

**RELAZIONE SULLE MAGGIORAZIONI TARIFFARIE EX ART. 27 BIS L.R.
33/2009 -ANNO 2019**

ai sensi dell'art. 11 c. 4 lettera f) L.R. 33/2009 e s.m.i.

Dirigente proponente: Loredana Nofroni
S.C. Analisi dei processi economico sanitari

Data di consegna 08/06/2021

SOMMARIO

PREMESSA	6
INTRODUZIONE ALLE MAGGIORAZIONI TARIFFARIE	8
ANALISI TREND 2013- 2019	11
Rappresentazione economica	11
Beneficiari istituto	13
Maggiorazioni tariffarie, funzioni non tariffate e finanziamento ministeriale ricerca corrente	18
IL PROCESSO DI ATTRIBUZIONE DELLE MAGGIORAZIONI	20
FASE 1: PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE.....	22
Verifica dell'esecuzione	22
Osservazioni.....	23
FASE 2: VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALL'ISTANZA	24
Documentazione per la verifica dei criteri di accesso	25
Criterio a) 70% del personale medico e infermieristico - ex art.25 bis comma 4 lettera a)	25
Criterio b) presentazione del consolidamento dei bilanci con evidenziazione dei conti economici relativi all'attività sanitaria- ex art.25 bis comma 4 lettera b)	26
Criterio b1): reinvestimento dell'utile di bilancio - ex art.25 bis comma 4 lettera b)	27
Criterio c): razionalizzazione dei costi dell'organizzazione delle attività ex art.25 bis comma 4 lettera C)	27
Documentazione per il calcolo degli indicatori	27
Documentazione necessaria per il calcolo della maggiorazione della didattica	27
Documentazione necessaria per il calcolo della maggiorazione della ricerca.....	28
Verifica dell'esecuzione della fase	28
Verifica della documentazione per i criteri di accesso.....	29
Verifica del criterio del 70% del personale medico e infermieristico.....	29
Verifica delle Relazioni ATS: consolidamento dei bilanci e razionalizzazione dei costi	29
Verifica criterio del reinvestimento dell'utile di bilancio.....	30
Verifica della documentazione per il calcolo degli indicatori	30
Documentazione degli Enti beneficiari della maggiorazione dedicata alla didattica	30
Documentazione degli Enti beneficiari della maggiorazione dedicata alla ricerca	31
Osservazioni.....	31

FASE 3: DETERMINAZIONE DELLA FASCIA DI APPARTENENZA	33
Indicatori didattica	35
Numero pl didattica / pl totali	39
Analisi dell'indicatore	40
Verifica dell'esecuzione	41
Suggerimenti	42
Numero studenti.....	42
Analisi dell'indicatore	42
Verifica dell'esecuzione	46
Suggerimenti	47
Numero tutor ospedalieri	47
Analisi dell'indicatore	50
Verifica dell'esecuzione	50
Suggerimenti	51
Numero ore/anno per studente	51
Analisi dell'indicatore	52
Verifica dell'esecuzione	53
Suggerimenti	54
Numero anni di corso	54
Analisi dell'indicatore	55
Verifica dell'esecuzione	55
Suggerimenti	56
Indicatori ricerca	56
Numero ricercatori/pl.....	59
Analisi dell'indicatore	60
Verifica dell'esecuzione	62
Suggerimenti	62
Numero pazienti in trials clinici.....	62
Analisi dell'indicatore	63
Verifica dell'esecuzione	64
Suggerimenti	64
Impact factor standardizzato	64
Analisi dell'indicatore	65
Verifica dell'esecuzione	65

Suggerimenti	65
Impact factor per 1000 euro di fatturato.....	65
Analisi dell'indicatore	66
Verifica esecuzione	66
Suggerimenti	67
Osservazioni sugli indicatori	67
Proposte di miglioramento dell'impianto esistente: didattica.....	67
Proposte di miglioramento dell'impianto esistente: Ricerca	69
FASE 4: CALCOLO DEGLI IMPORTI SPETTANTI (TEORICO E RICONOSCIUTO)	70
Fase 1 - Individuazione della base di calcolo (valore finanziato per struttura).....	71
Fase 2: Determinazione dell'importo teorico	71
Fase 3: Determinazione dell'importo riconosciuto attraverso l'eventuale riconduzione al tetto di sistema.....	71
Analisi	71
Verifica dell'esecuzione.....	74
Suggerimenti.....	75
PROPOSTA DI UN MODELLO PER LA DETERMINAZIONE DELLE FASCE.....	77
Indicatori didattica	77
Descrizione	77
Indicatori.....	78
Numero di studenti fte	78
Numero di studenti/tutor	80
Numero di posti letto medi giornalieri effettivi.....	81
Numero di studenti.....	82
Fonti informative per la costruzione degli indicatori.....	83
Indicatori ricerca	84
CONCLUSIONI	85
NOTE	92

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1. Risorse destinate all'istituto delle Maggiorazioni Tariffarie dal 2013 al 2019, suddivise per natura dell'erogatore.	11
Tabella 2. Risorse destinate all'istituto delle Maggiorazioni Tariffarie dal 2013 al 2019, suddivise per tipologia della domanda.	11
Tabella 3. Risorse destinate all'istituto delle Maggiorazioni Tariffarie dal 2013 al 2019, suddivise per natura dell'erogatore e tipologia della domanda (milioni di euro).....	12

Tabella 4. Numero di Enti beneficiari delle Maggiorazioni Tariffarie, suddivisi per tipologia della domanda e tipo di Ente (anni 2013-2019).....	13
Tabella 5. Valore dell'importo distribuito dall'istituto delle Maggiorazioni Tariffarie, per tipologia di domanda e tipo di Ente (anni 2013-2019; valori espressi in milioni di euro).....	13
Tabella 6. Numero di Enti beneficiari (didattica e ricerca), di relativi presidi e reparti finanziati, suddivisi per tipo di Ente (MT 2019).....	14
Tabella 7. Descrizione di Funzione Non Tariffata della Ricerca, Maggiorazione Tariffaria per la Ricerca e finanziamento ministeriale di Ricerca Corrente.....	18
Tabella 8. Importi finanziati attraverso i 3 istituti con riferimento agli indicatori 2018.	19
Tabella 9. Indicatori della didattica, con indicazione del criterio e delle rispettive classi e punteggi.	35
Tabella 10. Fasce di maggiorazione e corrispondenti incrementi % per la didattica.	36
Tabella 11. Numero di Enti beneficiari, di relativi presidi e reparti finanziati, suddivisi per tipo di Ente (Didattica, MT 2019).....	36
Tabella 12. Dettaglio punteggi per singolo indicatore delle 21 strutture beneficiarie della maggiorazione della didattica, suddivise per fascia di maggiorazione e ordinate per punteggio totale crescente.	38
Tabella 13. Classi e punteggi per l'indicatore Numero pl didattica / pl totali.	39
Tabella 14. Numero dei presidi cui vengono assegnati 1, 2 o 3 punti all'indicatore Numero pl didattica/pl totali, suddivisi per tipo di Ente.....	40
Tabella 15. Percentuali di giorni di degenza nei reparti convenzionati sui giorni di degenza totali e percentuale di reparti convenzionati sul totale dei reparti, per classe e relativo punteggio.	41
Tabella 16. Classi e punteggi per l'indicatore Numero studenti.	42
Tabella 17. Numero dei presidi cui vengono assegnati 1, 2 o 3 punti all'indicatore Numero studenti, suddivisi per tipo di Ente.	43
Tabella 18. Estratto della rendicontazione di un Ateneo sulla base del format predisposto da DG Welfare.	45
Tabella 19. Classi e punteggi per l'indicatore Numero tutor ospedalieri.	47
Tabella 20. Estratti di atti universitari relativi al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia/Facoltà di Medicina e Chirurgia contenenti specifiche sui tutor ospedalieri.	48
Tabella 21. Numero dei presidi cui vengono assegnati 1, 2 o 3 punti all'indicatore Numero tutor ospedalieri, suddivisi per tipo di Ente.	50
Tabella 22. Classi e punteggi per l'indicatore Numero ore/anno per studente.	51
Tabella 23. Numero dei presidi cui vengono assegnati 1, 2 o 3 punti all'indicatore Numero ore/anno per studente, suddivisi per tipo di Ente.....	52
Tabella 24. Classi e punteggi per l'indicatore Numero anni di corso.	54
Tabella 25. Numero dei presidi cui vengono assegnati 1, 2 o 3 punti all'indicatore Numero anni di corso, suddivisi per tipo di Ente.	55
Tabella 26. Numero di presidi che rendicontano 1 anno, 2 anni, triennio o intero corso, suddivisi per presidi che ospitano lezioni (sedi di didattica frontale) o meno.....	55
Tabella 27. Indicatori della ricerca, con indicazione del criterio e delle rispettive classi e punteggi.....	57
Tabella 28. Fasce di maggiorazione e corrispondenti incrementi % per la ricerca.....	57
Tabella 29. Numero di Enti beneficiari, di relativi presidi e reparti finanziati, suddivisi per tipo di Ente (Ricerca, MT 2019).	58
Tabella 30. Distribuzione delle risorse in base alla fascia di attribuzione (MT 2019 – Ricerca).....	58
Tabella 31. Classi e punteggi per l'indicatore Numero ricercatori/pl.....	59
Tabella 32. Dettaglio del valore del numeratore (no. ricercatori), del denominatore (no. posti letto), di cui alle diverse fonti dati trasmesse da DG Welfare, e dell'indicatore Numero ricercatori/pl, per punteggio attribuito all'indicatore (n=10 Enti)....	60
Tabella 33. Classi e punteggi per l'indicatore Numero pazienti in trials clinici.....	62
Tabella 34. No. di pazienti in trial attivi nei 10 Enti beneficiari della maggiorazione per la ricerca, suddivisi per punteggio ottenuto per l'indicatore Numero pazienti in trials clinici.	63

Tabella 35. Classi e punteggi per l'indicatore Impact Factor standardizzato.	64
Tabella 36. Classi e punteggi per l'indicatore Impact Factor per 1000 euro di fatturato.	65
Tabella 37. Distribuzione di frequenze dei punteggi assegnati all'indicatore Impact Factor standardizzato per 1000 euro di fatturato, con min-max del valore dell'indicatore per ogni classe (n=10 strutture).	66
Tabella 38. Importi teorici, % di abbattimento e importi riconosciuti per l'istituto delle MT, suddivisi per natura dell'erogatore e tipologia di domanda, con no. di Enti e strutture.	72
Tabella 39. Percentuali di maggiorazione e relativi importi riconosciuti ai beneficiari MT 2019, suddivisi per tipologia di domanda e ordinati per punteggio totale.	73
Tabella 40. Dettaglio di punteggi e valore riconosciuto a strutture con i medesimi punteggi in tutti gli indicatori, ordinate per punteggio totale (n=9 strutture beneficiarie di MT per la didattica).	74
Tabella 41. Classi e punteggi per l'indicatore proposto Numero di studenti FTE.	79
Tabella 42. Classi e punteggi per l'indicatore proposto Numero di studenti/tutor.	81
Tabella 43. Classi e punteggi per l'indicatore proposto Numero posti letto medi effettivi.	82
Tabella 44. Classi e punteggi per l'indicatore proposto Numero studenti.	83
Tabella 45. Proposta di format per la rilevazione degli indicatori proposti.	84

