualità e l'efficacia delle cure fornite ai pazienti.

Ruolo con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0

L'IRT è anche integrata con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0, che consente la tracciabilità completa delle prestazioni di telemedicina e supporta la continuità assistenziale. Questa integrazione facilita la condivisione sicura e strutturata dei dati clinici tra i diversi attori coinvolti nei processi di cura, migliorando l'accesso alle informazioni sanitarie e la qualità delle cure.

Queste componenti contribuiscono a creare parte dell'ecosistema digitale in ambito sociosanitario.

Alcuni dei vantaggi della implementazione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina sono:

1. Prossimità Assistenziale: Garantisce un alto livello di prossimità assistenziale, permettendo ai pazienti di ricevere cure a distanza senza dover spostarsi.
2. Sicurezza e Efficacia Clinica: Assicura che le prestazioni siano sicure per i pazienti ed efficaci dal punto di vista clinico.
3. Efficienza Assistenziale: Migliora l'efficienza dei servizi sanitari, riducendo i tempi di attesa e ottimizzando l'uso delle risorse.
4. Equità e Sostenibilità: Promuove l'equità nell'accesso alle cure e la sostenibilità del sistema sanitario regionale.

In questo contesto, ACSS nel corso del 2024 ha definito l'incarico ad ARIA S.p.A. per la realizzazione degli interventi relativi al "piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) – Missione 6, Componente 1, sub-investimento 1.2.3.2. "Servizi di Telemedicina", di cui alla DGR XII/2765 del 15/07/2024 e al decreto n. 16204 del 28/10/2024 ed ha individuato i referenti aziendali.

Questo passaggio è stato molto utile anche per assicurare una comunicazione efficace e un coordinamento adeguato tra tutte le parti coinvolte. I nominativi dei referenti sono stati ufficialmente trasmessi da ACSS ai referenti di ARIA S.p.A. e ai referenti della U.O. Sanità Digitale della DGW, permettendo così di organizzare riunioni e sessioni di coordinamento specifiche.

Alla data di redazione della presente relazione risulta aggiudicato il progetto implementativo e sottoscritto il contratto con il RTI che si occuperà della implementazione della Infrastruttura Regionale di Telemedicina.

CUP UNICO REGIONALE

Il progetto "CUP Unico Regionale" mira a fornire alla Regione Lombardia un sistema centralizzato per la gestione e l'ottimizzazione dell'offerta sanitaria ambulatoriale. Questo sistema include tre componenti principali:

1. CUP Unico Regionale: Un sistema centralizzato per la gestione delle prenotazioni, accettazioni, erogazioni, pagamenti e monitoraggio delle prestazioni sanitarie ambulatoriali.
2. Modulo Prescrittivo Regionale: Un modulo per la gestione delle prescrizioni elettroniche, garantendo uniformità e correttezza amministrativa.
3. Modulo BI/Advanced Analytics: Uno strumento per l'elaborazione e visualizzazione dei dati, migliorando la capacità di programmazione e monitoraggio dell'offerta sanitaria.

Si riportano di seguito alcuni dei principali vantaggi conseguenti a tale implementazione

1. Ottimizzazione dell'Offerta Sanitaria: Il sistema consente una gestione più efficiente delle prestazioni sanitarie, migliorando la programmazione e il monitoraggio in tempo reale.
2. Semplificazione dell'Accesso alle Cure: I cittadini potranno accedere alle prestazioni sanitarie in modo più semplice e uniforme, grazie alla standardizzazione dei processi di accoglienza e prenotazione.
3. Governance Data-Driven: La Regione Lombardia potrà valorizzare il patrimonio informativo a disposizione, garantendo un governo completo e costante della domanda e dell'offerta sanitaria.
4. Riduzione dei Tempi di Attesa: Il progetto mira a contenere i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie, migliorando l'accessibilità e l'appropriatezza delle cure.
5. Razionalizzazione dei Costi: L'implementazione del sistema consentirà di ottimizzare la gestione dei servizi offerti e razionalizzare i costi a carico del Sistema Sanitario Regionale.

Nel mese di giugno 2024 ACSS ha definito l'incarico ad ARIA S.p.A. per l'avvio e la gestione delle procedure finalizzate alla realizzazione degli interventi dell'iniziativa regionale del CUP Unico di cui alla DGR XII 514 del 26 giugno 2023 ed ha individuato i referenti aziendali

Questo passaggio è stato molto utile anche per assicurare una comunicazione efficace e un coordinamento adeguato tra tutte le parti coinvolte. I nominativi dei referenti sono stati ufficialmente trasmessi da ACSS ai referenti di ARIA S.p.A. e ai referenti della U.O. Sanità Digitale della DGW, permettendo così di organizzare riunioni e sessioni di coordinamento specifiche.

ATTIVITA' DI AUDIT

Alla data di redazione della presente relazione il sistema CUP risulta formalmente completato su un Ente Erogatore, è in corso l'attività di audit di Agenzia in relazione alla funzionalità del sistema.

PROGETTUALITÀ PNRR PER LE QUALI ACSS ASSUME IL RUOLO DI SOGGETTO ATTUATORE

All'inizio dell'esercizio 2024 l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS) ha presentato domanda di partecipazione a due avvisi afferenti alla Missione 1 Componente 1 "Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA", come meglio dettagliato di seguito:

Avviso pubblico per la presentazione di domande di partecipazione a valere su Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 1 - Componente 1 - Investimento 1.4 "Servizi e cittadinanza digitale" Misura 1.4.3 "Adozione piattaforma PagoPA" Altri Enti, pubblicato in data 13/10/2023 dal Dipartimento per la Trasformazione Digitale (DTD) della Presidenza del Consiglio dei Ministri;

Avviso pubblico n. 08/2024 per la presentazione di proposte di interventi di potenziamento della resilienza cyber dei grandi comuni, dei comuni capoluogo di regione, delle città metropolitane, delle agenzie regionali sanitarie e delle aziende ed enti di supporto al servizio sanitario nazionale, delle autorità di sistema portuale, delle autorità del bacino del distretto idrografico e delle agenzie regionali per la protezione dell'ambiente a valere sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 1 – Componente 1 – Investimento 1.5 "Cybersecurity" M1C1I1.5 pubblicato in data 26/02/2024 dall'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale (ACN).

Con Decreto di finanziamento n. 155 – 2/2024 del 29/05/2024 – PNRR il Dipartimento Trasformazione Digitale ha ammesso la domanda presentata da ACSS assegnando alla stessa un importo complessivo pari a € 191.893,00.

ACSS, nel corso del secondo semestre 2024, ha espletato le procedure per l'individuazione del fornitore a cui affidare l'esecuzione delle attività oggetto di finanziamento.

Nel mese di dicembre 2024 è stato sottoscritto il contratto tra ACSS e il fornitore individuato e sono state avviate le specifiche attività di sviluppo. Tali attività interesseranno anche tutto il primo semestre dell'annualità 2025.

Con Determina prot.n. 43937 del 31/12/2024 l'ACN ha ammesso la domanda presentata da ACSS assegnando alla stessa un importo complessivo pari a € 392.000,00.

Nel corso del primo semestre dell'esercizio 2025 ACSS condurrà le attività necessarie all'individuazione del fornitore cui affidare l'esecuzione delle attività oggetto di finanziamento.

Le attività di sviluppo interesseranno il secondo semestre dell'esercizio 2025 e la prima parte dell'esercizio 2026.

12. ATTIVITA' SU DELEGA REGIONALE

SINTESI

In questo capitolo sono riportate attività che alcuni uffici hanno svolto nel corso del 2024 su delega regionale:

- Monitoraggio rilievi dei collegi sindacali in collaborazione con la DG Welfare
- Liste d'attesa
- Monitoraggio assunzioni PSAL

MONITORAGGIO RILIEVI DEI COLLEGI SINDACALI

Introduzione

Con la DGR n. 6396 del 23/05/2022, 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.

L'Agenzia nel corso del 2024 ha condotto il monitoraggio semestrale che ha coinvolto tutte le ATS, le ASST, gli IRCCS del Sistema Sanitario Regionale e AREU.
Si è effettuata l'analisi dei verbali dei Collegi sindacali contenenti rilievi di legittimità e liceità dei provvedimenti e delle azioni messe in atto dalle Amministrazioni relativamente al periodo 01/07/2023 - 31/12/2023 nonché a quelli riferiti al periodo 01/01/2024 – 30/06/2024. 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 con gli enti in modalità remota, ove necessaria l'acquisizione di chiarimenti, anche analizzando parallelamente i rilievi del Mef sui verbali

Risultati

La tabella sotto riportata reca indicazione del numero di rilievi per tipologia di ente, rilevati nel corso del monitoraggio effettuato sui due semestri.

Tipologia di ente	N. enti oggetto della rilevazione	N. enti con rilievi II semestre 2023	N. ENTI CON RILIEVI I semestre 2024
ATS	8		
ASST	26	6	3
IRCSS	5	1	1
AREU	1		
TOTALE	40	7	4

La tabella successiva reca una sintesi degli esiti dei monitoraggi, suddivisi per area ed argomento di afferenza con indicazione delle criticità rilevate dai Collegi Sindacali.
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 ed alla proroga contrattuale, o istituti analoghi ancorché diversamente denominati.
Gli esiti delle analisi condotte da ACSS, oltre all'individuazione di aree di possibile efficientamento delle procedure degli Enti del SSR, hanno consentito l'avvio di interlocuzioni tra le Amministrazioni sul

territorio e il livello regionale centrale, finalizzate al superamento di situazioni di criticità e 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.

Ambito del rilievo	Carenze della motivazione	Carenza dei presupposti	Inosservanza normativa	Tardiva adozione	Altro	Totale
Affidamento diretto	2	5	1	5	3	16
Concorso pubblico					1	1
Controlli sull'esecuzione		1				1
Incarichi e nomine					1	1
Proroghe, rinnovi, estensioni		4		1	2	7
Altro		1	1	1	3	6
Totale	**2**	**11**	**2**	**7**	**10**	**32**

LISTE D'ATTESA

In continuità rispetto a quanto verificatosi a partire dall'anno 2022, l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario di Regione Lombardia, in attuazione della DGR n. XI/7819 del 23 gennaio 2023, è stata coinvolta in una preliminare analisi finalizzata a verificare la tipologia e la disponibilità delle agende sanitarie dichiarate dagli Enti, anche ai fini dello sviluppo di una metodologia di controllo sulla prenotabilità delle Agende e nell'ambito dell'implementazione del CUP Unico Regionale.

ACSS ha richiesto alle Aziende Sanitarie ed agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), pubbliche, di inviare alcuni dati in merito alle liste d'attesa in relazione all'anno 2024. Lo scopo principale di questa raccolta è consolidare le basi per un progetto biennale, che vedrà coinvolta ACSS anche nell'anno 2025, al fine di poter effettuare in particolare:

- l'analisi del numero di agende attive dedicate all'utenza interna ed esterna ed esposte alla Rete Regionale di Prenotazione (RRP);
- l'analisi ex-post in merito all'adeguamento alla DGR n. XII/2224 del 22/04/2024 – allegato 3 "Tempario Unico Regionale per le Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale Oggetto del PNGLA".

MONITORAGGIO ASSUNZIONI PSAL (DGR N. XI/6869/2022)

Introduzione

Per contrastare l'aumento degli episodi di infortuni sul lavoro sono state introdotte disposizioni mirate a rafforzare le misure a tutela dei lavoratori. In particolare, con la DGR n. XI/164/18 la Giunta Regionale ha approvato il "Piano Triennale Straordinario di intervento in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" che, fra le misure adottate, prevede l'incremento dell'attività ispettiva attraverso l'assunzione di tecnici della prevenzione nei servizi PSAL (Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro) delle ATS. Tale intervento è finanziato attraverso una quota dei proventi derivanti dalle sanzioni riscosse dalle ATS, in conformità con l'art. 13, c. 6 del D.lgs. 81/2008.

Successivamente, la DGR n. XI/6869/22 e la DGR n. XI/7758/22 hanno destinato ulteriori risorse per il potenziamento del personale, affidando all'ACSS il monitoraggio dell'attuazione e dell'utilizzo dei finanziamenti.

Obiettivo

L'analisi condotta da ACSS si propone di verificare il livello di attuazione delle disposizioni relative al reclutamento di personale aggiuntivo per i servizi PSAL, con particolare riferimento ai dati riportati nell'Allegato 11 della DGR n. XI/7758/2022 (*Tabella 1*), che quantifica le assunzioni previste per ciascuna ATS e definisce la dotazione organica obiettivo per il 2023.

PSAL	PERSONALE ATTIVO AL 30.06.22	INCREMENTO DGR 6869/2022	DO 2023
ATS BRIANZA	65	13	78
ATS MILANO	221	23	244
ATS MONTAGNA	22	7	29
ATS VAL PADANA	73	10	83
ATS INSUBRIA	78	13	91
ATS BERGAMO	55	12	67
ATS BRESCIA	76	12	88
ATS PAVIA	41	10	51
TOTALE	631	100	731

Tabella 1.

Metodi

Sulla base dei dati a disposizione, l'ACSS ha condotto un'analisi dinamica dell'andamento della forza lavoro nel triennio 2021-2023, convertendo le ore lavorate in FTE (Full Time-Equivalent). I dati, estratti dal flusso FLUPER, sono stati trasformati in FTE attribuendo 1540 ore/anno ai dirigenti e 1450 ore/anno al personale del comparto.