INDICE DEI GRAFICI

Grafico 1. Diagramma a barre con variazioni annuali nel totale degli importi distribuiti per la didattica e per la ricerca (variazioni calcolate rispetto all'anno precedente; anni 2014-2019).	12
Grafico 2. Numero di strutture per Ente che accedono al finanziamento delle MT per tipologia di domanda (Didattica o Ricerca).	15
Grafico 3. Tipi di reparto convenzionati con gli Atenei/Poli interessati dal finanziamento MT per la Didattica.	16
Grafico 4. Tipi di reparto interessati dal finanziamento MT per la Ricerca, suddivisi per la natura dell'IRCCS beneficiari (pubblica o privata).	17
Grafico 5. Grafico a torta della fascia di attribuzione dei 21 beneficiari per la didattica (percentuale e fascia di maggiorazione, n. %).	37
Grafico 6. Diagramma a barre orizzontali del numero di studenti rendicontati dagli Atenei con indicazione del tipo di sede per n=21 strutture.	43
Grafico 7. Grafico a dispersione del numero di anni e del numero di studenti rendicontati dagli Atenei per n=21 strutture.	44
Grafico 8. Diagramma a barre orizzontali del numero ore/anno per studente per struttura mono- o pluri-specialistica e anni ospitati (n=21 strutture).	53
Grafico 9. Grafico a barre con gli importi destinati ai 10 Enti beneficiari delle Maggiorazioni Tariffarie per l'anno 2019, suddiviso per percentuale di maggiorazione.	58
Grafico 10. Grafico a dispersione del numero di ricercatori FTE e numero di ricercatori FTE/posti letto attivati ordinari (n=10 richiedenti).	61

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1. Macro-processo di attribuzione delle Maggiorazioni Tariffarie.	20
Figura 2. Processo di attribuzione di ogni richiedente alla corrispondente categoria/tipologia di domanda.	33
Figura 3. Micro-processo di determinazione della fascia di maggiorazione per l'attività di didattica o ricerca.	34
Figura 4. Micro-processo di calcolo degli importi spettanti.	70

PREMESSA

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

In ottemperanza a tale mandato, nel primo dei suoi documenti prodotti (*Relazione sulle maggiorazioni tariffarie – Det. ACSS no. 6 del 14/02/2018*), ACSS aveva evidenziato la necessità di rivedere in un'ottica di maggiore **trasparenza** l'intero processo di attribuzione, e contestualmente aveva individuato alcune criticità, principalmente legate a formulazioni equivocabili dei criteri di accesso all'istituto e di attribuzione delle fasce di maggiorazione. Tali criteri, infatti, risultando passibili di interpretazioni non univoche, potevano esitare in un'attribuzione di punteggi e in una conseguente allocazione delle risorse non coerenti con la *ratio* dell'istituto stesso. Nella stessa relazione, ACSS evidenziava inoltre come necessità cogente la conclusione dell'iter procedurale relativo alle annualità da 2013 al 2017, bloccato ormai da 5 anni.

A fronte delle osservazioni di ACSS e col fine di risolvere alcuni dei dubbi interpretativi evidenziati, nel luglio 2018 DG Welfare ha richiesto formalmente ad ACSS un **audit preliminare** sulla bozza di DGR che, dando specifiche in merito all'interpretazione dei criteri, avrebbe consentito la conclusione dell'iter di individuazione dei saldi spettanti per le annualità 2013-2017 e il superamento delle criticità rilevate.

Su mandato del Comitato di Direzione (CdD), ACSS ha effettuato l'audit richiesto e in data 12/11/2018 ha trasmesso a DG Welfare il documento dal titolo "*Valutazione metodologica preventiva su proposta di completamento dell'iter di attribuzione dell'istituto di maggiorazioni tariffarie ex art. 27 bis L.R. 33/2009 per gli anni 2013-2017*".

Successivamente la Giunta Regionale ha emanato:

- **DGR XI/1153 del 21/01/2019** (*Determinazioni in ordine all'applicazione della D.G.R. IX/350 del 28 luglio 2010*), con la quale ha fornito specifiche in merito all'interpretazione dei criteri di cui alla DGR 350/2010 e s.m.i., recependo in parte le osservazioni formulate da ACSS e lasciando tuttavia invariato l'iter procedurale di applicazione dell'istituto;
- **DGR XI/1403 del 18/03/2019** (*Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e privato e delle strutture di ricovero e cura - poli universitari - annualità 2012-2017*), con la quale, recependo i contenuti della DGR 1153/2019, ha **concluso l'iter di determinazione degli importi delle maggiorazioni tariffarie per le annualità 2013-2017**.

A seguito della messa in pratica di quanto contenuto nelle DGR di cui sopra e onde superare le criticità emerse in fase attuativa, in un secondo tempo, e precisamente con **DGR XI/1986 del 23/07/2019**¹ la Giunta Regionale ha ritenuto opportuno fornire, tramite nota trasmessa ai potenziali beneficiari ed alle ATS coinvolte, ulteriori **indicazioni** esplicative.

Poiché la conclusione dell'iter procedurale non è sancita da un atto di Giunta, bensì da **decreti dirigenziali** inviati ai singoli beneficiari e alle ATS interessate, l'avvio delle procedure di verifica da parte di ACSS può avvenire solo successivamente a comunicazioni ufficiali da parte della competente struttura regionale in merito a tali decreti. Per l'annualità 2019, nel luglio 2020 DG Welfare ha formalmente trasmesso ad ACSS i decreti di assegnazione degli importi di competenza per le diverse strutture beneficiarie², e successivamente, su richiesta di ACSS³ e attraverso più invii⁴, la documentazione necessaria alla valutazione della corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione delle maggiorazioni; solo in data 20/10/2020, acquisito tutto il materiale disponibile, per ACSS è stato possibile avviare la procedura di valutazione dell'istituto.

Si precisa che l'analisi è stata condotta sulle disposizioni attualmente vigenti, che in parte colgono le raccomandazioni e suggerimenti che ACSS ha fornito negli anni, e dall'analisi della Documentazione fornita dalla DG Welfare.

Al fine di fornire, unitamente alle valutazioni previste dal dettato normativo, spunti di riflessione sul processo di determinazione degli importi distribuiti, il presente documento è stato strutturato in due parti.

Nella prima parte, di carattere più generale, dopo aver introdotto a livello normativo l'istituto delle maggiorazioni tariffarie e fornito un'analisi condotta sulle dimensioni più rilevanti, viene descritto il macro-processo di attribuzione del contributo⁵.

La seconda parte, di natura più tecnica, analizza in maniera dettagliata le singole fasi di tale processo fornendo tra l'altro, in ottemperanza al mandato conferito ad ACSS dalla norma, la valutazione della corretta applicazione dei criteri identificati per l'attribuzione delle maggiorazioni tariffarie⁶.

Raccomandazioni e suggerimenti per il miglioramento dell'istituto sono forniti contestualmente alla rilevazione delle criticità.

Il documento si conclude con una proposta elaborata da ACSS per la revisione dell'impianto complessivo di attribuzione delle fasce (par. *Proposta di un modello per la determinazione delle fasce*) e nelle conclusioni con una rappresentazione sintetica formulata in ottica integrata delle osservazioni e delle raccomandazioni emerse nel documento.

INTRODUZIONE ALLE MAGGIORAZIONI TARIFFARIE

La possibilità di finanziare le attività di didattica e di ricerca svolte all'interno di strutture ospedaliere è stata introdotta nell'ordinamento giuridico italiano rispettivamente con **D.M. Sanità 14 dicembre 1994** e **D.M. 30 giugno 1997**.

Tale modalità di finanziamento, cui si può far ricorso attraverso programmi finalizzati regionali qualora tali attività non risultino altrimenti finanziate, si è aggiunta a quelle elencate all'art. 8-sexies, comma 1, del **D. Lgs. 502/1992**, ossia:

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

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

Nel 2010, Regione **Lombardia**, esercitando l'autonomia legislativa stabilita dalla riforma del Titolo V della Costituzione⁷ (che attribuisce alle regioni la possibilità di legiferare in materia di salute in autonomia nel rispetto dei principi fondamentali posti dalle leggi dello stato) con la **L.R. 7/2010**, che ha integrato la L.R. 33/2009, ha introdotto l'istituto delle *maggiorazioni tariffarie* a favore di strutture sanitarie eroganti attività di didattica o ricerca⁸, con l'obiettivo di supportarle nella copertura dei maggiori costi che gravano sull'attività assistenziale di quelle strutture ospedaliere che erogano l'attività di didattica e ricerca, coerentemente a quanto già espresso nel D.lgs. 517/1999. Tali costi sono legati:

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

Per quanto concerne la Didattica, che il finanziamento riguardi la sola attività professionalizzante viene implicitamente rinforzato con la previsione dell'**art. 35** della L.R. 33/2009 (*Finanziamento delle strutture sanitarie convenzionate con le Università*)⁹, il quale ribadisce che **gli oneri per tutta l'attività didattica sono a carico dell'Università**.

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

- ✓ gli **IRCCS** pubblici o privati per l'attività di ricerca svolta presso le proprie strutture;

- ✓ le **strutture di ricovero e cura o gli IRCCS, pubblici e privati convenzionati** con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche **per i Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia**.

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

La norma identifica l'istituto come alternativo ad alcune Funzioni non Tariffate (di seguito FNT)¹⁰ ed in particolare a quella della didattica universitaria. Regione Lombardia con DGR 2014/2019, recependo le indicazioni fornite da ACSS, ha espunto alcune funzioni dal novero di quelle previste, tra cui quella della didattica universitaria, stante la presenza di uno specifico canale di finanziamento costituito dalle c.d. maggiorazioni tariffarie ex art. 27-bis L.R. n. 33/2009 e s.m.i.). Si evidenzia, tuttavia, come tutt'ora non sia stato aggiornato il testo di legge che disciplina l'istituto delle maggiorazioni tariffate.

Sempre con riferimento alle modifiche relative alle MT, si osserva infine che, a oggi, nonostante ACSS ne avesse nelle precedenti Relazioni rappresentato la criticità, le strutture possono beneficiare sia delle maggiorazioni tariffarie, anche qualora erogate per l'attività di ricerca, che della FNT di *Ricerca corrente negli IRCCS*, nonostante la fonte informativa e conseguentemente le attività che gli istituti vanno a finanziare siano pressoché le medesime.

L'applicazione pratica dell'istituto della maggiorazione tariffaria consiste in una remunerazione pari a un **incremento percentuale** applicato al valore della produzione finanziato¹¹ derivante da attività di ricovero:

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

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

- gli indicatori e le modalità operative per la determinazione dello spettante, sulla base dei criteri identificati dai commi 2¹²-3¹³ dell'art. 27 bis);
- la determinazione dei **parametri**¹⁴ per la verifica del consolidamento dei bilanci e per l'assolvimento dell'impegno di cui ai commi 5 e 4;
- l'ammontare annuale complessivo di risorse da destinare all'istituto di cui al comma 7.

In fase di prima attuazione la Giunta ha provveduto alla declinazione di quanto previsto dalla norma con la DGR 350/2010 che ha definito l'impianto della procedura di riconoscimento delle maggiorazioni; tale atto è stato negli anni aggiornato e integrato da DGR successive che tuttavia non hanno modificato l'impianto di base originariamente definito (Allegato 1).

Per l'anno 2019, con DGR 1046/2018 "Regole di sistema 2019", la Giunta ha determinato uno stanziamento complessivo di 199,3 mln/euro, indicando il tetto massimo erogabile alle strutture e agli IRCCS privati pari a 62,3 mln/euro; conseguentemente agli erogatori del settore pubblico possono essere erogati importi per un valore totale massimo di 137 mln/euro.

ANALISI TREND 2013- 2019

Al fine di avere un quadro esaustivo del fenomeno e un suo dimensionamento in termini economici, si ritiene opportuno rappresentare l'analisi del trend, dall'anno di istituzione del finanziamento ad oggi, e fornire dettagli in merito alle variazioni verificatesi nelle attività finanziate.

RAPPRESENTAZIONE ECONOMICA

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

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

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

In considerazione del fatto che l'istituto finanzia, con un unico articolo di legge, due distinte attività, quali la didattica universitaria e la ricerca, si ritiene opportuno rappresentare la tendenza pluriennale dando evidenza delle singole componenti (**Tabella 2**).

Tabella 2. Risorse destinate all'istituto delle Maggiorazioni Tariffarie dal 2013 al 2019, suddivise per tipologia della domanda.

TIPOLOGIA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	DELTA
RICERCA	29.385.786	25.454.032	22.863.069	23.382.622	23.376.181	23.823.238	21.955.037	-7.430.749
DIDATTICA	170.614.214	173.845.968	176.436.931	175.917.378	175.923.819	175.476.762	177.344.963	6.730.749
TOTALE	200.000.000	199.300.000	199.300.000	199.300.000	199.300.000	199.300.000	199.300.000	

Valutando l'andamento complessivo in base alla natura delle attività finanziate, si osserva che l'istituto ha, fin dal 2013, finanziato in modo preponderante l'attività di didattica universitaria.

Si sottolinea che la volontà di privilegiare nel finanziamento l'attività di didattica è esplicitata dallo stesso legislatore con l'Art. 27 bis, con il quale stabilisce che viene riconosciuta una maggiorazione:

- fino ad un massimo del **19%** per l'attività di ricerca;
- fino ad un massimo del **25%** per le attività didattiche universitarie pre-laurea.

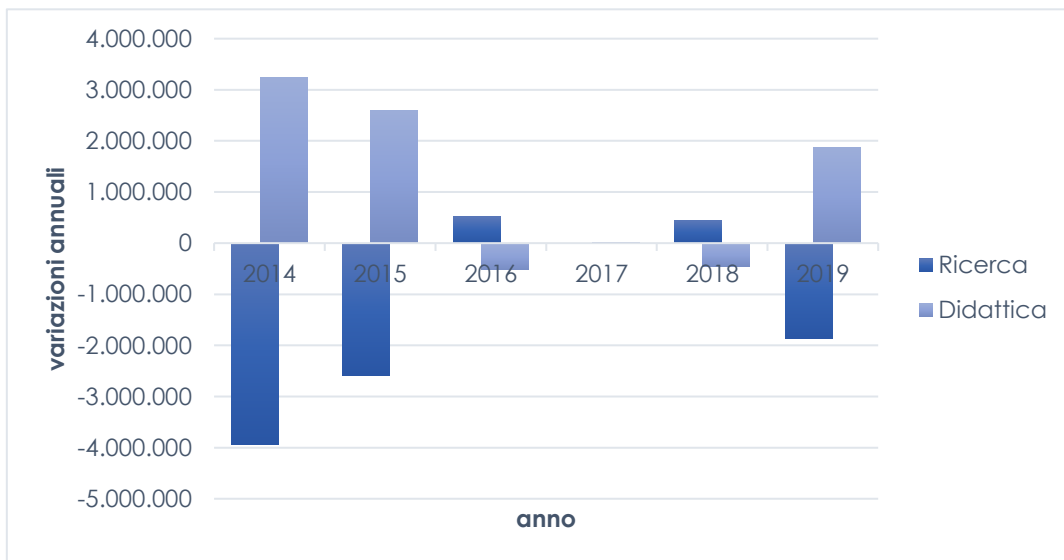
Tali percentuali corrispondevano inizialmente a quelle previste per gli erogatori che venivano assegnati alla fascia più alta, per attività di ricerca o di didattica. Successivamente, e rimanendo nel perimetro disposto dalla legge, le percentuali associate alle fasce più alte sono state abbassate rispettivamente in 18% e 24%, recependo le

necessità di razionalizzazione della spesa di cui al Decreto-legge 6 luglio 2011 n. 98 (DGR 2057/2011; cfr. Allegato 1).

L'osservazione del trend pluriennale evidenzia, inoltre, un progressivo travaso di risorse (circa 7 mln di euro) sempre a favore dell'attività di didattica.

Per sottolineare tale fenomeno, si riporta di seguito un grafico nel quale vengono rappresentate le variazioni annuali che si sono verificate nel corso degli anni esaminati, distintamente per la ricerca e per la didattica.

Grafico 1. Diagramma a barre con variazioni annuali nel totale degli importi distribuiti per la didattica e per la ricerca (variazioni calcolate rispetto all'anno precedente; anni 2014-2019).



Come si evince dal **Grafico 1**, la ricerca subisce negli anni per lo più variazioni in negativo, compensate da una maggiore attribuzione di risorse verso la didattica. Per comprendere quali siano le ragioni che abbiano determinato tale fenomeno, si riporta di seguito la distribuzione delle risorse in maniera combinata tra natura degli Enti erogatori e tipologia di attività finanziata (**Tabella 3**).

Tabella 3. Risorse destinate all'istituto delle Maggiorazioni Tariffarie dal 2013 al 2019, suddivise per natura dell'erogatore e tipologia della domanda (milioni di euro).

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

Il fenomeno della variazione delle risorse ha interessato principalmente gli erogatori privati, che hanno registrato negli anni un progressivo travaso di fondi da ricerca a didattica pari a circa 6 milioni di euro; a seguito degli approfondimenti svolti si ritiene di poter affermare che la causa sia da imputare a più fattori concorrenti, e nello specifico:

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

BENEFICIARI ISTITUTO

Per effettuare un'analisi completa, risulta necessario valutare il numero e la tipologia di soggetti che hanno beneficiato dell'istituto. Dettagliando maggiormente i dati sinora rappresentati, ovvero valutando la **tipologia degli Enti**, emerge una sostanziale stabilità nel numero di beneficiari negli anni; si registra unicamente la riduzione nel numero di IRCCS privati che hanno presentato l'istanza e l'inclusione di una ASST nella didattica universitaria. Di seguito si riportano due tabelle: la prima (**Tabella 4**) rappresenta, per attività di didattica e di ricerca, il numero di Enti beneficiari distinti per tipo; la seconda (**Tabella 5**), con la medesima modalità, l'importo distribuito.

Tabella 4. Numero di Enti beneficiari delle Maggiorazioni Tariffarie, suddivisi per tipologia della domanda e tipo di Ente (anni 2013-2019).

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

Tabella 5. Valore dell'importo distribuito dall'istituto delle Maggiorazioni Tariffarie, per tipologia di domanda e tipo di Ente (anni 2013-2019; valori espressi in milioni di euro).

TIPOLOGIA	TIPO ENTE	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
RICERCA	IRCCS - PRIVATO	21,4	17,8	15,2	15,8	15,7	16,5	14,8
	IRCCS - PUBBLICO	7,9	7,7	7,6	7,6	7,7	7,4	7,2
RICERCA TOTALE		29,39	25,45	22,86	23,38	23,38	23,82	21,96
DIDATTICA	ASST	82,7	81,8	82,7	86,2	91,2	93,0	93,1
	CASA DI CURA ACCREDITATA A CONTRATTO	1,0	1,0	1,1	1,1	0,9	1,1	1,1
	IRCCS - PRIVATO	40,6	43,5	46,0	45,4	45,7	44,8	46,4
	IRCCS - PUBBLICO	46,4	47,5	46,7	43,3	38,1	36,6	36,7
DIDATTICA TOTALE		170,61	173,85	176,44	175,92	175,92	175,48	177,34
TOTALE		200,00	199,30	199,30	199,30	199,30	199,30	199,30

Si sottolinea che:

- il soggetto beneficiario della maggiorazione per la didattica risulta essere la Struttura afferente all'Ente: il calcolo dell'importo viene effettuato considerando il fatturato dei solli reparti convenzionati con la facoltà di medicina e chirurgia, presenti nella struttura;
- il soggetto beneficiario della maggiorazione per la ricerca risulta essere l'Ente: il calcolo dell'importo viene effettuato considerando il fatturato di tutti i reparti di tutte le Strutture afferenti all'Ente con sede in Lombardia e con riconoscimento di IRCCS.

Al fine di meglio chiarire quanto sopra riportato si rappresenta la situazione dell'anno 2019, oggetto della presente relazione.

Per evidenziare il numero dei beneficiari effettivi, sia per la didattica che per la ricerca, è necessario disaggregare ulteriormente il dato in modo da esplicitare il numero di Presidi e in particolare di reparti finanziati (**Tabella 6**).

Tabella 6. Numero di Enti beneficiari (didattica e ricerca), di relativi presidi e reparti finanziati, suddivisi per tipo di Ente (MT 2019).