Risultati

Analizzando l'andamento della dotazione organica per i servizi PSAL nel corso degli anni considerati è emerso che, tendenzialmente, nel passaggio da un anno all'altro si verifica un aumento del personale per tali servizi. In particolare, tra il 2022 e il 2023, l'incremento della dotazione organica complessiva per l'UO di interesse è stato di 97 FTE, risultando in linea con gli obiettivi fissati da Regione Lombardia.

ATS	FTE 2021	FTE 2022	FTE 2023	Delta 2022-2021	Delta 2023-2022
321 - ATS MILANO	110,32	164,44	212,49	54,12	48,05
322 - ATS DELL'INSUBRIA	61,95	75,07	76,76	13,11	1,70
323 - ATS DELLA MONTAGNA	22,56	26,51	25,91	3,95	-0,60
324 - ATS DELLA BRIANZA	37,78	56,72	66,01	18,94	9,30
325 - ATS DI BERGAMO	36,17	50,61	57,49	14,44	6,89
326 - ATS DI BRESCIA	78,39	75,16	88,96	-3,23	13,80
327 - ATS DELLA VAL PADANA	47,90	61,74	74,65	13,83	12,91
328 - ATS DI PAVIA	35,77	37,89	42,92	2,12	5,03
Totale complessivo	**430,84**	**548,13**	**645,20**	**117,28**	**97,07**

Tabella 2: *Dotazione Organica espressa in termini di FTE (calcolato a partire dal FLUPER) per UO della Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro.*

Esaminando più nel dettaglio le figure professionali che hanno maggiormente contribuito a questo incremento complessivo, si osserva che, in linea con le disposizioni della DGR, il profilo che ha registrato il maggiore aumento è quello dei tecnici della prevenzione. Tuttavia, si registra un incremento

di 17 FTE per i profili amministrativi e di 12 FTE per altri profili, mentre non si rileva alcun aumento per i dirigenti medici.

Gruppo Profilo	2021	2022	2023	Delta (2023-2022)
DIRIGENZA MEDICA	57,46	73,53	73,70	0,17
PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	267,96	354,22	422,06	67,83
PROFILI AMMINISTRATIVI	61,85	68,25	85,03	16,79
ALTRO	43,58	52,13	64,41	12,28
TOTALE	**430,84**	**548,13**	**645,20**	**97,07**

***Tabella 3**: Dotazione organica (espressa in FTE) per i profili professionali dell'UO di interesse*

Al fine di verificare se l'incremento nella dotazione organica (espressa in FTE) per i servizi PSAL fosse realmente attribuibile all'assunzione di nuove risorse o imputabile a trasferimenti interni di personale, sono stati analizzati i delta delle figure professionali di interesse (tecnici prevenzione e dirigenti medici) tra le seguenti unità operative:

- UO Prevenzione e Sicurezza Luoghi di Lavoro.
- Tutte le UO non appartenenti ai servizi PSAL.
- Tutte le Unità Operative.

Dall'analisi è emerso che a fronte di un aumento di medici e tecnici della prevenzione nel corso degli anni nei servizi PSAL, si è registrato parallelamente una progressiva riduzione delle medesime figure allocate in altre Unità operative.

	DIFFERENZA FTE PER I PROFILI CONSIDERATI PER IL 2021-2022			DIFFERENZA FTE PER I PROFILI CONSIDERATI 2023-2022			DIFFERENZA FTE PER I PROFILI CONSIDERATI 2023-2021		
ATS	PSAL	altre UO	DELTA	PSAL	altre UO	DELTA	PSAL	altre UO	DELTA
321 - ATS MILANO	49,92	-74,89	-24,97	36,12	-39,73	-3,62	86,03	-114,62	-28,58
322 - ATS DELL'INSUBRIA	12,00	-42,02	-30,01	0,46	-4,04	-3,58	12,47	-46,05	-33,59
323 - ATS DELLA MONTAGNA	-0,56	-8,83	-9,39	-0,28	-7,15	-7,43	-0,84	-15,98	-16,82
324 - ATS DELLA BRIANZA	17,76	-31,90	-14,14	8,75	-9,77	-1,03	26,50	-41,68	-15,17
325 - ATS DI BERGAMO	14,38	-19,24	-4,86	2,08	-11,30	-9,22	16,46	-30,54	-14,08
326 - ATS DI BRESCIA	-3,13	-13,67	-16,80	7,12	5,95	13,07	3,99	-7,72	-3,73
327 - ATS DELLA VAL PADANA	9,27	-51,52	-42,25	10,18	-14,17	-3,99	19,45	-65,69	-46,25
328 - ATS DI PAVIA	2,69	-4,96	-2,27	3,59	0,23	3,82	6,28	-4,73	1,55
TOTALE	102,33	-247,03	-144,70	68,01	-79,98	-11,97	170,34	-327,01	-156,67

***Tabella 4**: Delta per i profili professionali di interesse (dirigenti medici e tecnici della prevenzione) nell'UO di Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PSAL), in tutte le UO, ad esclusione di quella di interesse (altre UO) e in tutte le UO (DELTA)*

CONCLUSIONI

In generale, le misure adottate da Regione Lombardia per il potenziamento dei servizi PSAL hanno prodotto risultati positivi, tutte le ATS che hanno proceduto al reclutamento di nuove risorse negli anni 2022/2023. Tuttavia, l'aumento dei tecnici della prevenzione nei servizi PSAL non si riflette in toto in un incremento di tutto il personale tecnico delle ATS, atteso che il restante personale tecnico non ha mantenuto il turn over, confermandosi così la difficoltà di reclutamento di tali figure.

ALLEGATO 1

ACSS
AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO

Regione Lombardia

ADEMPIMENTI L.R. 15/2020

SICUREZZA DEL PERSONALE SANITARIO E SOCIOSANITARIO

Report Survey 2024

Sommario

1. INTRODUZIONE 2
2. OBIETTIVO 3
3. METODI 3
4. DESCRIZIONE ATTIVITÀ 4
5. RISULTATI 5
5.1. ENTI/STRUTTURE 5
5.1.1. DATI AGGRESSIONI 6
5.2. MMG/PLS/MCA 21
5.2.1. DATI AGGRESSIONI 22
6. CONCLUSIONI 25

1. INTRODUZIONE

Le cronache riportano sempre più frequentemente casi di aggressione nei confronti del personale sanitario e sociosanitario, spesso associati al danneggiamento di cose mobili o immobili destinate al servizio sanitario o sociosanitario stesso. Gli episodi di aggressione contro il personale della sanità costituiscono eventi avversi, taluni casi vengono classificati come eventi sentinella e sicuramente hanno un forte impatto sia sulla qualità che sulla sicurezza delle cure.

Nel corso degli anni, sia a livello nazionale che regionale, si sono susseguiti diversi interventi normativi sulla tematica:

- Raccomandazione Ministeriale n. 8/2007 "*Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*"
- 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"*
- *Legge Regionale 8 luglio 2020 - n. 15 "Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"*
- *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"*
- DGR n. XI/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*"
- Circolare della Direzione Generale Welfare Prot. G1.2024.0039469 del 18/10/2024 avente ad oggetto *"Circolare contenente le indicazioni relative alla tutela dei lavoratori in conseguenza alle aggressioni"*
- Decreto-legge 34/2023 convertito con modificazioni dalla Legge 26 maggio 2023, n.56 – Art. 16 "Disposizioni in materia di contrasto agli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario".
- Decreto-legge 137/2024 convertito con modificazioni dalla Legge 18 novembre 2024, n. 171 "Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché' di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria".
- DGR n. XII/3672 del 16/12/2024 approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di cui all'art. 3 della L.R. n. 15/2020 - Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario".

Regione Lombardia con la L.R. 15/2020 relativa al contrasto e alla prevenzione degli episodi di violenza a danno degli operatori delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, delle Agenzie di tutela della salute (ATS) e dell'Azienda regionale emergenza urgenza (AREU), ha posto in capo all'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario lombardo (ACSS) il controllo sull'applicazione delle linee guida, attraverso:

a) il monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie;
b) lo svolgimento di attività consultiva, in particolare per l'applicazione delle linee guida, di cui alla DGR n. XII/3672 del 16/12/2024;

c) il monitoraggio sull'attuazione delle linee guida.

Ad ACSS spetta, altresì, la predisposizione di una relazione annuale sugli esiti dell'applicazione delle linee guida e delle attività di monitoraggio. La relazione è trasmessa alla Giunta Regionale e al Consiglio Regionale.

A tal riguardo, e in continuità con quanto predisposto negli ultimi anni, ACSS ha predisposto una nuova Survey destinata alla raccolta delle informazioni/dati relativi all'anno 2024 di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate di Regione Lombardia, (ATS, ASST, IRCCS pubblici, AREU, Altri Enti pubblici, Strutture sanitarie e/o sociosanitarie private accreditate) nonché destinata anche ai MMG, PLS e MCA.

2. OBIETTIVO

Il presente documento risponde al mandato normativo dell'art. 5 della L.R. n.15/2020, ossia la raccolta delle informazioni/dati relativi all'anno 2024, ai fini del monitoraggio, sugli atti di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie che operano all'interno delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, le Agenzie di tutela della salute (ATS), l'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU), Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale.

3. METODI

L'acquisizione delle informazioni, necessarie al monitoraggio, è stata condotta attraverso la redazione di due specifici questionari, somministrati tramite la piattaforma digitale Microsoft Forms:

- Questionario 1: rivolto a Enti Pubblici e Privati accreditati
- Questionario 2: rivolto a MMG /PLS/MCA

Per quanto concerne gli erogatori pubblici (ATS – ASST - IRCCS Pubblici e AREU), i dati sulle aggressioni sono stati estratti dalla piattaforma informatizzata HERM Lomb, di recente introduzione; tuttavia, attraverso la survey è stato possibile raccogliere ulteriori informazioni, di tipo organizzativo, ad integrazione dei dati estratti dalla piattaforma HERM Lomb. I dati sulle aggressioni e sui modelli organizzativi per gli enti privati accreditati e MMG/PLS/MCA sono stati raccolti esclusivamente attraverso il questionario.
Alla luce dell'implementazione di HERM Lomb, tenendo in considerazione la lista variabili da rilevare ai fini dell'ONSEPS (Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Sociosanitarie), sono state apportate alcune modifiche al questionario utilizzato nel 2023. In particolar modo, sono state apportate modifiche alla tipologia di classificazione delle aggressioni e ai setting assistenziali.

4. DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Si riporta, di seguito, una descrizione sintetica dell'attività:

Descrizione	*Data avvio raccolta dati*	*Data fine raccolta dati*	*Oggetto di indagine*
Survey 2024	01.01.2025	31.01.2025	Adempimenti Legge Regionale 8 luglio 2020 - n. 15 Monitoraggio episodi/atti di violenza relativi - anno 2024

Attività	2024								2025		
	MAG	GIU	LUG	AGO	SETT	OTT	NOV	DIC	GEN	FEB	MAR
PROGETTAZIONE/PREDISPOSIZIONE QUESTIONARIO											
Revisione questionario e predisposizione modulo di raccolta dati su piattaforma digitale Microsoft Forms + Test	■	■	■	■	■	■	■				
RACCOLTA DATI											
Trasmissione comunicazione di avvio raccolta dati, corredata da Link e QR-Code di accesso alla Survey								■			
Somministrazione questionario									■		
Monitoraggio livello adesioni mediante utilizzo di specifici indicatori e supporto attivo ai soggetti compilatori della Survey.									■		
ESTRAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEI DATI											
Estrazione dati dalla Piattaforma "HERM Lomb" per gli Enti Pubblici									■		
Download dati per tuti gli altri Enti da Microsoft Forms										■	
Data cleaning, organizzazione, rappresentazione dei dati										■	
ANALISI DEI DATI										■	
REDAZIONE REPORT										■	■

Considerata la necessità di dover raccogliere un set di dati rappresentativo della popolazione di riferimento e, pertanto, della situazione regionale, le **ATS e le ASST**, oltre a fornire i dati raccolti all'interno del proprio contesto organizzativo, sono state **attivamente coinvolte** nella distribuzione capillare delle Survey a tutto il contesto sanitario e sociosanitario territoriale pubblico, privato accreditato, MMG/PLS/MCA:

- **ATS -** strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche (escluse le ASST – IRCCS Pubblici) e private accreditate.
- **ASST -** MMG/PLS/MCA.

Con la Survey 2024 è stata avviata una mappatura preventiva sul livello di allineamento degli erogatori rispetto alle indicazioni fornite dal "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di cui all'art. 3 della L.R. n. 15/2020 - Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario" approvato con DGR 3672/2024: al momento dell'avvio della survey era in attesa di parere della III Commissione Sanità di Regione Lombardia.