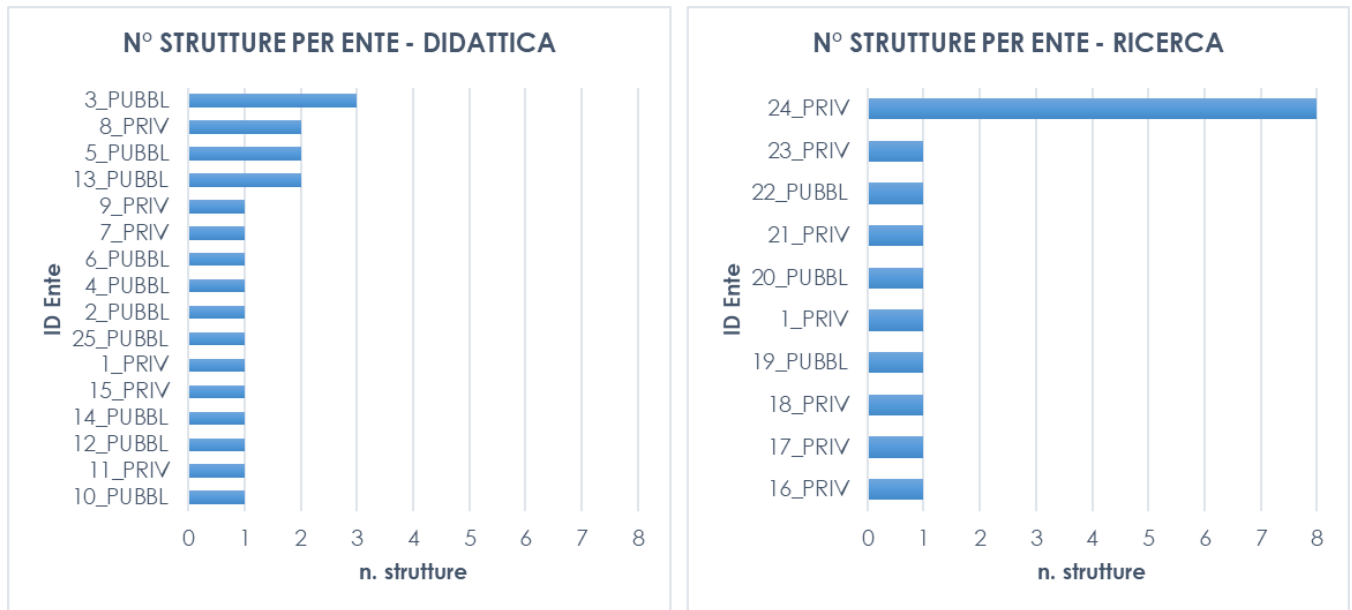
TIPO ENTE	N° ENTI	N° PRESIDI	N° REPARTI FINANZIATI
ASST	8	12	166
CASA DI CURA ACCREDITATA A CONTRATTO	2	2	7
IRCCS – PRIVATO	11	19	183
IRCCS – PUBBLICO	5	5	107
TOTALE	26¹⁶	38	463

Stante il fatto che un medesimo Ente viene conteggiato due volte poiché annovera due strutture di tipologia diversa che beneficiano rispettivamente l'una della maggiorazione per la didattica, l'altra della maggiorazione per la ricerca, l'istituto ha interessato 25 Enti, per complessivi 38 Presidi e 463 reparti.

In particolare, nel caso della didattica il finanziamento è stato riconosciuto in riferimento a 347 reparti convenzionati con i corsi di laurea in Medicina e Chirurgia delle Università lombarde. Nel caso, invece, della ricerca hanno beneficiato dell'istituto tutti i 116 reparti di tutti presidi afferenti agli Enti, a prescindere dal fatto che siano o no sede di trial clinico.

Di seguito si riportano due grafici, distintamente per didattica e ricerca, in cui vengono rappresentati il numero di presidi che accedono al finanziamento per ciascuna tipologia di Ente.

Grafico 2. Numero di strutture per Ente che accedono al finanziamento delle MT per tipologia di domanda (Didattica o Ricerca).



Si evidenzia che, dei 10 Enti beneficiari della maggiorazione della ricerca, per un Ente vengono finanziate 8 strutture afferenti allo stesso, mentre per un altro Ente pur risultando beneficiario il singolo Presidio, le risorse sono assegnate a due sub-presidi. Si segnala inoltre che per un altro Ente, beneficiario della maggiorazione della didattica, gli indicatori calcolati sembrerebbero fare riferimento a due presidi con codici struttura differenti, di cui però non si ha il dettaglio nello schema di valutazione trasmesso da DG Welfare.

A completamento della rappresentazione dei beneficiari si ritiene opportuno rappresentare distintamente per didattica (**Grafico 3**) e ricerca (**Grafico 4**) le tipologie di reparti interessati dal finanziamento, che soprattutto nel caso della didattica. Si evidenzia che ricevono il finanziamento anche alcuni reparti che non sono tradizionalmente legati alla didattica delle discipline di base.

Grafico 3. Tipi di reparto convenzionati con gli Atenei/Poli interessati dal finanziamento MT per la Didattica.

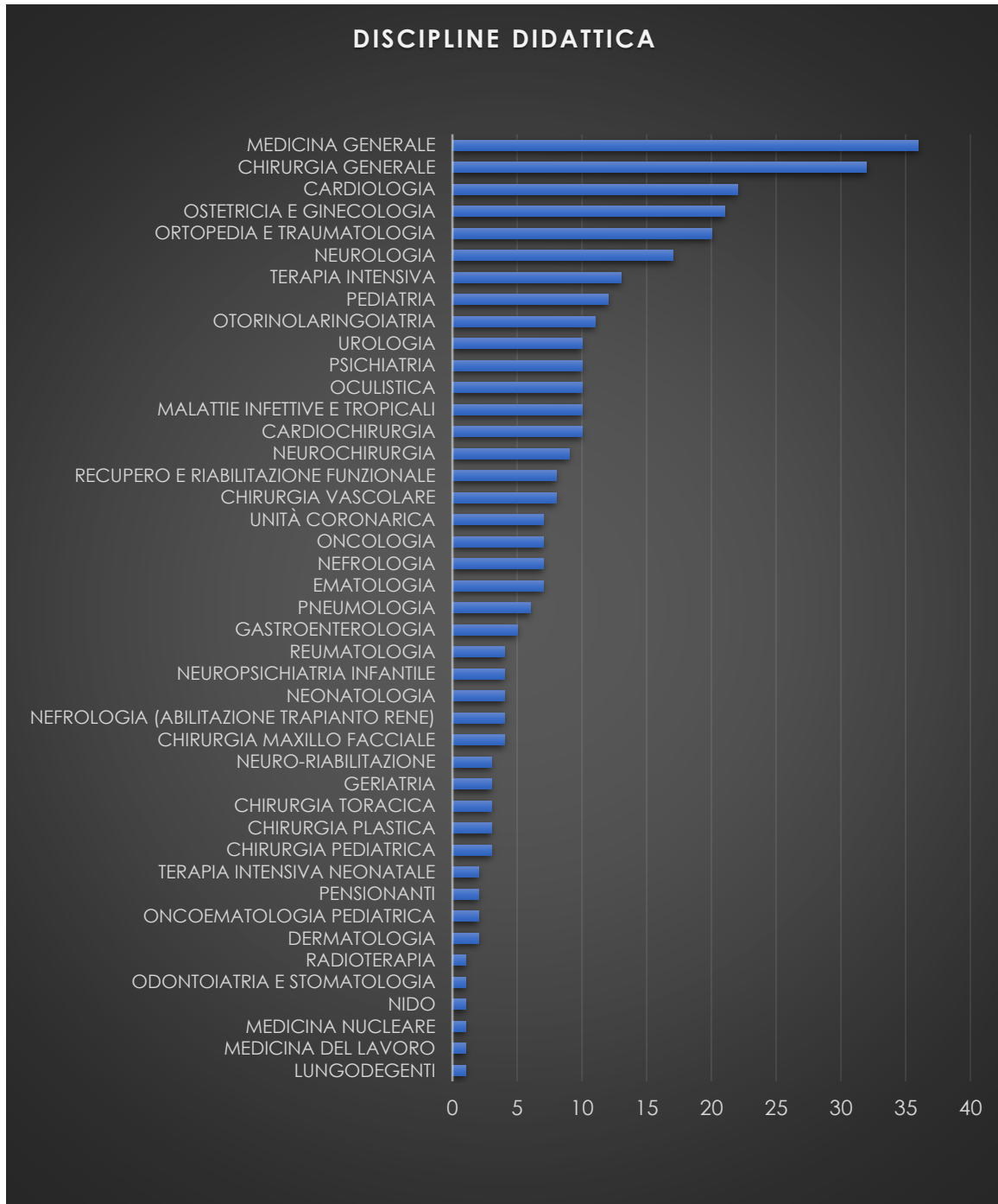
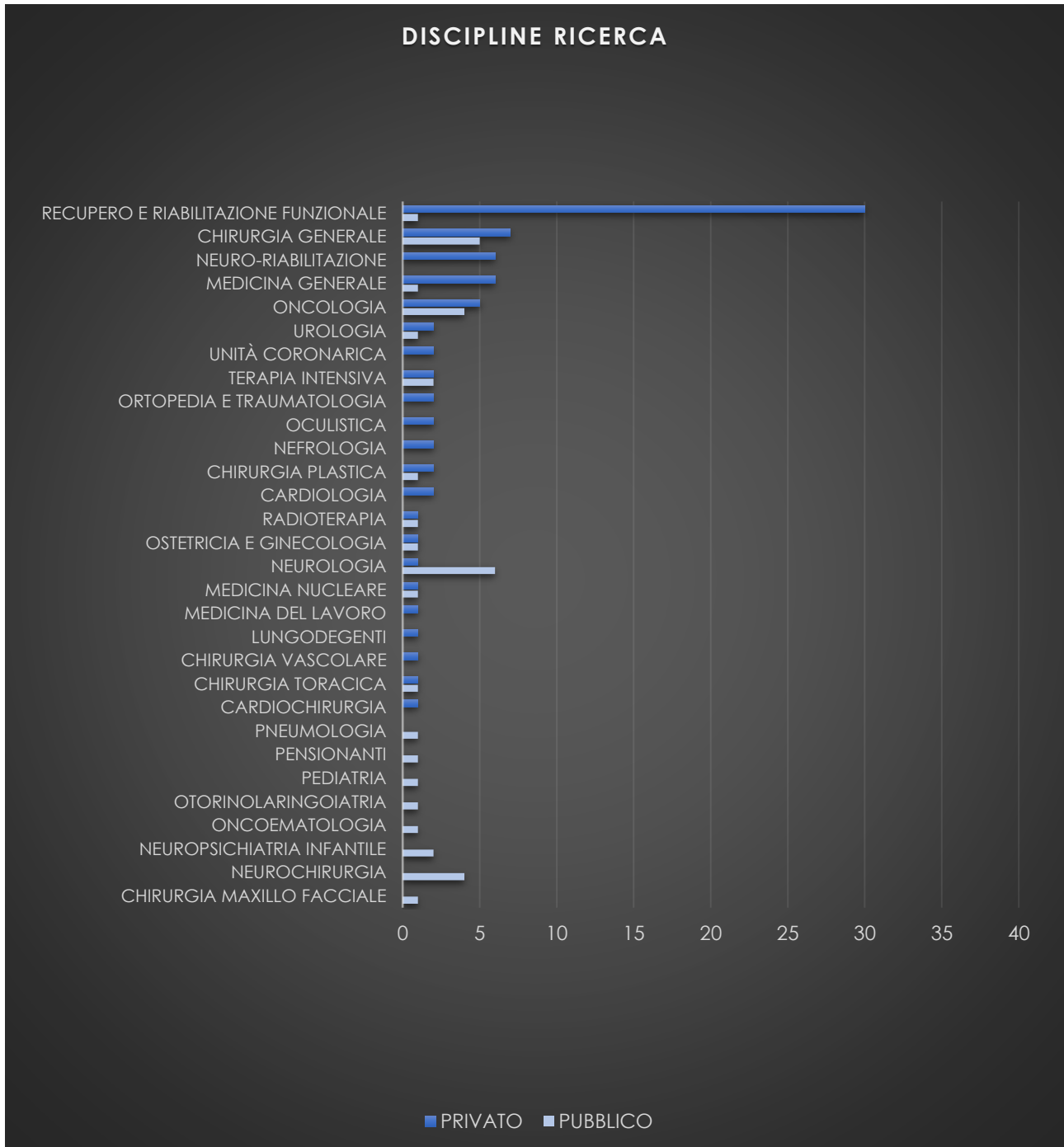


Grafico 4. Tipi di reparto interessati dal finanziamento MT per la Ricerca, suddivisi per la natura dell'IRCCS beneficiari (pubblica o privata).