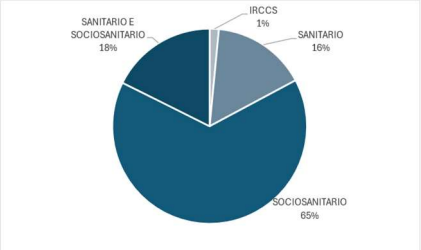
5. RISULTATI

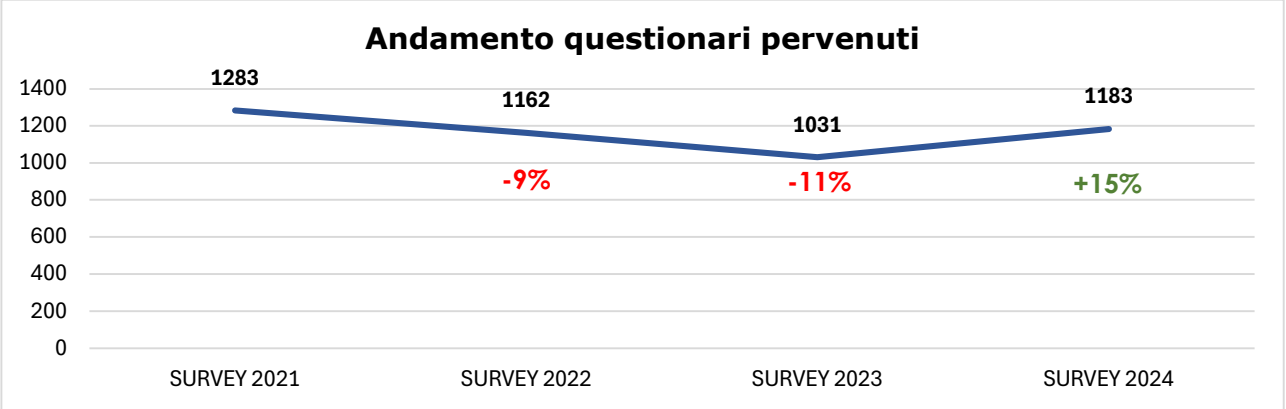
5.1. ENTI/STRUTTURE

ENTE	NUMERO QUESTIONARI PERVENUTI
AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS)	**8**
AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST)	**26**
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS)	**5**
AREU	**1**
*ALTRO ENTE PUBBLICO**	**39**
*ENTE SANITARIO E/O SOCIOSANITARIO PRIVATO ACCREDITATO**	**1077**
*ALTRO**	**27**
TOTALE	**1183**

*

Tipologia Ente	Tipologia offerta				Numero questionari pervenuti
	IRCCS	SANITARIO	SOCIOSAN.	SANIT. E SOCIOSAN.	
ALTRO ENTE PUBBLICO	0	1	3	35	**39**
ENTE SANITARIO E/O SOCIOSANITARIO PRIVATO ACCREDITATO	17	174	724	162	**1077**
ALTRO	ND	ND	ND	ND	**27**
TOTALE	**17**	**175**	**727**	**197**	**1143**





Con la Survey 2024 si è registrata una inversione di tendenza, rispetto agli ultimi due anni. Nello specifico, si è rilevato un **incremento del 15%** rispetto a numero di questionari pervenuti con la survey 2023.

Per quanto riguarda le **strutture pubbliche** (ATS – ASST- IRCCS Pubblici e AREU), l'adesione è sempre stata del **100%.**

5.1.1. DATI AGGRESSIONI

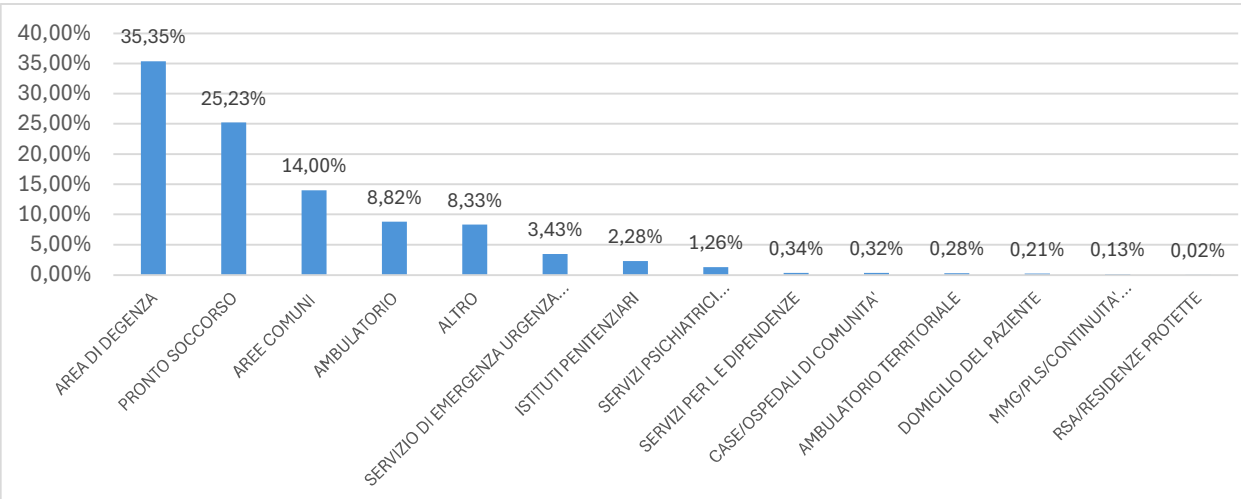
EPISODI DI AGGRESSIONE

ENTE	Numero episodi di aggressione segnalati
ATS + ASST + IRCCS PUBBLICI + AREU	**4693**
ALTRO ENTE PUBBLICO	**180**
ENTE SANITARIO E/O SOCIOSANITARIO PRIVATO ACCREDITATO + ALTRO	**5178**
TOTALE	**10051**

EPISODI DI AGGRESSIONE PER SETTING ASSISTENZIALE				
SETTING	ATS -ASST- IRCCS PUBBLICI - AREU	ALTRO ENTE PUBBLICO	ENTE SANITARIO E/O SOCIOSANITARIO PRIVATO ACCREDITATO + ALTRO	TOTALE
AREA DI DEGENZA	1659	0	365	2024
PRONTO SOCCORSO	1184	0	218	1402
AREE COMUNI	657	0	148	805
AMBULATORIO	414	0	119	533
SERVIZI PER L E DIPENDENZE	16	0	17	33
SERVIZI PSICHIATRICI TERRITORIALI/REMS	59	0	159	218
SERVIZIO DI EMERGENZA URGENZA TERRITORIALE	161	0	2	163
MMG/PLS/CONTINUITA' ASSISTENZIALE	6	0	0	6
AMBULATORIO TERRITORIALE	13	0	49	62
DOMICILIO DEL PAZIENTE	10	0	18	28
ISTITUTI PENITENZIARI	107	0	0	107
CASE/OSPEDALI DI COMUNITA'	15	0	35	50
RSA/RESIDENZE PROTETTE	1	81	1730	1812
ALTRO SETTNG	391	98	2312	2699
ND		1	6	7
TOTALE	**4693**	**180**	**5178**	**10051**

DISTRIBUZIONE EPISODI DI AGGRESSIONE PER SETTING ASSISTENZIALE

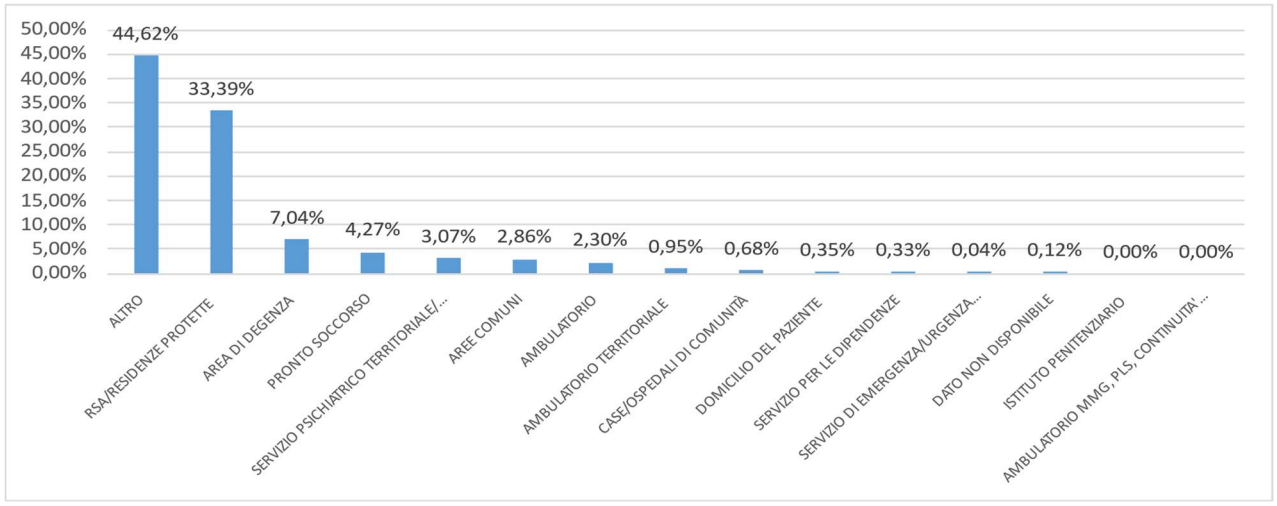
ATS -ASST- IRCCS PUBBLICI – AREU



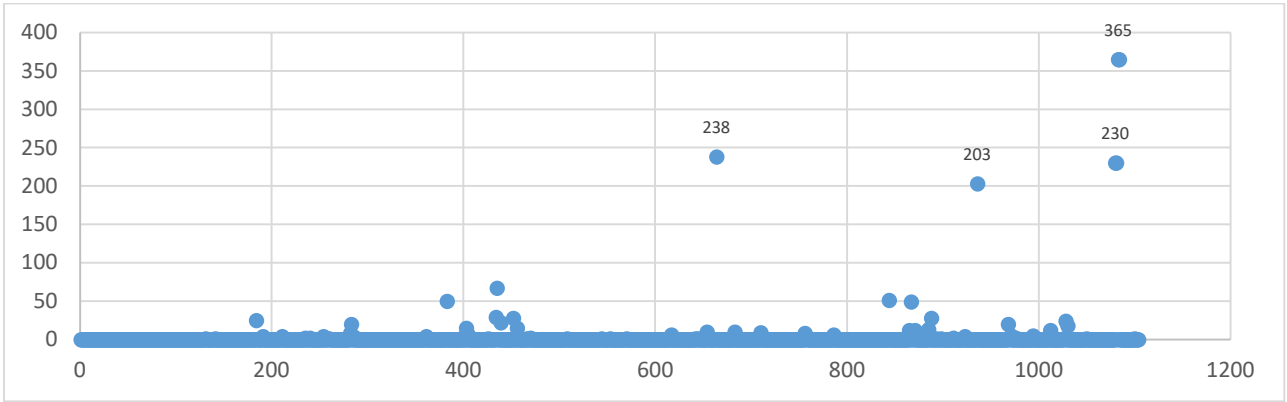
Il dato aggregato di ATS-ASST-IRCCS Pubblici e AREU mostra come il setting con la maggior percentuale di aggressioni è rappresentato dall'Area di degenza (inclusa la SPDC) seguita dal Pronto Soccorso.

DISTRIBUZIONE EPISODI DI AGGRESSIONE PER SETTING ASSISTENZIALE

ENTE SANITARIO E/O SOCIOSANITARIO PRIVATO ACCREDITATO + ALTRO



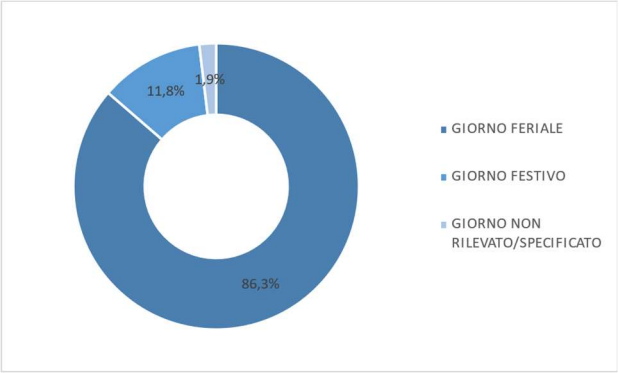
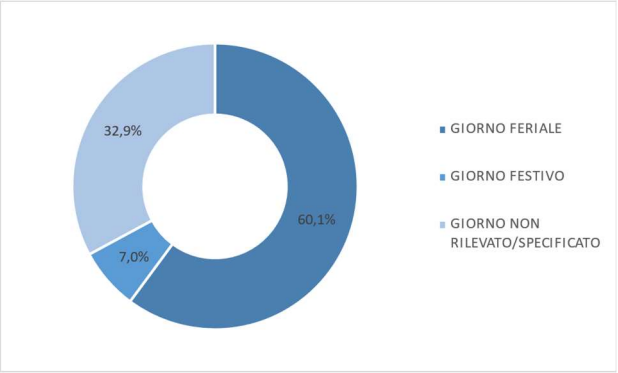
Per quanto concerne gli Enti privati, il setting con la maggior percentuale di aggressioni è rappresentato dalle RSA/Residenze protette, seguite dall'Area di degenza. Tuttavia, il dato maggiormente rappresentativo per gli Altri Enti è caratterizzato dalla percentuale di aggressioni in "ALTRO SETTING": osservando il grafico di distribuzione relativo ad "Altro setting", si rileva un alto numero di aggressioni nello specifico setting riconducibili ad un ristretto numero di erogatori.