MAGGIORAZIONI TARIFFARIE, FUNZIONI NON TARIFFATE E FINANZIAMENTO MINISTERIALE RICERCA CORRENTE

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

Tabella 7. Descrizione di Funzione Non Tariffata della Ricerca, Maggiorazione Tariffaria per la Ricerca e finanziamento ministeriale di Ricerca Corrente.

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

Seppur, come evidenziato dalla **Tabella 7**, che riporta gli assunti contenuti negli atti regionali, le finalità dei due finanziamenti regionali siano simili ma non esattamente coincidenti, laddove si analizzi il processo con cui vengono distribuite le risorse si nota che la fonte informativa e pertanto le attività che gli istituti vanno a finanziare sono le medesime.

Al fine di rafforzare quanto già detto, si fornisce in seguito un dimensionamento economico del fenomeno con riferimento all'annualità 2019; l'importo riportato per MT e FNT è stato determinato anche sulla base delle informazioni trasmesse al Ministero della Salute relativamente al finanziamento Ricerca Corrente per l'anno 2018 (**Tabella 8**).

Tabella 8. Importi finanziati attraverso i 3 istituti con riferimento agli indicatori 2018.

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

Come evidenziato in tabella una siffatta attribuzione di risorse sulle medesime linee di ricerca rischia di risultare sovrabbondante rispetto ai budget redatti dagli stessi IRCCS (in alcuni casi allegati alla documentazione d'istanza).

Alla luce di quanto esposto in precedenza si ritiene opportuno ribadire le raccomandazioni espresse nella *Relazione Funzioni Non Tariffate 2016* (Det. ACSS no. 59 del 27/07/2018):

“Si raccomanda di scegliere quale istituto utilizzare univocamente per finanziare la ricerca, superando l'attuale ridondanza fra funzioni e maggiorazioni.

Laddove si ritenesse maggiormente adeguato il finanziamento a funzione, si propone di individuare un modello che superi la mera riproposizione dei criteri del finanziamento ministeriale e che preveda:

- *committenza regionale sulle aree di interesse;*
- *progettualità in linea con le strategie di politica sanitaria;*
- *individuazione di programmi per ogni IRCCS;*
- *misurazione e rendicontazione dei costi per la realizzazione dei programmi e di eventuali ricavi generati;*
- *copertura della differenza fra ricavi e costi a fronte di una rendicontazione trasparente e uniforme fra gli enti.”*

IL PROCESSO DI ATTRIBUZIONE DELLE MAGGIORAZIONI

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

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

Al fine di avere un quadro dettagliato di come si svolge l'intero processo, ACSS ha ritenuto opportuno descriverne le fasi principali formulando, per ciascuna di queste, eventuali osservazioni e suggerimenti.

Di seguito si forniscono una rappresentazione macroscopica del procedimento (**Figura 2**) e una descrizione sintetica che consente di mettere in luce differenti osservazioni di carattere generale.

Figura 1. Macro-processo di attribuzione delle Maggiorazioni Tariffarie.



È possibile notare come il procedimento abbracci un arco temporale piuttosto esteso, che va dalla fine dell'anno precedente a quello di competenza (**anno n-1**), fino alla seconda metà dell'anno successivo a quello di competenza (**anno n+1**).

Alla fine di ogni anno, in occasione dell'emanazione delle Regole di sistema, la Giunta Regionale dà avvio al procedimento con la determinazione delle risorse da destinare all'istituto delle maggiorazioni; nel medesimo atto vengono definiti sia i tetti massimi di risorse da destinare agli erogatori pubblici e agli erogatori privati sia l'entità percentuale erogabile a titolo di acconto.

In particolare, per l'annualità 2019 viene dato mandato alle ATS di provvedere all'erogazione del 60% dell'importo attribuito nell'ultima validazione formale, presupponendo di fatto che i beneficiari dell'istituto nell'annualità precedente presentino istanza per l'anno di competenza, che mantengano i requisiti di accesso e che vengano collocati nella medesima fascia di maggiorazione dell'annualità precedente.

Le fasi definitorie del procedimento si compiono nell'annualità successiva a quella di competenza del finanziamento (**anno n+1**), durante la quale, a seguito della valutazione delle istanze pervenute entro la fine di febbraio e della documentazione trasmessa dagli erogatori, la DG Welfare, in una unica fase temporale, identifica gli aventi diritto, la fascia di attribuzione della struttura e calcola gli importi teorici spettanti a ciascun erogatore. Tali importi vengono quindi riproporzionati nel rispetto dei tetti massimi stanziati per gli erogatori pubblici e privati, identificando così l'attribuzione ufficiale da destinare a ciascun erogatore.

La conclusione del procedimento è sancita da tanti **decreti dirigenziali**, uno per ogni Ente beneficiario, contenenti l'importo spettante e inviati alle ATS che devono procedere all'erogazione del saldo spettante o all'eventuale recupero di risorse.

Focalizzandosi sulle singole fasi che compongono il procedimento è possibile osservare alcuni elementi di criticità:

- L'istituto finanzia con uno stanziamento unico **due distinte fattispecie di attività**. Il fatto che in sede di definizione dello stanziamento sia determinato un importo complessivo, distinto tra pubblico e privato, e non uno stanziato per tipo di attività, comporta **incertezza sull'entità del finanziamento realmente destinato a ciascuna area di attività (didattica/ricerca)**.
- Dall'analisi del processo emerge uno **scostamento temporale** tra l'erogazione degli acconti e la determinazione degli importi di competenza. Le modalità operative attualmente seguite prevedono infatti che l'erogazione degli acconti avvenga in un periodo antecedente rispetto alla presentazione dell'istanza e alla verifica del possesso dei requisiti di accesso. Si osserva che tale modalità potrebbe generare situazioni in cui, in assenza della presentazione dell'istanza o in mancanza dei requisiti, gli erogatori ricevano e dispongano di risorse economiche che devono essere successivamente recuperate.
Al fine di ridurre eventuali situazioni di recupero delle risorse, si suggerisce di anticipare all'inizio dell'anno di competenza i termini di presentazione dell'istanza e quantomeno le verifiche in merito alla solidità finanziaria dei richiedenti, che essendo il presupposto per la contrattualizzazione vengono svolte comunque dalle ATS nei primi mesi di ciascun anno per la sottoscrizione dei contratti.
- La conclusione dell'iter di definizione degli importi è determinata da un **decreto dirigenziale** indirizzato alle ATS con le disposizioni finanziarie, atto tecnico e non sottoposto a obblighi di pubblicità. In ottica di una maggiore trasparenza apparrebbe più opportuno che l'attuazione di un istituto di tal specie sia oggetto di un formale atto di giunta che rappresenti gli esiti dei vari passaggi effettuati.

FASE 1: PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE

L'art. 27 bis della L.R. 33/2009 e s.m.i. prevede che l'accesso all'istituto sia **volontario**. Pertanto, ciascun erogatore che ritenga di essere in possesso dei requisiti richiesti può presentare l'istanza entro i termini previsti dalle indicazioni regionali. Con **DGR 1153/2019** DG Welfare, recependo quanto raccomandato da ACSS¹⁷, ha introdotto una novità importante per quanto concerne l'indicazione di una data specifica per la presentazione delle istanze, stabilendo che le istanze devono essere trasmesse "entro e non oltre il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di competenza, a pena di esclusione".

Per l'accesso all'istituto è previsto che gli Enti pubblici e privati possano presentare istanza a DG Welfare corredandola di tutta la documentazione necessaria ai fini della valutazione dei criteri di accesso e della documentazione prevista per il calcolo degli indicatori della didattica o della ricerca, così come previsto dalla DGR 350/2010 e s.m.i., e in particolare:

- per la didattica: la documentazione relativa ai Reparti/Unità Operative convenzionate con le facoltà di medicina e chirurgia;
- per la ricerca: la documentazione relativa all'attività di ricerca svolta presso l'Ente.

Alla luce della documentazione ricevuta si evidenzia che l'avvio del procedimento non ha avuto **l'universalità informativa** che, a parere di ACSS, un istituto caratterizzato da volontarietà dovrebbe avere e, in particolare, la nota regionale con la quale si dà notizia dell'avvio della procedura è stata inviata a un numero ridotto di potenziali beneficiari (quelli che avevano beneficiato del finanziamento per le annualità precedenti) tralasciando quindi l'informativa a eventuali nuovi potenziali beneficiari.

VERIFICA DELL'ESECUZIONE

Le verifiche sono state condotte analizzando la documentazione trasmessa da DG Welfare, la quale è risultata parzialmente incompleta se raffrontata con quanto riportato da DG Welfare nei propri schemi di valutazione.

Gli schemi di valutazione elaborati da DG Welfare indicano che hanno presentato istanza, entro il 28 febbraio 2020, termine perentorio, 25 Enti (13 pubblici e 12 privati).

Tuttavia, stante il termine perentorio del 28 febbraio 2020 previsto dalla DGR 1153/2019 e ribadito dalla succitata nota regionale, dalla verifica effettuata, parrebbe che un Ente abbia trasmesso l'istanza oltre la data di scadenza.

Inoltre, dallo schema di valutazione si rileva che un altro Ente ha presentato istanza nel luglio dell'anno 2019; in quest'ultimo caso non è stato possibile effettuare verifiche in quanto ACSS non ha in possesso documentazione attestante la trasmissione della specifica istanza e dell'invio della documentazione integrativa necessaria al procedimento.

Entrambi gli Enti sono comunque risultati beneficiari della maggiorazione.

OSSERVAZIONI

Si condivide positivamente l'identificazione di una data di scadenza precisa per la presentazione dell'istanza che consente una maggiore certezza di scansione delle fasi temporali del processo e una maggiore trasparenza nell'intero iter di assegnazione degli importi.

Alla luce degli approfondimenti condotti e in considerazione della perentorietà del termine prevista dalla DGR 1153/2019, si suggerisce di valutare in maniera opportuna le date di trasmissione delle istanze dagli Enti interessati.