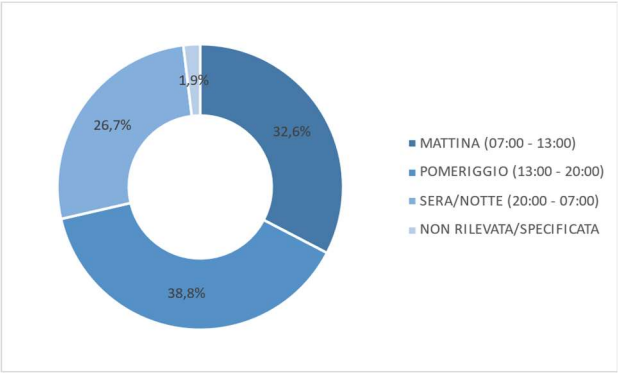
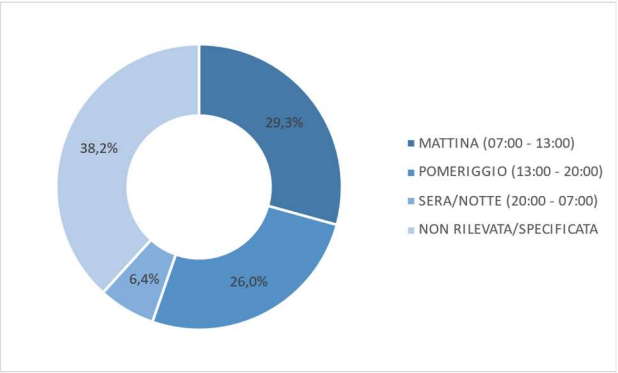
La lettura/interpretazione dei dati deve necessariamente tenere in considerazione delle peculiarità, in termini di offerta, dei soggetti erogatori.

Si riporta di seguito una distribuzione degli episodi di aggressione, secondo le variabili proposte dall'ONSEPS.

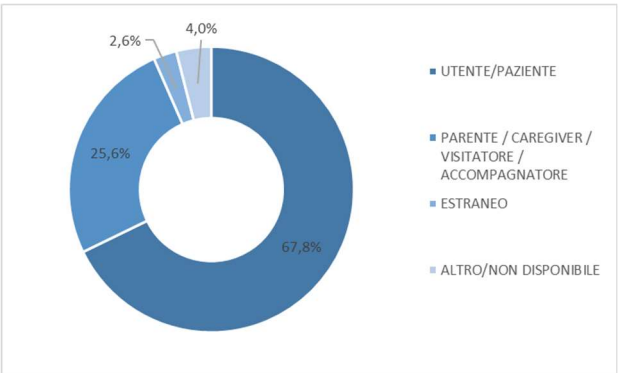
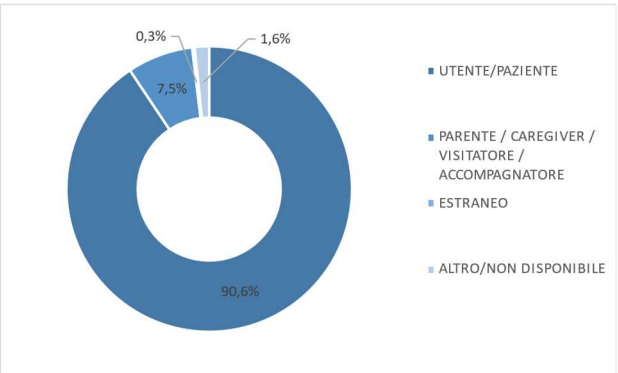
DISTRIBUZIONE EPISODI DI AGGRESSIONE PER GIORNO DELLA SETTIMANA

ATS -ASST- IRCCS PUBBLICI – AREU	TUTTI GLI ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI PUBBLICI E PRIVATI
	

DISTRIBUZIONE EPISODI DI AGGRESSIONE PER FASCIA ORARIA

ATS -ASST- IRCCS PUBBLICI – AREU	TUTTI GLI ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI PUBBLICI E PRIVATI
	

DISTRIBUZIONE EPISODI DI AGGRESSIONE PER TIPOLOGIA DI AGGRESSORE

ATS -ASST- IRCCS PUBBLICI – AREU	TUTTI GLI ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI PUBBLICI E PRIVATI
	

Esaminando i grafici, le aggressioni si verificano, pur tenendo conto del maggior numero di giorni feriali rispetto ai festivi, prevalentemente nei giorni feriali e nella maggior parte dei casi l'aggressore è rappresentato dall'Utente/Paziente.

Per quanto riguarda la tipologia di aggressore, si rileva una significativa discrepanza tra ATS/ASST/IRCCS Pubblici e AREU e gli Altri Enti in termini percentuali di aggressioni commesse da Parente / Caregiver / Visitatore / Accompagnatore. Nell'analisi/interpretazione del dato potrebbe essere utile considerare sia la peculiarità del servizio erogato che i setting maggiormente rappresentativi in termini di percentuale di aggressioni.

Nella lettura/interpretazione del dato è utile tenere in considerazione, in ragione anche della tipologia di offerta/prestazioni erogate, che alcune segnalazioni di episodi di aggressione possono derivare da pazienti con un'alterazione dello stato di coscienza correlato alla condizione clinica (es pazienti psichiatrici in SPDC o anziani con demenza in RSA).

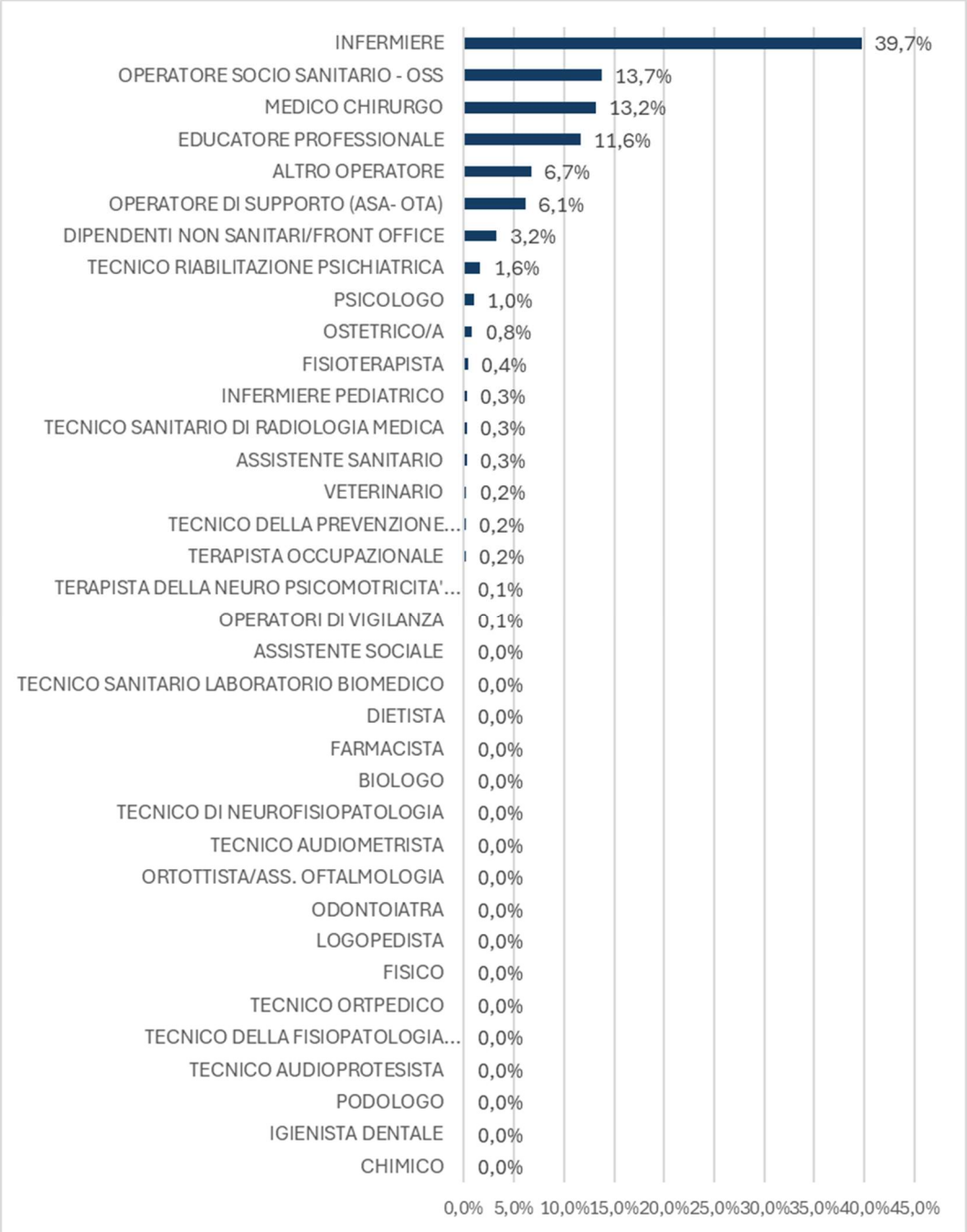
OPERATORI COINVOLTI/AGGREDITI

AGGREDITI PER QUALIFICA PROFESSIONALE				
QUALIFICA PROFESSIONALE	ATS + ASST + IRCCS PUBBLICI + AREU	ALTRO ENTE PUBBLICO	ENTE SANITARIO E/O SOCIOSANITARIO PRIVATO +ALTRO	TOTALE**
INFERMIERE	3405	6	825	4236
OPERATORE SOCIO SANITARIO – OSS	98	29	1336	1463
MEDICO CHIRURGO	1243	0	166	1409
EDUCATORE PROFESSIONALE	44	107	1090	1241
ALTRO OPERATORE	549	1	165	715
OPERATORE DI SUPPORTO (ASA- OTA)	ND*	5	649	654
DIPENDENTI NON SANITARI/FRONT OFFICE	42	0	304	346
TECNICO RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	67	0	104	171
PSICOLOGO	15	0	92	107
OSTETRICO/A	84	0	2	86
FISIOTERAPISTA	19	2	24	45
INFERMIERE PEDIATRICO	27	0	2	29
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	20	0	8	28
ASSISTENTE SANITARIO	7	3	17	27
VETERINARIO	25	0	0	25
TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI ALVORO	20	0	0	20
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	7	0	10	17
TERAPISTA DELLA NEURO PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA	0	0	8	8
OPERATORI DI VIGILANZA	ND*	0	7	7
ASSISTENTE SOCIALE	2	0	3	5
DIETISTA	1	0	3	4
TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	3	0	1	4
BIOLOGO	1	0	2	3
FARMACISTA	3	0	0	3
LOGOPEDISTA	0	0	2	2
ODONTOIATRA	2	0	0	2
ORTOTTISTA/ASS. OFTALMOLOGIA	2	0	0	2
TECNICO AUDIOMETRISTA	2	0	0	2
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	1	0	1	2
FISICO	1	0	0	1
CHIMICO	0	0	0	0
IGIENISTA DENTALE	0	0	0	0
PODOLOGO	0	0	0	0
TECNICO AUDIOPROTESISTA	0	0	0	0
TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE VASCOLARE	0	0	0	0
TECNICO ORTOPEDICO	0	0	0	0
TOTALE	**5690**	**153**	**4821**	**10664**

*non rilevato sulla piattaforma Herm Lomb
**Dato non disponibile in 1323 episodi segnalati.

DISTRIBUZIONE AGGREDITI PER QUALIFICA PROFESSIONALE

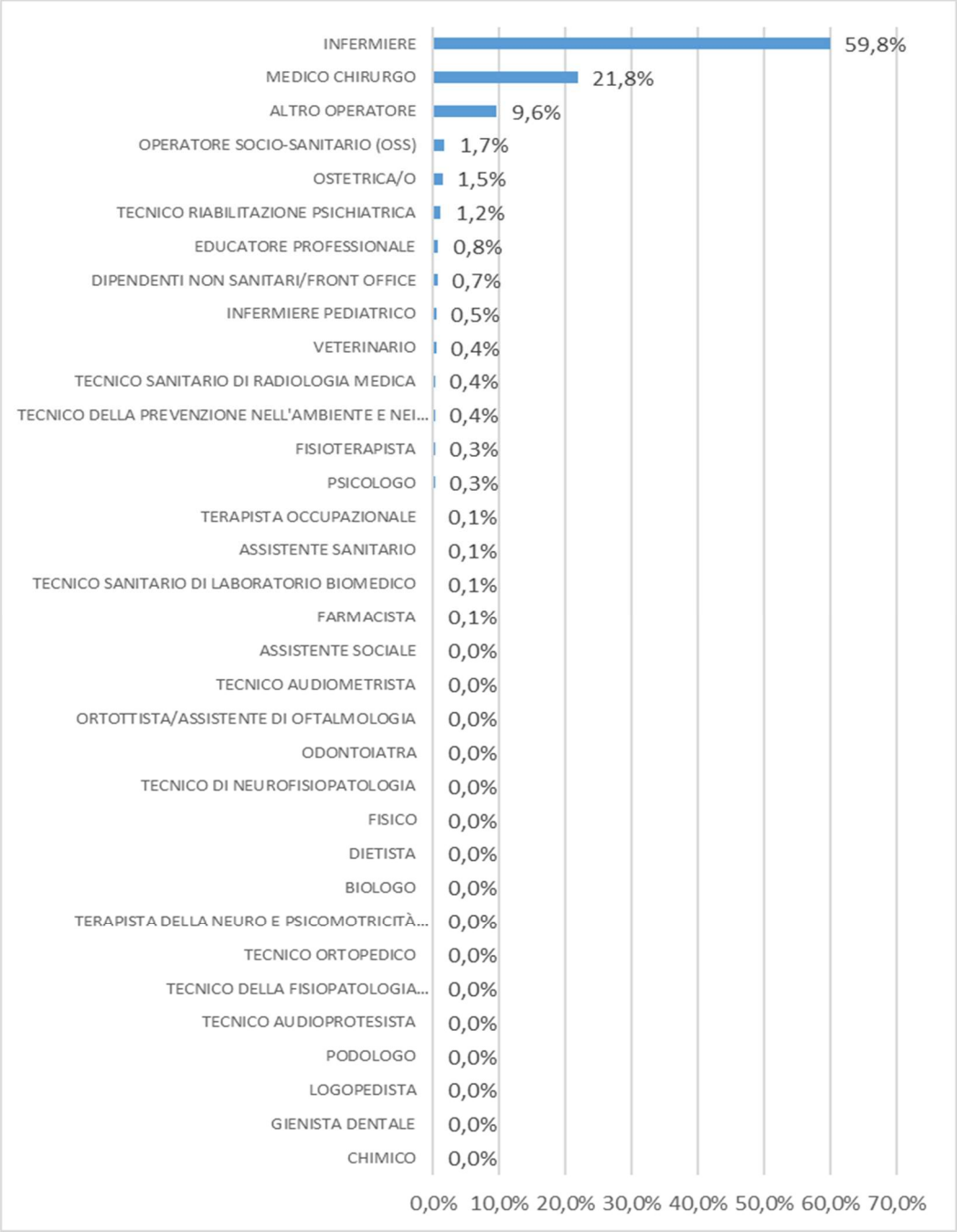
TUTTI GLI ENTI PUBBLICI E PRIVATI



Nel contesto generale, le categorie professionali maggiormente interessate dagli agiti aggressivi sono quelle degli infermieri, degli OSS, dei medici e degli educatori professionali.

DISTRIBUZIONE AGGREDITI PER QUALIFICA PROFESSIONALE

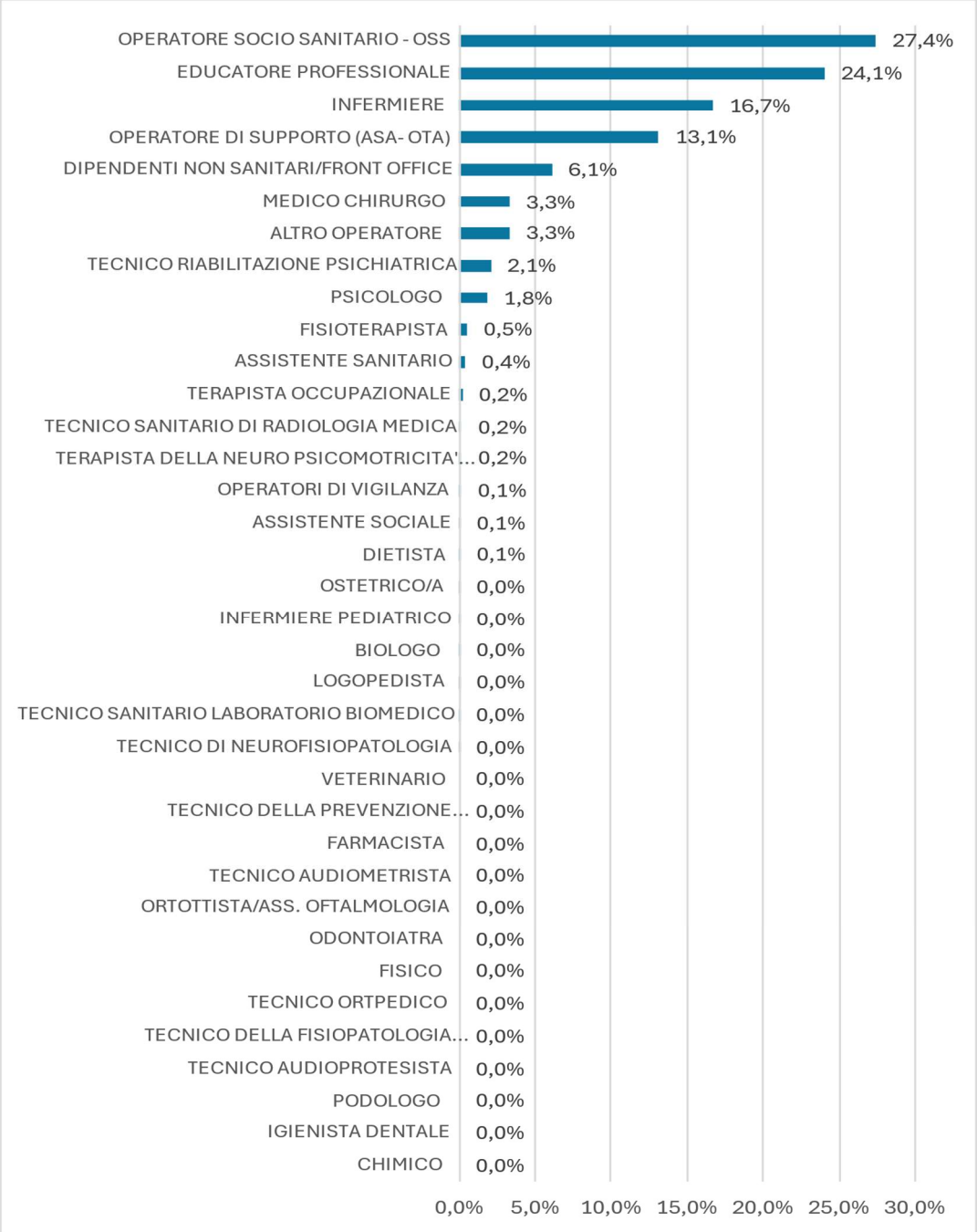
ATS -ASST- IRCCS PUBBLICI – AREU



Le categorie professionali, maggiormente interessate dagli agiti aggressivi nel contesto aggregato di ATS/ASST/IRCCS Pubblici e AREU sono quelle degli infermieri e dei medici.

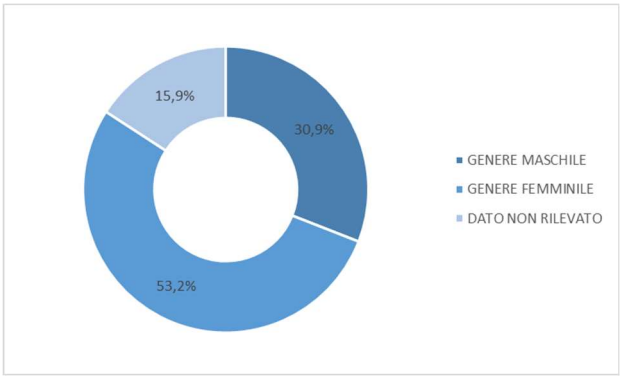
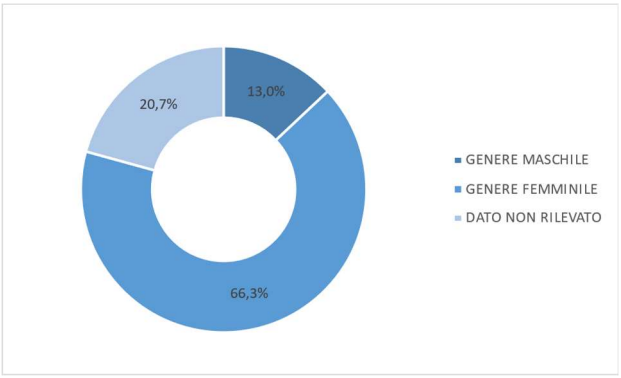
DISTRIBUZIONE AGGREDITI PER QUALIFICA PROFESSIONALE

TUTTI GLI ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI PUBBLICI E PRIVATI

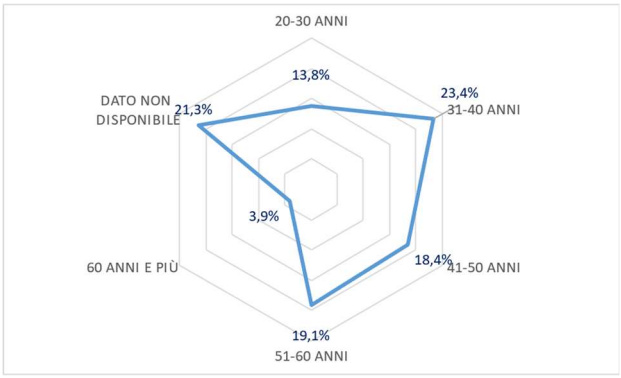
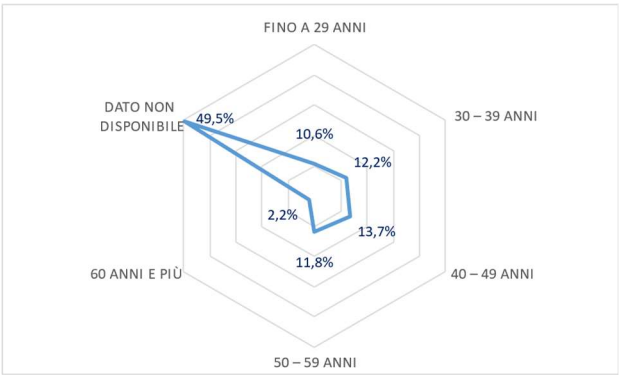


Le categorie professionali, maggiormente interessate dagli agiti aggressivi nel contesto aggregato degli "Altri Enti" sono quelle degli OSS e degli educatori professionali.

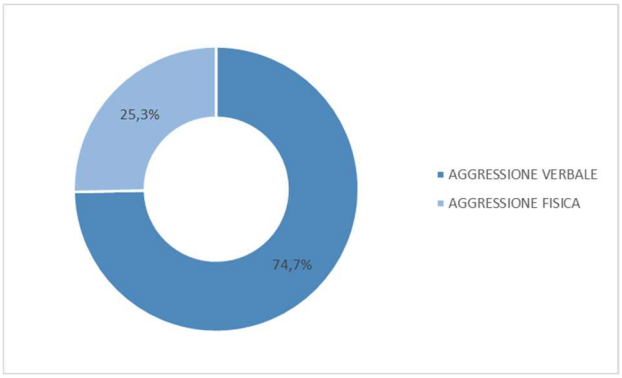
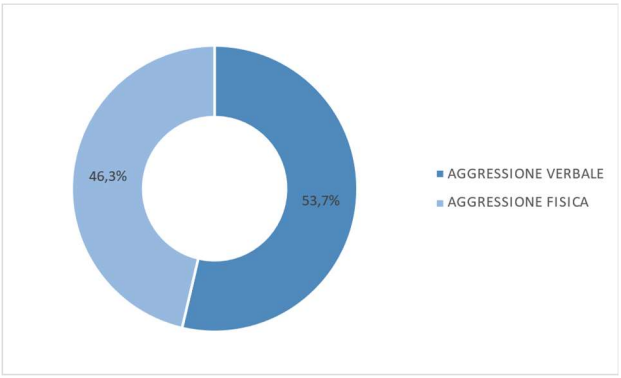
I dati dettagliati/stratificati, per tipologia di Enti, mostrano come le qualifiche professionali maggiormente coinvolte dalle aggressioni siano influenzate dalla peculiarità del servizio offerto/erogato e pertanto da considerare nell'analisi/interpretazione del dato.

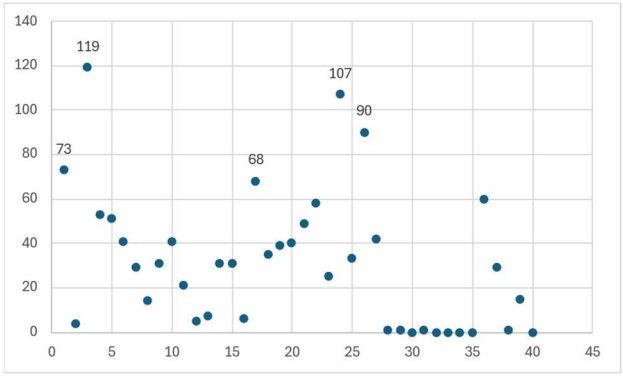
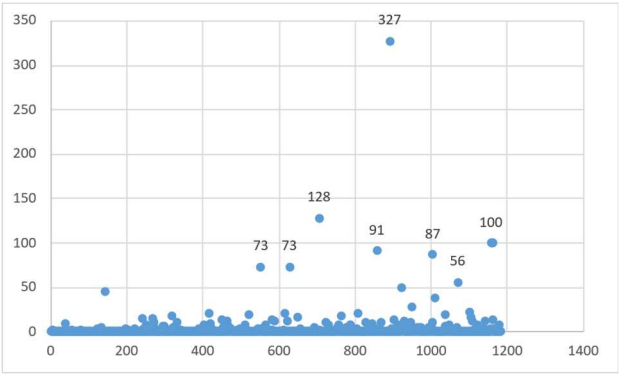
DISTRIBUZIONE AGGREDITI PER GENERE	
ATS -ASST- IRCCS PUBBLICI – AREU	TUTTI GLI ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI PUBBLICI E PRIVATI
	

Dai grafici è possibile osservare come le aggressioni a carico del genere femminile rappresentino quelle con le più alte percentuali. Tuttavia, nella lettura del dato bisogna tenere in considerazione che il genere femminile rappresenta la percentuale più alta dei dipendenti degli Enti oggetto di indagine.