Qualora inoltre si ritenga che l'istanza possa essere presentata anche con ampio anticipo, si suggerisce di esplicitarlo in un atto formale.

FASE 2: VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALL'ISTANZA

L'art. 27 bis della L.R. 33/2009 sancisce che la maggiorazione tariffaria è riconosciuta ai soggetti che dichiarano formale impegno a:

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

“b) presentare il consolidamento dei bilanci con evidenziazione dei conti economici relativi all'attività sanitaria; verifica dei modelli di bilancio presentati dagli enti e del contenuto dell'istanza per le sezioni corrispondenti.”

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

Con La **DGR 350/2010**, la Giunta Regionale interpreta e traduce in disposizioni tecniche i criteri indicati nella norma come condizione necessaria all'accesso e nell'ambito del secondo criterio (b) integra un ulteriore vincolo (di seguito identificato col punto “b1”) che riguarda l'impegno dell'Ente sull'impiego di un eventuale utile di bilancio:

b1) *“qualora si registrasse un utile di bilancio, il 70% dello stesso deve essere reinvestito nella struttura.”*

Nello stesso atto, che identifica anche gli indicatori per la determinazione della fascia, e nelle successive note esplicative viene fornita l'indicazione che contestualmente alla presentazione dell'istanza debba essere inviata:

- **la documentazione per la verifica dei criteri di accesso**, finalizzata a valutare la solidità economico-organizzativa dell'Ente nel suo complesso;
- **la documentazione necessaria per il calcolo degli indicatori** che consentono di individuare la percentuale di maggiorazione attribuita a ciascun avente diritto.

Nel corso degli anni, numerose DGR hanno apportato modifiche/chiarimenti in merito ai criteri di accesso all'istituto e all'interpretazione degli indicatori.

In particolare, si segnala che l'attestazione sulla solidità dei bilanci, che la DGR 350/2010 attribuiva alle competenti strutture regionali, è stata trasferita con DGR1153/2019 in capo alle ATS territorialmente competenti, che sono già chiamate a svolgere tali verifiche prima della contrattualizzazione annuale degli erogatori privati.

DG Welfare annualmente, attraverso un'apposita circolare esplicativa trasmessa dalle strutture competenti ad alcuni degli Erogatori che potenzialmente possono rientrare tra i beneficiari, dettaglia la documentazione necessaria; In particolare per l'annualità 2019 ha fornito agli Erogatori e per conoscenza alle ATS, apposite indicazioni operative per l'inoltro dell'istanza e ha specificato gli adempimenti in capo agli Erogatori e gli adempimenti in capo alle ATS con le relative scadenze:

- agli Erogatori pubblici e privati sono stati richiesti di trasmettere entro il 29/02/2020 a Regione Lombardia la documentazione necessaria per verificare la sussistenza dei requisiti del personale e del reinvestimento dell'utile e all'ATS territorialmente competente i Piani strategici/Documenti programmatici.
- alle ATS è stato richiesto di relazionare a Regione Lombardia entro il 16/03/2020 in merito ai Piani strategici/Documenti programmatici e al consolidamento dei bilanci.

La circolare esorta inoltre a presentare eventuale documentazione integrante qualora l'Ente abbia trasmesso l'istanza in anticipo rispetto alla suddetta circolare.

Per l'annualità 2019 la circolare è stata trasmessa, oltre che a tutte le ATS, a 30 strutture, 4 delle quali non sono rientrate tra i beneficiari della maggiorazione e di cui ACSS non ha evidenze in merito alla presentazione delle istanze. Per quanto già evidenziato nel paragrafo precedente in merito alla mancata trasmissione dell'informativa a tutti gli erogatori e a tutti gli IRCCS, che potenzialmente potrebbero avere accesso all'istituto, se ne raccomanda l'estensione.

DOCUMENTAZIONE PER LA VERIFICA DEI CRITERI DI ACCESSO

Di seguito si riportano, per ciascun criterio identificato dalla norma, una descrizione dell'excurus delle indicazioni regionali, la documentazione necessaria per la verifica, gli adempimenti da compiere, nonché il soggetto responsabile di questi ultimi.

CRITERIO A) 70% DEL PERSONALE MEDICO E INFERMIERISTICO - EX ART.25 BIS COMMA 4 LETTERA A)¹⁸

La DGR 2057/2011, che integra la DGR 350/2010, identifica la sussistenza di tale criterio con la presenza presso l'Ente richiedente di **rapporti di lavoro a tempo indeterminato di personale medico e infermieristico** coincidenti o **superiori al 70%** del totale del personale medico e infermieristico impiegato nell'attività di reparto.

La percentuale richiesta (target obiettivo) viene calcolata conteggiando **separatamente** il monte ore lavorato dal personale medico e infermieristico a tempo indeterminato, in rapporto al monte ore complessivamente lavorato dal totale delle tipologie di contratto di lavoro mediche e infermieristiche, riconducendola quindi in FTE (teste equivalenti).¹⁹

Le ore considerate per il calcolo del parametro sono quelle che i professionisti medici e infermieri dedicano alle “**attività di reparto**” (ricoveri, non ambulatoriali)²⁰.

A dimostrazione del rispetto del requisito viene richiesto agli Enti di allegare all'istanza un'autocertificazione attestante che, nel primo quadrimestre dell'anno di competenza, il personale interessato, di ciascuna struttura nella sua interezza, risulti essere almeno il 70% del totale del personale in servizio (per il medesimo profilo). Detto requisito dovrà essere dimostrato attraverso la seguente documentazione:

1. Copia DM10 trasmessa all'INPS dei mesi gennaio/ febbraio/ marzo / aprile dell'anno di competenza;
2. Stampa riepilogativa UNIEMENS trasmessa all'INPS dei mesi gennaio/ febbraio/ marzo / aprile dell'anno di competenza;
3. Certificazione dell'avvenuto invio all'INPS della documentazione;
4. Schede all. 1 e all. 2 debitamente compilate con riferimento al primo quadrimestre dell'anno di competenza;
5. Autocertificazione del legale rappresentante dell'Ente relativa ai dati dichiarati nelle schede all.1 e all. 2.

La competente struttura di DG Welfare verifica il perdurare di tale standard elaborando i dati inviati dagli Enti attraverso il flusso Flu.per per l'intera annualità. Qualora dalla verifica risulti che una Struttura non possenga il requisito, DG Welfare provvede a comunicare l'esito negativo alla struttura che ha facoltà di trasmetterne a DG Welfare prova formale. In caso di insufficienza delle osservazioni formulate dalla struttura, DG Welfare attiva per il tramite dell'ATS territorialmente competente apposito controllo e in esito a dette verifiche assume le determinazioni definitive (rigetto o accoglimento delle istanze).

La DGR 1153/2019 ha introdotto, inoltre, ulteriori azioni di verifica poste in capo alle ATS, alle quali spetterebbe il compito di svolgere un monitoraggio periodico sulle autocertificazioni trasmesse dagli Enti.

Si rileva, tuttavia, che nella succitata circolare trasmessa da DG Welfare non risultano presenti indicazioni in merito alle verifiche poste in capo alle ATS.

CRITERIO B) PRESENTAZIONE DEL CONSOLIDAMENTO DEI BILANCI CON EVIDENZIAMENTO DEI CONTI ECONOMICI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ SANITARIA- EX ART.25 BIS COMMA 4 LETTERA B)²¹

Al fine di efficientare il procedimento di verifica, la DGR 1153/2019 ha posto in capo alle ATS, a far data dal 2019, l'esame della documentazione contabile degli erogatori che hanno presentato l'istanza. Le ATS sono chiamate a relazionare alla DG Welfare, con i dettagli indicati nella DGR 1986/2019, l'avvenuta verifica della documentazione contabile, la stipula dei contratti di servizio per l'anno 2019 e la avvenuta certificazione del bilancio da parte dei competenti organi di controllo interni o esterni.

CRITERIO B1): REINVESTIMENTO DELL'UTILE DI BILANCIO - EX ART.25 BIS COMMA 4 LETTERA B)

Il rispetto di tale parametro è a carico degli erogatori privati, i quali, a decorrere dall'anno 2012, devono trasmettere alla competente struttura di DG Welfare formale attestazione dell'impegno a reinvestire il 70% dell'utile di bilancio nella struttura da parte del legale rappresentate della struttura, validata degli organi di controlli interni o esterni²², relativa all'anno precedente.

CRITERIO C): RAZIONALIZZAZIONE DEI COSTI DELL'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ EX ART.25 BIS COMMA 4 LETTERA C)²³

Al fine di efficientare il procedimento di verifica, la DGR 1153/2019 ha posto in capo alle ATS, a far data dal 2019, anche l'esame sui Piani strategici triennali/Documenti programmatici triennali e della documentazione contabile degli erogatori che hanno presentato l'istanza. In particolare, detta DGR dispone che la competente ATS rassegni apposita relazione a DG Welfare all'interno della quale dovrà essere attestato che i Piani rispettino i seguenti criteri²⁴:

1. Devono contenere l'indicazione della previsione dell'andamento, nel triennio 2019– 2021, delle attività sanitarie, di didattica e di ricerca.
2. Devono consentire all'azienda di tendere al raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario nel triennio mediante modalità organizzative gestionali che favoriscano la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse ed il contenimento dei costi. Non possono essere presenti piani che tendano all'equilibrio economico finanziario attraverso l'incremento delle attività di ricovero ordinario.
3. Non devono prevedere un incremento di posti letto accreditati.

DOCUMENTAZIONE PER IL CALCOLO DEGLI INDICATORI

Nella medesima circolare DG Welfare ha riportato, inoltre, l'elenco della documentazione da trasmettere, unitamente all'istanza, necessaria per il calcolo degli indicatori finalizzati all'individuazione della fascia di maggiorazione da attribuire all'Ente.

Di seguito si riporta il dettaglio della richiesta, rimandando i commenti di merito al capitolo relativo al calcolo degli indicatori.

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER IL CALCOLO DELLA MAGGIORAZIONE DELLA DIDATTICA

Le Strutture di ricovero e cura e gli IRCCS convenzionati con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia che intendono richiedere la maggiorazione dedicata

alla didattica devono trasmettere la seguente documentazione per i Reparti/Unità Operative convenzionati:

- denominazione del reparto;
- codice SDO identificativo del reparto clinicizzato;
- numero dei posti letto attivi destinati alle attività didattiche per ogni reparto;
- numero degli studenti frequentanti il polo didattico: numero complessivo di studenti che frequentano i corsi presso la sede ospedaliera;
- numero ore per studente: numero totale di ore di frequenza presso la sede ospedaliera;
- numero anni corso: indicare quali anni di corso sono svolti nella sede ospedaliera;
- numero del personale formalmente dedicato alla formazione e al tutoraggio: numero di tutor ospedalieri.