DISTRIBUZIONE AGGREDITI PER FASCIA DI ETÀ	
ATS -ASST- IRCCS PUBBLICI – AREU	TUTTI GLI ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI PUBBLICI E PRIVATI
	

Dalla presentazione dei dati è possibile rilevare una diversa classificazione delle fasce di età tra ATS-ASST-IRCCS Pubblici e AREU e gli Altri Enti. Tale discrepanza è legata alle diverse fonti utilizzate per la raccolta dei dati (HERM Lomb – Survey). Nel contesto aggregato degli "Altri Enti" il dato sulla fascia di età non risulta disponibile nel 49,5% dei casi. Mentre, la raccolta del dato sembra essere più strutturata per ATS/ASST/IRCCS Pubblici e AREU.

DISTRIBUZIONE TIPOLOGIE DI AGGRESSIONI SUBITE	
ATS -ASST- IRCCS PUBBLICI – AREU	TUTTI GLI ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI PUBBLICI E PRIVATI
	

DISTRIBUZIONE AGGRESSIONI FISICHE	
ATS -ASST- IRCCS PUBBLICI – AREU	TUTTI GLI ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI PUBBLICI E PRIVATI
	

Esaminando i dati relativi alla tipologia di aggressioni subite, si riscontra una prevalenza di aggressioni verbali rispetto alle aggressioni fisiche nel contesto di ATS/ASST/IRCCS Pubblici e AREU.

Per quanto riguarda gli "Altri Enti" è possibile osservare una percentuale pressoché sovrapponibile tra aggressioni fisiche e verbali. Nella lettura/interpretazione del dato potrebbe essere utile tenere in considerazione sia la distribuzione degli episodi di aggressione nei diversi setting assistenziali sia la tipologia di aggressore. Tuttavia, osservando i grafici, soprattutto per gli "Altri Enti", si rileva un alto numero di aggressioni fisiche riconducibili ad un ristretto numero di erogatori. Al fine di escludere un possibile bias di classificazione, i casi in questione saranno oggetto di ulteriori verifiche con il diretto coinvolgimento dei singoli erogatori.

Ente	2024
	N. SEGNALAZIONI DI INFORTUNIO A SEGUITO DI AGGRESSIONE SUBITA
ATS + ASST + IRCCS PUBBLICI + AREU	268
ALTRO ENTE PUBBLICO	14
ENTE SANITARIO E/O SOCIOSANITARIO PRIVATO + ALTRO	298
TOTALE	580

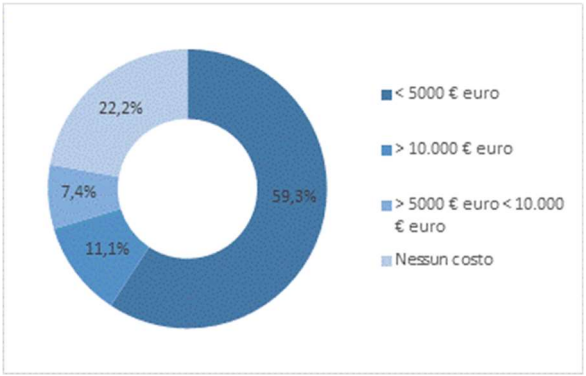
Nel 2024 sono stati registrati 580 segnalazioni di infortunio. Nella lettura/interpretazione del dato è utile tenere in considerazione, in ragione anche della tipologia di offerta/prestazioni erogate, che alcune segnalazioni di infortunio possano derivare da episodi di aggressione compiute da pazienti con un'alterazione dello stato di coscienza correlato alla condizione clinica (es pazienti psichiatrici in SPDC o anziani con demenza in RSA).

DANNI CONTRO LA PROPRIETÀ

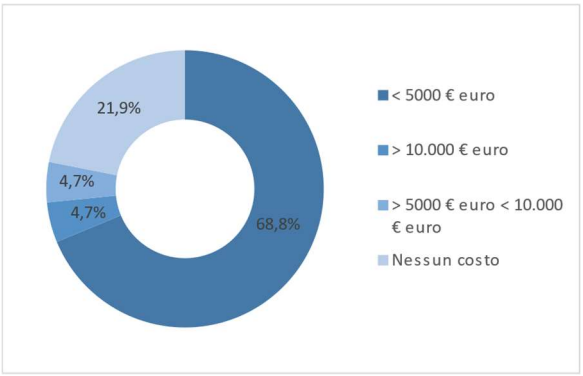
Ente	NUMERO ENTI CHE HANNO SEGNALATO DANNI CONTRO LA PROPRIETÀ	NUMERO EPISODI CON DANNO CONTRO LA PROPRIETÀ
ATS -ASST- IRCCS PUBBLICI – AREU	27	368
TUTTI GLI ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI PUBBLICI E PRIVATI	64	457
TOTALE	91	825

COSTI/ONERI ECONOMICI SOSTENUTI PER DANNI CONTRO LA PROPRIETA'

ATS -ASST- IRCCS PUBBLICI – AREU



TUTTI GLI ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI PUBBLICI E PRIVATI



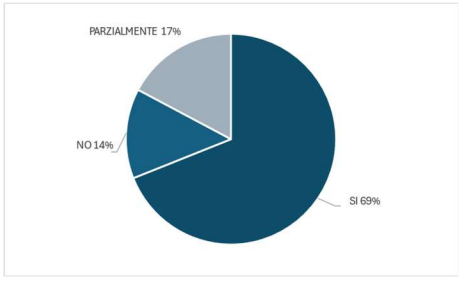
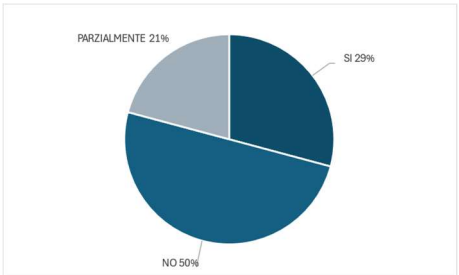
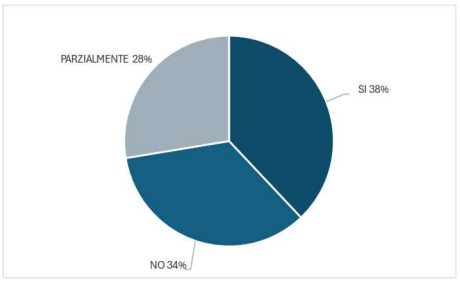
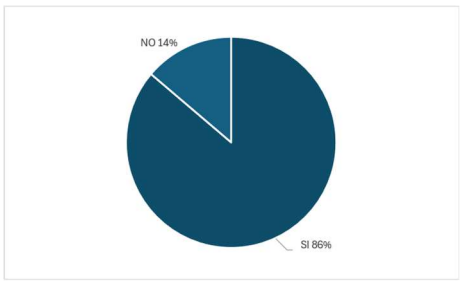
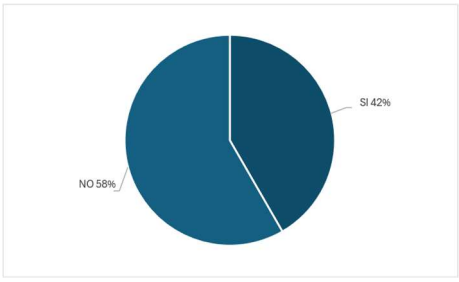
Prevalentemente gli oneri economici sostenuti/dichiarati, a seguito di episodi con danno contro la proprietà, sono stati quantificati nella categoria < 5000 euro.

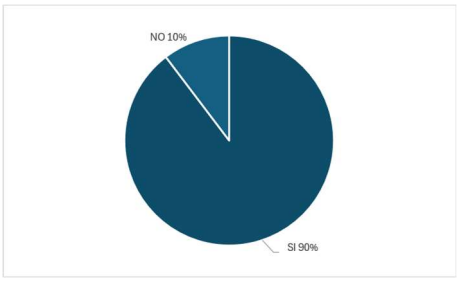
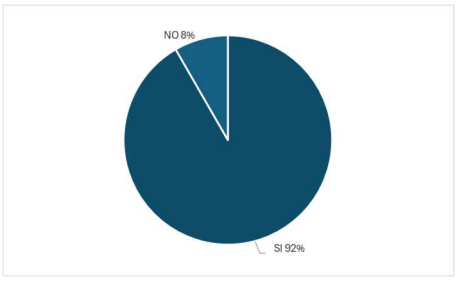
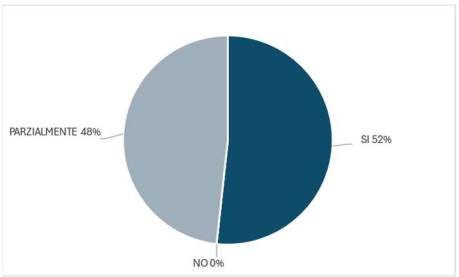
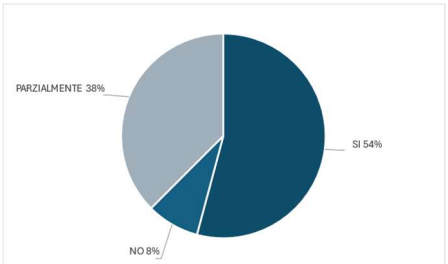
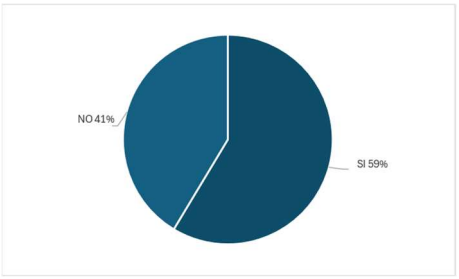
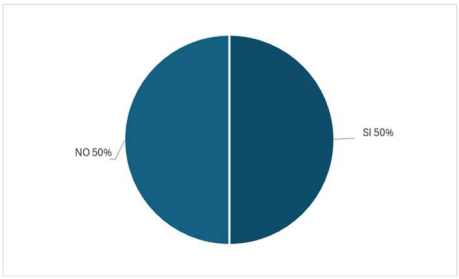
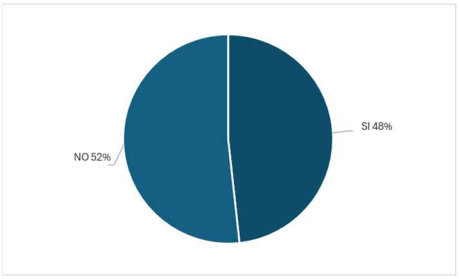
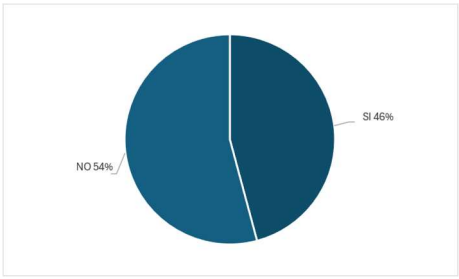
FOCUS PRONTO SOCCORSO

EPISODI E OPERATORI COINVOLTI					
Ente	N. ENTI CON PRONTO SOCCORSO	N. TOTALE PRONTO SOCCORSO*	N. **EPISODI** DI AGGRESSIONE SEGNALATI DAL PS	N. OPERATORI CHE HANNO SUBITO AGGRESSIONE **FISICA**	N. OPERATORI CHE HANNO SUBITO AGGRESSIONE **VERBALE**
ASST- IRCCS PUBBLICI	29	77	1184	388	1337
ENTI PRIVATI	24	28	218	73	165
TOTALE	**53**	**105**	**1402**	**461**	**1502**
*NB: alcuni enti hanno fornito dati distinti per tipologia di percorso di PS: adulto, pediatrico e ostetrico ginecologico.					

In generale, nel 2024 dai Pronto Soccorso sono stati segnalati 1402 episodi di aggressione, che hanno coinvolto 1963 operatori, con una prevalenza di aggressioni di tipo verbale.

Al fine di verificare e mappare l'allineamento degli erogatori alle indicazioni fornite dalla DGR 6902/2022 "Determinazioni in merito all'organizzazione delle attese e alla prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari nel contesto del Pronto Soccorso", sono stati previsti un gruppo di quesiti che toccano i principali temi della norma. Si riportano, di seguito, i quesiti posti e le risposte aggregate:

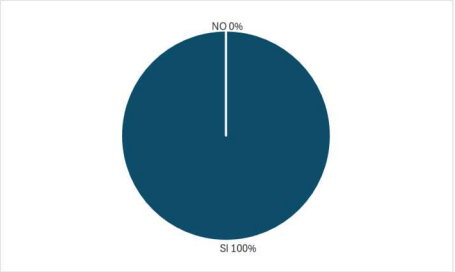
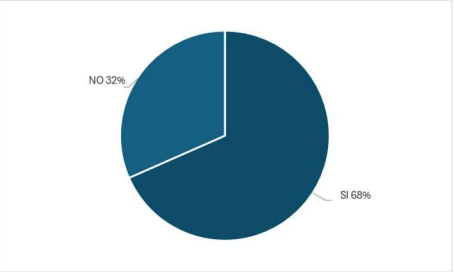
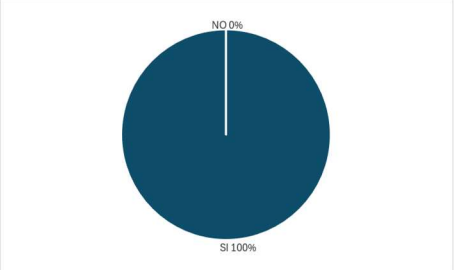
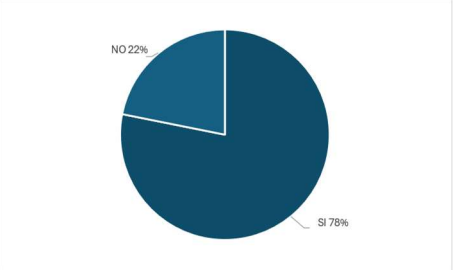
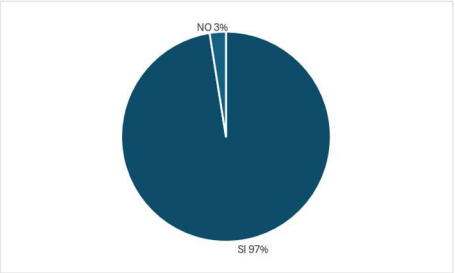
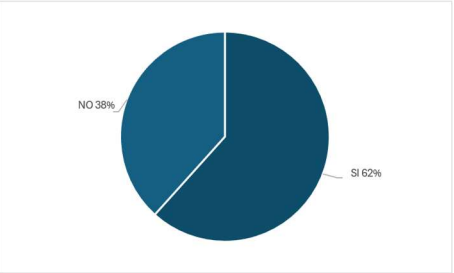
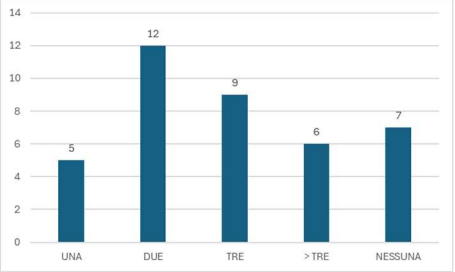
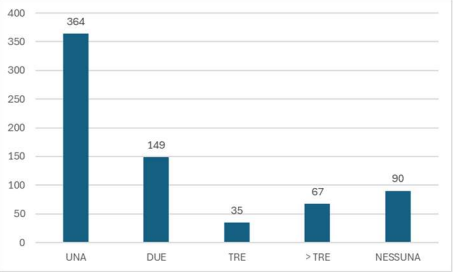
QUESITO	ENTE	
	ASST- IRCCS PUBBLICI	**ENTI PRIVATI**
Nei Pronto Soccorso / DEA delle vostre strutture sono attivi sistemi di allerta rapida delle forze dell'ordine (es. pulsanti di chiamata)		
Nei Pronto Soccorso / DEA delle vostre strutture sono presenti presidi di Polizia?		
Nei Pronto Soccorso/DEA delle vostre strutture è attivo un servizio di sicurezza interno che garantisce adeguata presenza, con copertura non inferiore alle 12 ore?		

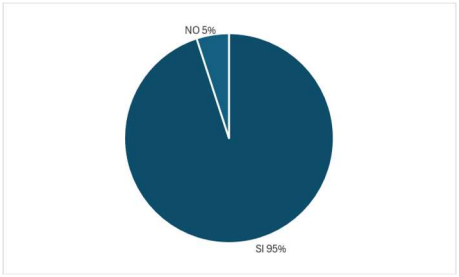
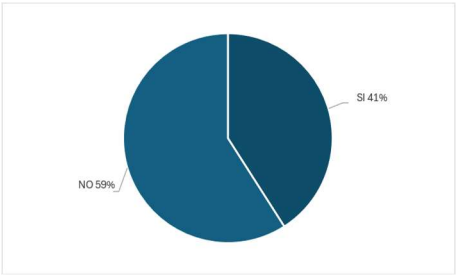
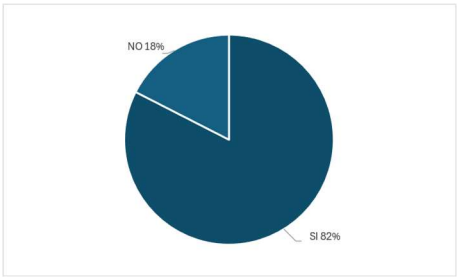
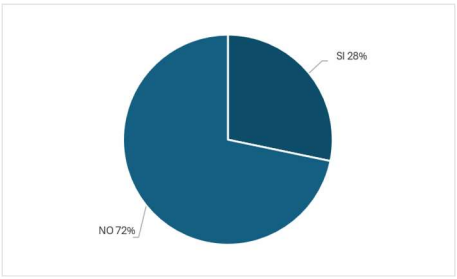
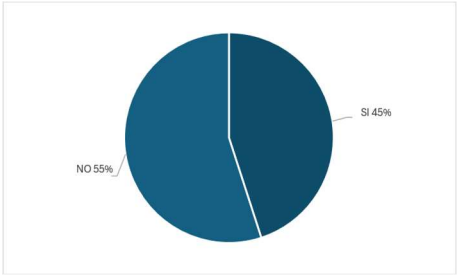
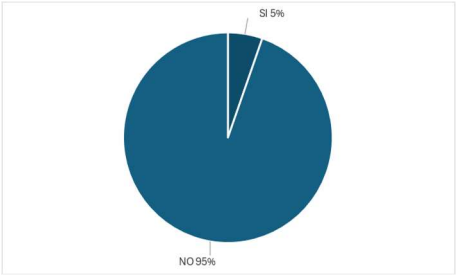
QUESITO	ENTE	
	ASST- IRCCS PUBBLICI	ENTI PRIVATI
Nei Pronto Soccorso/DEA delle vostre strutture è garantito il periodico aggiornamento, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy, agli accompagnatori dei pazienti circa lo stato di avanzamento del percorso di diagnosi e cura?		
I Pronto Soccorso/DEA delle vostre strutture rispondono ai requisiti di accoglienza richiamati dalla DGR 6902/2022?		
Nei Pronto Soccorso/DEA delle vostre strutture sono presenti Punti di contatto e Servizi di accoglienza (Stewardship) per pazienti in attesa e familiari?		
Nei Pronto Soccorso/DEA delle vostre strutture è presente una funzione, svolta da personale sanitario, che garantisce un canale comunicativo tra la struttura e gli utenti e/o accompagnatori (esempio: Caring Nurse)?		

ORGANIZZAZIONE

Al fine di avviare una preliminare mappatura sul livello di allineamento degli erogatori rispetto alle indicazioni fornite dal "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di cui all'art. 3 della L.R. n. 15/2020 - Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario" approvato con DGR n. 3672/2024, sono stati previsti un gruppo di quesiti che toccano i principali temi del documento di riferimento e permettono di delineare l'attuale situazione.

Si riportano, di seguito, i quesiti posti e le informazioni aggregate che sono state raccolte in una visione di sistema:

QUESITO	ENTE	
	ATS -ASST- IRCCS PUBBLICI – AREU	**TUTTI GLI ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI PUBBLICI E PRIVATI**
L'Ente/Struttura dispone di un protocollo/procedura aggiornata sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori?		
L'Ente/Struttura dispone di un sistema di segnalazione degli agiti aggressivi?		
Presso il vostro Ente/Struttura è costituito il Gruppo di lavoro aziendale che coordina e presidia l'intero percorso di valutazione del rischio?		
Quante volte si è riunito nel 2024 il Gruppo di lavoro aziendale che coordina e presidia l'intero percorso di valutazione del rischio?		

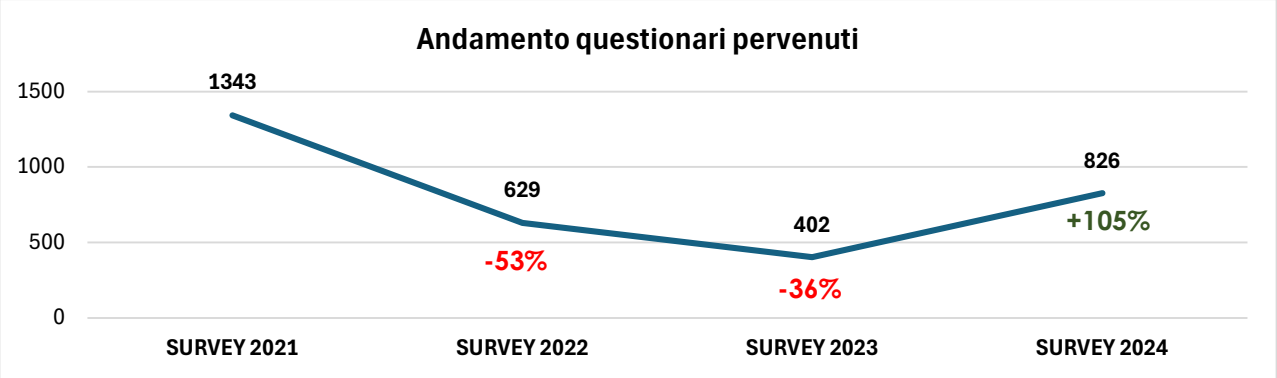
QUESITO	ENTE	
	ATS -ASST- IRCCS PUBBLICI – AREU	TUTTI GLI ALTRI ENTI SANITARI E/O SOCIOSANITARI PUBBLICI E PRIVATI
Nel 2024 nel vostro Ente/Struttura sono state erogate/realizzate specifiche attività formative relative a rischi specifici e/o attinenti al fenomeno delle aggressioni?		
L'Ente/Struttura ha messo a punto documentazione, poster, video o materiale informativo rivolti a pazienti/utenti che declinano la politica aziendale intrapresa per la prevenzione degli atti di violenza?		
Con riferimento all'art.7 della Legge 113/2020, l'Ente/la Struttura ha stipulato specifici protocolli operativi con le forze di Polizia, per garantire il loro tempestivo intervento in caso di episodi di aggressione o di violenza contro esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie nell'esercizio delle loro funzioni?		

Nel 32% dei casi la categoria "Altri Enti" non dispone protocollo/procedura sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori e nel 22% dei casi non dispone di un sistema di segnalazione degli agiti aggressivi. Le informazioni rilevate potrebbero mostrare un possibile bias in termini di misurazione e determinazione/quantificazione degli episodi di aggressione segnalati.

Nel 2024 gli Enti riconducibili alla categoria ATS-ASST-IRCCS Pubblici e AREU sono stati invitati a prestare maggiore attenzione all'effettuazione di denunce all'Autorità Giudiziaria per avvenuti episodi di aggressione o di violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie nell'esercizio delle loro funzioni.

5.2. MMG/PLS/MCA

RUOLO COMPILATORE	NUMERO QUESTIONARI PERVENUTI
Medico di Medicina Generale	582
Pediatra di Libera Scelta	187
Medico di Continuità Assistenziale	57
TOTALE	**826**



Con la Survey 2024 si è registrata una inversione di tendenza, rispetto agli ultimi due anni. Nello specifico, si è rilevato un **incremento del 105%** rispetto a numero di questionari pervenuti con la Survey 2023

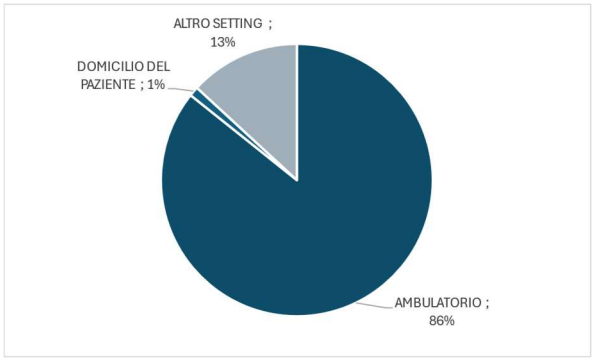
5.2.1. DATI AGGRESSIONI

EPISODI DI AGGRESSIONE

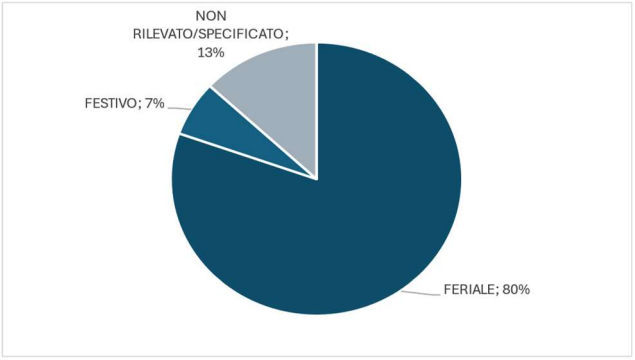
Soggetto erogatore	2024 Numero episodi di aggressione segnalati
Medico di Medicina Generale	1266
Pediatra di Libera Scelta	158
Medico di Continuità Assistenziale	120
TOTALE	**1544**

DISTRIBUZIONE EPISODI DI AGGRESSIONE

SETTING ASSISTENZIALE

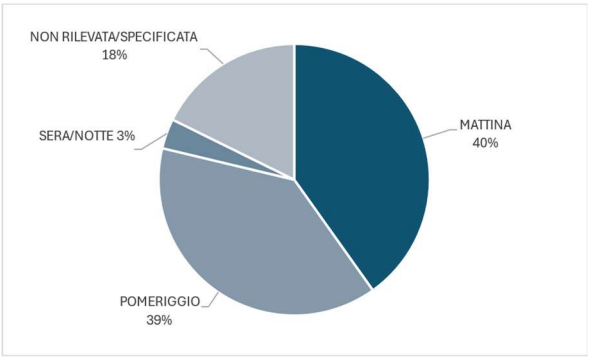


GIORNO DELLA SETTIMANA

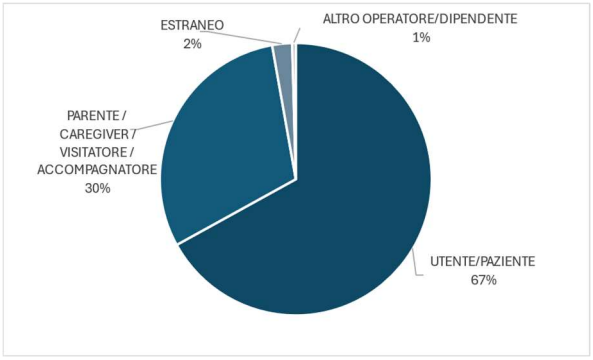


DISTRIBUZIONE EPISODI DI AGGRESSIONE

FASCIA ORARIA



TIPOLOGIA DI AGGRESSORE



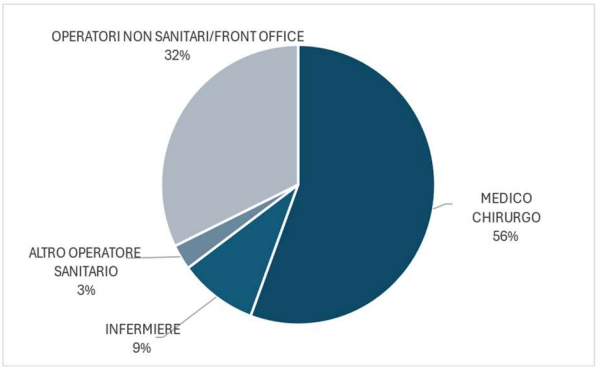
Dai dati raccolti, esaminando i grafici, le aggressioni si verificano prevalentemente nei giorni feriali e nella maggior parte dei casi (67%) è commessa dall'Utente/Paziente. Le aggressioni commesse da Parente/Caregiver/Visitatore/Accompagnatore rappresentano il 30% dei casi.