DG Welfare, contemporaneamente, provvede inoltre a richiedere agli Atenei convenzionati informazioni circa il numero di studenti, gli anni di corso, le ore/anno per studente e il numero di tutor ospedalieri per avere un riscontro di quanto dichiarato dalle strutture; con DGR 350/2010 si stabilisce che *"In caso di discordanza delle informazioni verrà considerata l'indicazione fornita dal Preside dell'Università del Corso di laurea di Medicina e Chirurgia"*.

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER IL CALCOLO DELLA MAGGIORAZIONE DELLA RICERCA

Gli IRCCS che, invece, intendano richiedere la maggiorazione dedicata alla ricerca devono trasmettere la seguente documentazione relativa all'intero Ente:

- copia delle dichiarazioni presentate al Ministero della Salute dai legali rappresentanti degli IRCCS in allegato alle richieste di finanziamento per la ricerca corrente dell'anno 2018;
- il dettaglio delle linee di ricerca e del dato quantitativo FTE del personale di ricerca a ciascuna di esse dedicato (suddiviso in base alle note tipologie: di ruolo, a contratto, borse di studio, subcontratti e altre tipologie), come specificato dalla DGR 1986/2019, seppur non più richiesto dal Ministero.

VERIFICA DELL'ESECUZIONE DELLA FASE

La circolare relativa alle modalità operative per l'inoltro dell'istanza è stata trasmessa da DG Welfare soltanto a 30 Strutture. Non si comprende il rationale per il quale le restanti Strutture presenti sul territorio lombardo, che potenzialmente potrebbero beneficiare della maggiorazione, non vengano incluse nella circolare.

La documentazione trasmessa da DG Welfare ad ACSS è risultata in parte incompleta, pertanto tutte le osservazioni in merito a questa fase sono limitate al materiale in possesso di ACSS.

VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE PER I CRITERI DI ACCESSO

Dei 25 Enti che hanno trasmesso istanza, ACSS ha in possesso la documentazione necessaria per la valutazione di tutti i criteri di accesso relativa solo a 15 Enti, dei restanti si hanno solo le Relazioni prodotte dalle ATS.

Si rileva che fra la documentazione mancante vi è quella dell'Ente che, come anticipato al paragrafo precedente, ha inoltrato istanza nel luglio 2019.

Di seguito si dettaglia, per ciascuno dei quattro criteri, quanto emerso dalle verifiche condotte da ACSS.

VERIFICA DEL CRITERIO DEL 70% DEL PERSONALE MEDICO E INFERMIERISTICO

Seppur venga richiesto agli erogatori di trasmettere documentazione attestante, la verifica per la sussistenza di tale criterio viene effettuata da DG Welfare su un'elaborazione del flusso Flu.per.

ACSS ha nelle sue disponibilità solo uno schema di valutazione parziale dal quale è emerso che:

- Alcune strutture non sono presenti e pertanto non è possibile verificare se le stesse abbiano soddisfatto tale criterio.
- Alcuni erogatori privati parrebbero non soddisfare completamente il requisito: la percentuale risulta di poco inferiore al 70%, tuttavia queste rientrano a far parte dei beneficiari. ACSS non ha a disposizione eventuali documentazioni, prodotte dalle ATS competenti a seguito di contraddittori, nelle quali si certifichi che siano stati condotti ulteriori controlli.

VERIFICA DELLE RELAZIONI ATS: CONSOLIDAMENTO DEI BILANCI E RAZIONALIZZAZIONE DEI COSTI

Delle 5 ATS interessate, tutte hanno assolto al mandato conferito, così come previsto dalla DGR 1153/2019, producendo attestazioni per tutti gli Enti. Un'ATS ha prodotto due relazioni per il medesimo Ente, le cui due strutture allo stesso afferenti beneficiano distintamente della maggiorazione dedicata alla didattica e della maggiorazione dedicata alla ricerca.

Sebbene in tutte le attestazioni si certifichi la sussistenza dei due criteri, queste risultano essere disomogenee nel dettaglio dei contenuti riportati, in particolare:

- due ATS si sono limitate ad attestare la sussistenza dei requisiti così come riportati nella DGR 1986/2019,
- tre ATS, invece, hanno prodotto delle relazioni molto ben dettagliate e complete di tutte le informazioni riguardanti i requisiti da verificare.

Nonostante la data di scadenza per la presentazione delle Relazioni fosse fissata al 16 marzo 2020, una sola ATS, per alcuni Enti alla stessa afferenti, non ha rispettato tale termine. Inoltre, la stessa ATS, certifica che due Enti hanno presentato la documentazione su cui effettuare le verifiche oltre il termine stabilito da DG Welfare tramite apposita circolare.

Un'ATS certifica che per un Ente è previsto l'incremento di un posto letto accreditato così come approvato dalla Giunta Regionale.

VERIFICA CRITERIO DEL REINVESTIMENTO DELL'UTILE DI BILANCIO

La verifica di tale criterio viene condotta sulla documentazione trasmessa dagli Enti di carattere privato, che in totale sono 12. ACSS ha potuto verificare la sussistenza di tale criterio solo per 9 Enti, dei quali ha a disposizione la documentazione necessaria.

VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE PER IL CALCOLO DEGLI INDICATORI

Dei 25 Enti che hanno trasmesso istanza, ACSS ha in possesso la documentazione necessaria per il calcolo degli indicatori delle maggiorazioni relativa a 14 Enti.

DOCUMENTAZIONE DEGLI ENTI BENEFICIARI DELLA MAGGIORAZIONE DEDICATA ALLA DIDATTICA

Dei 16 Enti che hanno presentato istanza per la maggiorazione dedicata alla didattica, ACSS ha in possesso la documentazione trasmessa da 11 Enti, 5 dei quali la trasmettono relativamente alle Strutture afferenti.

Per quanto concerne gli Enti che hanno presentato istanza per i presidi convenzionati, DG Welfare ha identificato, attraverso i dati trasmessi dalle Università, i presidi in cui effettivamente viene svolta attività didattica: non tutti i presidi convenzionati identificati dagli Enti, infatti, ospitano studenti per svolgere attività professionalizzante. ACSS ha effettuato una verifica in merito, dalla quale è emerso che per un Ente, che ha presentato documentazione per quattro presidi e l'Università convenzionata con lo stesso ha dichiarato la presenza degli studenti sui quattro presidi, la maggiorazione è stata calcolata soltanto per tre presidi.

DOCUMENTAZIONE DEGLI ENTI BENEFICIARI DELLA MAGGIORAZIONE DEDICATA ALLA RICERCA

Gli Enti che per l'annualità 2019 hanno beneficiato della maggiorazione dedicata alla ricerca sono 10, dei quali, a eccezione di solo tre Enti, ACSS non ha documentazione sufficiente per poter esprimere valutazioni.

OSSERVAZIONI

Attraverso la documentazione in possesso di ACSS è stato necessario condurre approfondimenti per trovare riscontro di quanto riportato negli schemi di valutazione prodotti da DG Welfare.

Per quanto riguarda i criteri considerati per l'accesso all'istituto delle maggiorazioni si esprimono le seguenti osservazioni:

- Sebbene la verifica venga condotta filtrando dal flusso Flu.per i dati di tutta l'annualità 2019, si rileva che le strutture hanno presentato differenti rilevazioni temporali: alcune strutture hanno trasmesso dati relativi al primo quadrimestre 2019, mentre altre anche sino ad ottobre 2019. Si ritiene appropriato suggerire che tale verifica venga condotta sull'intera annualità.
- Per la verifica del criterio sulla razionalizzazione dei costi dell'organizzazione delle attività, si ribadisce quanto espresso nella "Relazione sulle maggiorazioni tariffarie ex art.25 bis L.R. 7/2010" – Det. N. 6 del 2018: "*Per le strutture pubbliche esiste un sistema centralizzato di regole per la definizione, autorizzazione e controllo della programmazione triennale, pertanto questo adempimento risulta ridondante.*" Pur condividendo positivamente uno snellimento del procedimento di verifica, attuato demandandolo alle valutazioni delle ATS, si ritiene che tale controllo debba tenere conto degli aggiornamenti annuali in merito, in quanto ad oggi risulta legato a obiettivi di razionalizzazione della spesa ormai obsoleti.
- Non avendo a disposizione tutti i dati sufficienti per effettuare le opportune verifiche, non è possibile esprimere se gli Enti per i quali la documentazione non è stata trasmessa abbiano soddisfatto tutti i criteri di accesso.

Per quanto concerne la verifica della documentazione relativa al calcolo degli indicatori dedicati alla maggiorazione della didattica si rileva una criticità su un Ente per il quale una Struttura, allo stesso afferente, pur essendo sede di attività formativa, non è rientrata tra i beneficiari della maggiorazione.

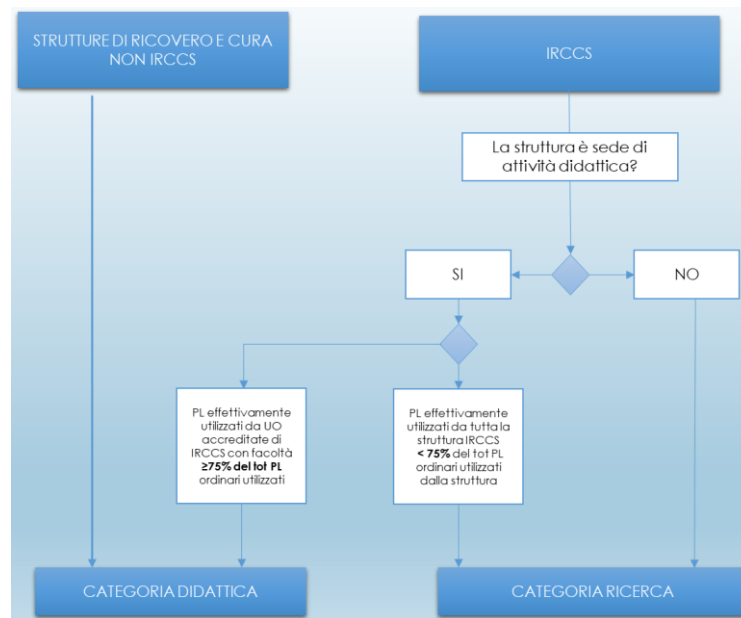
Inoltre, seppur segnalate dagli Atenei, per alcune strutture non è stata presentata istanza per le maggiorazioni della didattica; si ritiene che la ragione della mancata presentazione d'istanza possa essere ascrivibile alla non adeguata universalità informativa di cui al paragrafo precedente.

ACSS, al fine di effettuare un monitoraggio periodico circa la sussistenza di alcuni criteri di accesso e di omogeneizzare le Relazioni prodotte dalle ATS, ha previsto, in via sperimentale,

nel proprio Piano dei Controlli e Protocolli Quadro (PCPQ) il coinvolgimento attivo delle stesse attraverso l'istituzione di un Tavolo di Lavoro.

FASE 3: DETERMINAZIONE DELLA FASCIA DI APPARTENENZA

Figura 2. Processo di attribuzione di ogni richiedente alla corrispondente categoria/tipologia di domanda.