Per quanto concerne i dati relativi alla fascia oraria "Pomeriggio" è stata riscontrata la presenza di un alto numero di aggressioni riconducibili ad un solo erogatore. Il dato, essendo possibilmente correlato ad un errore di inserimento, non è stato considerato nel calcolo delle percentuali in quanto avrebbe influenzato la reale distribuzione.

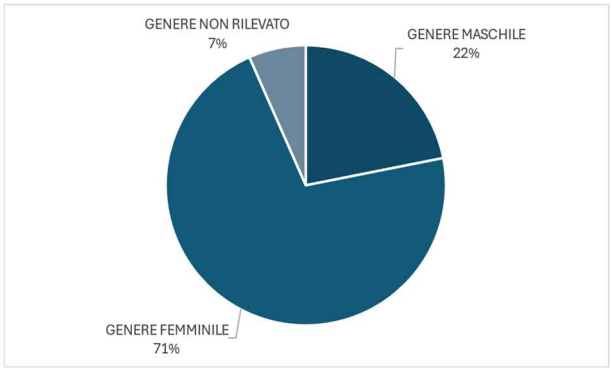
OPERATORI COINVOLTI/AGGREDITI

DISTRIBUZIONE AGGREDITI

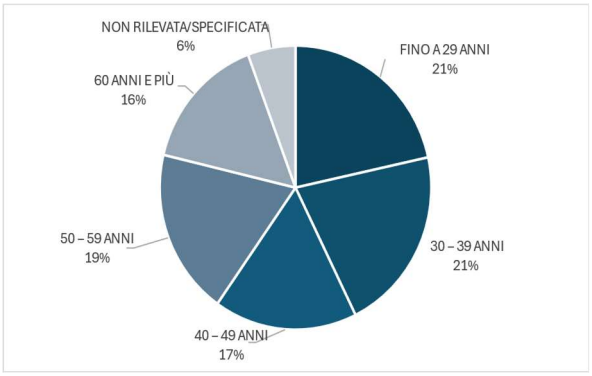
QUALIFICA PROFESSIONALE



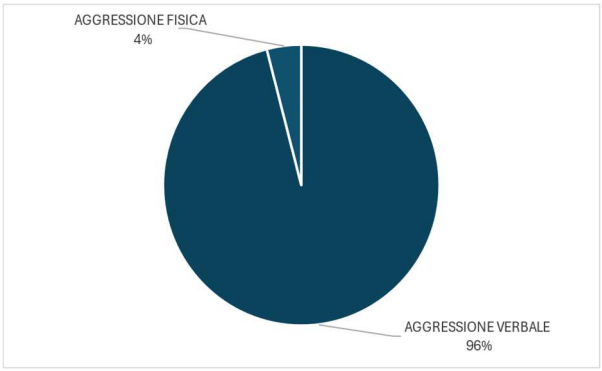
GENERE



FASCIA DI ETÀ



TIPOLOGIA DI AGGRESSIONE SUBITA

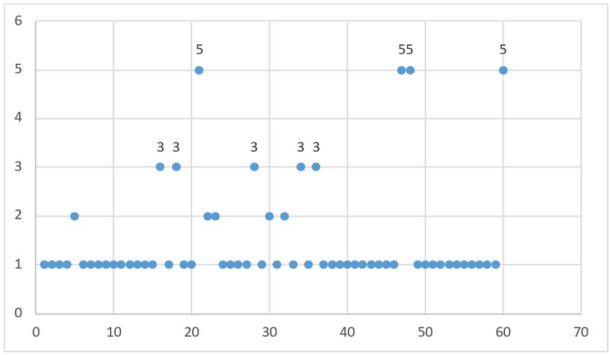
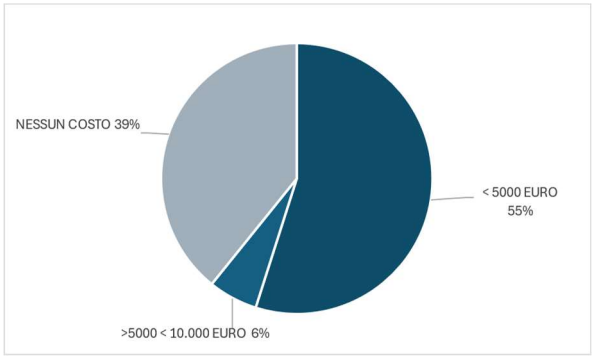


Le categorie professionali, maggiormente interessate dagli agiti aggressivi sono i medici (56%) e gli operatori non sanitari/front office (32%). Dai grafici è possibile osservare, altresì, come le aggressioni verbali rappresentino quelle con le più alte percentuali.

Ente	2024
	N. SEGNALAZIONI DI INFORTUNIO A SEGUITO DI AGGRESSIONE SUBITA
Medico di Medicina Generale	**18**
Pediatra di Libera Scelta	**0**
Medico di Continuità Assistenziale	**2**
TOTALE	**20**

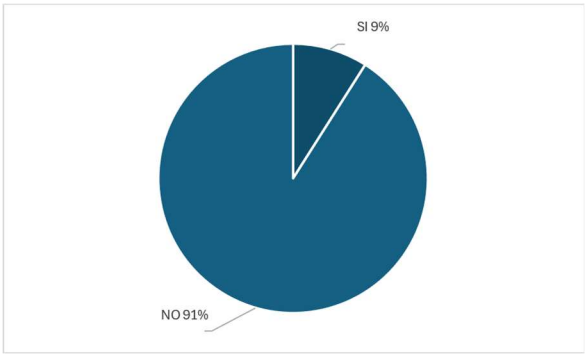
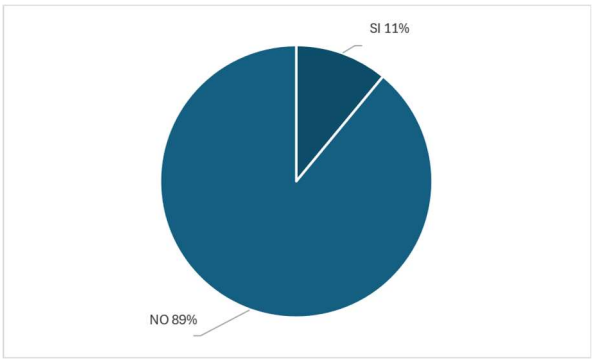
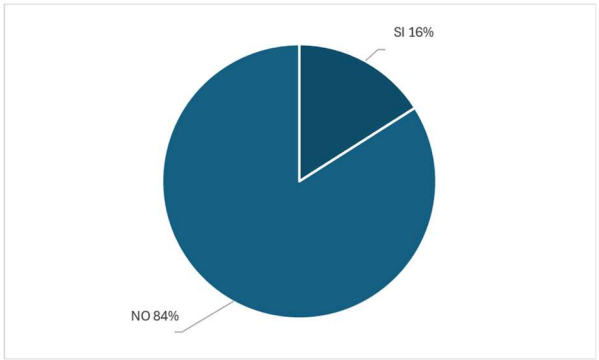
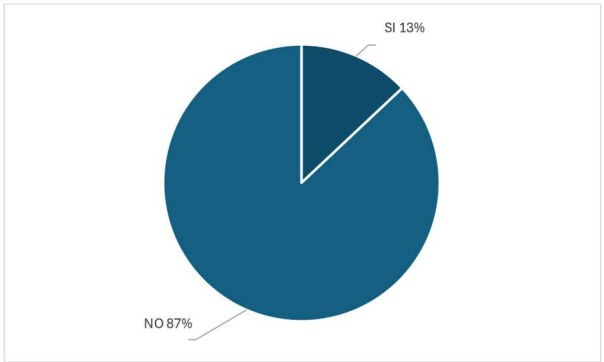
Nel 2024 sono stati registrati 20 segnalazioni di infortunio, in prevalenza segnalati dai Medici di Medicina Generale.

DANNI CONTRO LA PROPRIETÀ

DANNI CONTRO LA PROPRIETA'	
NUMERO SOGGETTI EROGATORI CHE HANNO SEGNALATO DANNI CONTRO LA PROPRIETÀ (51) **NUMERO EPISODI CON DANNO CONTRO LA PROPRIETÀ SEGNALATI (91)**	**COSTI/ONERI ECONOMICI SOSTENUTI**
	

Prevalentemente gli oneri economici sostenuti/dichiarati, a seguito di episodi con danno contro la proprietà, sono stati quantificati nella categoria < 5000 euro.

ORGANIZZAZIONE

QUESITI/RISPOSTE	
Presso il suo/vostro ambulatorio disponete di un sistema di raccolta delle segnalazioni degli agiti aggressivi?	Nel corso del 2024 ha/avete partecipato a specifiche attività formative attinenti alle modalità di prevenzione e gestione degli agiti aggressivi?
	
Presso il vostro ambulatorio è presente del materiale informativo e/o di sensibilizzazione rivolto a pazienti/utenti attinente al fenomeno delle aggressioni?	Presso il suo/vostro ambulatorio è formalizzata la modalità operativa di allerta rapida delle forze dell'ordine?
	

6. CONCLUSIONI

L'attività di monitoraggio dell'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario lombardo (ACSS) relativa al 2024 ha riguardato, oltre i dati relativi agli episodi di aggressione, la raccolta di informazioni inerenti le misure di prevenzione adottate dagli erogatori. Con la Survey 2024 è stata avviata una preliminare mappatura sul livello di allineamento degli erogatori rispetto alle indicazioni fornite dal "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di cui all'art. 3 della L.R. n. 15/2020 - Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario" approvato con DGR n.3672/2024 e che al momento dell'avvio della Survey era in attesa di parere della III Commissione Sanità di Regione Lombardia. Altresì, alla luce della DGR 6902/2022 "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 stato condotto un focus, sullo specifico contesto, al fine di verificare il livello di allineamento degli erogatori alle indicazioni fornite dalla norma.

Un elemento da mettere in evidenza è l'attiva partecipazione degli Enti Pubblici e Privati accreditati alla Survey.

La raccolta dati del 2024 è stata condotta mediante un questionario che ha modificato/integrato quelli utilizzati nelle Survey degli anni precedenti. Si è trattato di un lavoro di progettazione/preparazione complesso con l'obiettivo di arricchire e focalizzare la raccolta dati condotta negli anni precedenti, allineandola anche alla classificazione proposta dal ministero.

I dati raccolti generalmente provengono dalla base dati aziendale legata all'incident reporting. Trattandosi di segnalazioni spontanee, bisogna tenere in considerazione che un elevato numero di segnalazioni non indica un minore livello di sicurezza e/o maggior numero di aggressioni e, viceversa, un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente a un elevato livello di sicurezza e/o ad un minor numero di aggressioni.

I dati raccolti e rappresentati in questa relazione, pur da considerare con le dovute cautele interpretative per la presenza di possibili bias in ragione della disomogenea modalità di rilevazione e tracciabilità delle informazioni sugli episodi di aggressione e per le peculiarità, in termini di offerta, dei soggetti erogatori, confermano la positività e l'importanza del monitoraggio attuato da ACSS e, soprattutto, forniscono un segnale importante sulla promozione della segnalazione fatta dagli operatori sanitari e sociosanitari implicati dal fenomeno.

Per le prossime rilevazioni, è previsto, in ossequio al mandato normativo della LR 15/2020, il monitoraggio puntuale sull'attuazione delle Linee Guida, prevedendo un coinvolgimento attivo dei Gruppi di Lavoro Aziendali.