L'iter procedurale attualmente seguito per questa fase prevede che, raccolte entro il mese di marzo tutte le istanze, le relazioni redatte dalle ATS e le informazioni di dettaglio degli Atenei, la competente struttura di DG Welfare provveda alla determinazione degli Enti beneficiari per le 2 tipologie di maggiorazione.

In particolare, per gli IRCCS che sono anche sede di attività di didattica universitaria, stante l'impossibilità per una singola struttura di partecipare a entrambe le maggiorazioni, DG Welfare provvede a verificare la sussistenza del requisito previsto per l'accesso alla maggiorazione della didattica, così come indicato dalla DGR 350/2010, e cioè che i posti letto effettivamente utilizzati dai reparti clinicizzati siano almeno il 75% del totale dei posti letto ordinari effettivamente utilizzati.

Definita così la lista dei beneficiari per ciascuna tipologia di maggiorazione, si provvede alla valorizzazione degli indicatori.

La **L.R. 33/2009** e s.m.i. stabilisce i **criteri** da considerare nella determinazione degli indicatori che definiscono la percentuale di maggiorazione attribuita a ciascun avente diritto, demandando alla Giunta Regionale l'onere di tradurre i criteri in indicatori, senza tuttavia definirne il numero e le caratteristiche.

In attuazione del dettato normativo, la Giunta regionale nel 2010 ha tradotto i criteri espressi dalla legge in indicatori emanando la **DGR 350/2010** che, negli anni, è stata aggiornata e integrata attraverso ripetuti interventi, recependo anche alcune delle raccomandazioni suggerite da ACSS nelle sue precedenti relazioni (cfr. Allegato 1).

Con i propri atti, la Giunta individua due set di indicatori distinti, uno per la didattica e l'altro per la ricerca, in particolare:

- per l'attività di **didattica**, traduce i 3 criteri previsti nella L.R. 33/2009 in 5 indicatori, 2 dei quali perfettamente coincidenti con i criteri;
- per l'attività di **ricerca**, i 3 criteri previsti nella L.R. 33/2009 vengono tradotti in 4 indicatori distinti, di cui 2 coincidenti con i criteri.

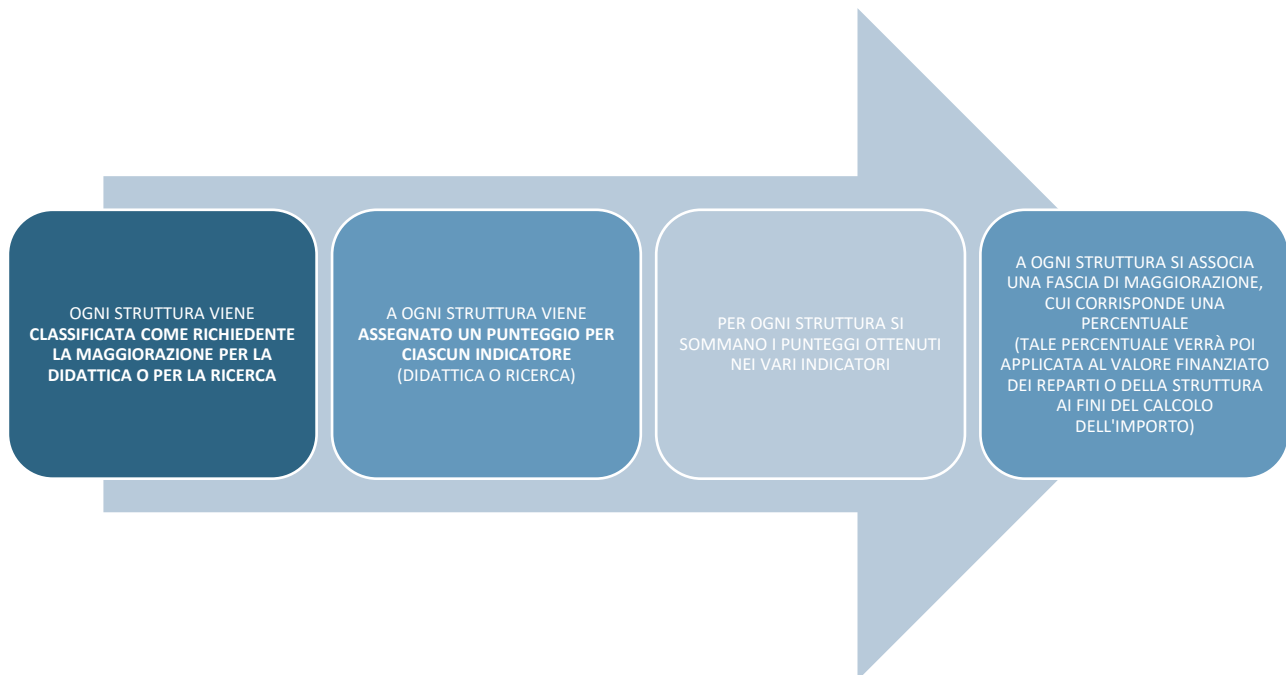
A ciascun indicatore viene associato un punteggio progressivo da 1 a 3, in base al valore che lo stesso assume rispetto alle classi identificate dalla DGR 350/2010.

A ciascuna struttura viene assegnato un punteggio per ciascun indicatore.

In base alla somma di tutti i punteggi attribuiti, ciascuna struttura è associata a una **fascia di maggiorazione** che corrisponde ad una percentuale di incremento, crescente al crescere dell'impegno profuso dalla struttura nell'attività di didattica o di ricerca.

Al fine di calcolare l'importo della maggiorazione, tale percentuale viene applicata al valore finanziato (ottenuto a partire dal valore della produzione) dei reparti clinicizzati o della struttura, secondo le modalità dettagliate nel par. *Calcolo degli importi spettanti (teorico e riconosciuto)*.

Figura 3. Micro-processo di determinazione della fascia di maggiorazione per l'attività di didattica o ricerca.



Stante il fatto che gli indicatori che concorrono alla determinazione delle fasce di maggiorazione e delle relative percentuali sono differenti per l'attività di didattica e quella di ricerca, qui di seguito si fornisce una trattazione separata per tipo di attività. Vengono forniti, in prima istanza, gli approfondimenti effettuati per singolo indicatore, e, in seconda, una valutazione del set di indicatori nel suo complesso con suggerimenti e raccomandazioni finalizzati al miglioramento dell'istituto e in ottica di aderenza al dettato normativo.

INDICATORI DIDATTICA

Per la didattica, l'art. 27 bis comma 2 definisce i seguenti **criteri** per l'individuazione degli indicatori:

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

La DGR 350/2010 e s.m.i., che identifica gli **indicatori** sulla base dei criteri, rimodula il criterio a) in *Numero PL didattica / PL totali*; mantiene il criterio b) come tale, ma lo descrive come "numero complessivo di studenti che frequentano i corsi presso la sede ospedaliera"; traslittera direttamente il criterio c) in indicatore.

Infine, la DGR integra il criterio b) con ulteriori 2 indicatori così denominati:

- N° ore/anno per studente (indicatore d)
- Numero anni corso (indicatore e)

Ogni indicatore viene declinato in classi, cui sono associati punteggi differenti.

Gli indicatori e le rispettive classi elencati nella DGR sono riprodotti in relazione al criterio indicato nella **Tabella 9**.

Tabella 9. Indicatori della didattica, con indicazione del criterio e delle rispettive classi e punteggi.

CRITERIO	INDICATORE	CLASSE	PUNTEGGIO
a) N° dei posti letto attivi destinati alle attività didattiche	Numero PL didattica / PL totali	<44,14%	1
		≥44,14% a 93,30%	2
		>93,30%	3
b) N° degli studenti frequentanti il polo didattico	Numero complessivo di studenti che frequentano i corsi presso la sede ospedaliera	<100	1
		da 100 a 350	2
		>350	3
	Numero ore/anno per studente	<1000	1
		da 1000 a 2500	2
	Numero anni corso	1 o 2 anni	1
Triennio clinico		2	
intero corso		3	
c) N° del personale formalmente dedicato alla formazione ed al tutoraggio	Numero tutor ospedalieri	<50	1
		da 50 a 100	2
		>100	3

Nella circolare **per l'annualità 2019**, la DG Welfare ha ribadito che i dati richiesti devono far riferimento "alla didattica pre-laurea del Corso di Medicina e Chirurgia e non a Scuole di Specializzazione, altri corsi o Corsi di formazione per altri profili professionali non medici."

Nella nota viene inoltre specificato che le informazioni richieste, comprensive di denominazione del reparto e codice SDO identificativo del reparto clinicizzato, devono essere specificate per i **Reparti/Unità Operative convenzionati** con la Facoltà di Medicina e Chirurgia con riferimento all'anno accademico 2018/2019.

Sulla base della documentazione prodotta, DG Welfare assegna a ogni struttura un punteggio per ciascun indicatore.

La sommatoria di tali punteggi definisce in quale fascia di maggiorazione si colloca la struttura, così come riprodotto in **Tabella 10** (DGR 350/2010 e s.m.i.).

Tabella 10. Fasce di maggiorazione e corrispondenti incrementi % per la didattica.

PUNTEGGIO	FASCIA	INCREMENTO %
≤4	A	5%
Tra 5 e 7	B	10%
Tra 8 e 11	C	16%
≥12	D	24%

Come già rilevato in occasione delle precedenti relazioni, si osserva che, essendo gli indicatori di diretta derivazione dalle disposizioni normative, ciascun indicatore deve **necessariamente assumere un valore superiore allo 0**. Da ciò consegue che, essendo gli indicatori 5, nessuna struttura potrà ottenere un punteggio minore o uguale a 4 previsto per la fascia A. Stante, pertanto, l'inapplicabilità della suddetta fascia A si ribadisce il suggerimento all'eliminazione della stessa.

Alla maggiorazione della didattica sono stati ammessi complessivamente 16 Enti per complessive 21 strutture sedi di attività professionalizzante, di cui 7 IRCCS, per complessivi 347 reparti interessati (**Tabella 11**).

Tabella 11. Numero di Enti beneficiari, di relativi presidi e reparti finanziati, suddivisi per tipo di Ente (Didattica, MT 2019).

TIPO ENTE (DIDATTICA)	N° ENTI	N° PRESIDI	N° REPARTI FINANZIATI
ASST	8	12	166
CASA DI CURA ACCREDITATA A CONTRATTO	2	2	7
IRCCS - PRIVATO	4	5	104
IRCCS - PUBBLICO	2	2	70
TOTALE	16	21	347

Di seguito si rappresenta con maggiore dettaglio la risultanza del processo di attribuzioni dei punteggi, che rappresenta lo spunto di analisi da cui sono emerse le considerazioni sul set di indicatori visti nel complesso.

Grafico 5. Grafico a torta della fascia di attribuzione dei 21 beneficiari per la didattica (percentuale e fascia di maggiorazione, n, %).

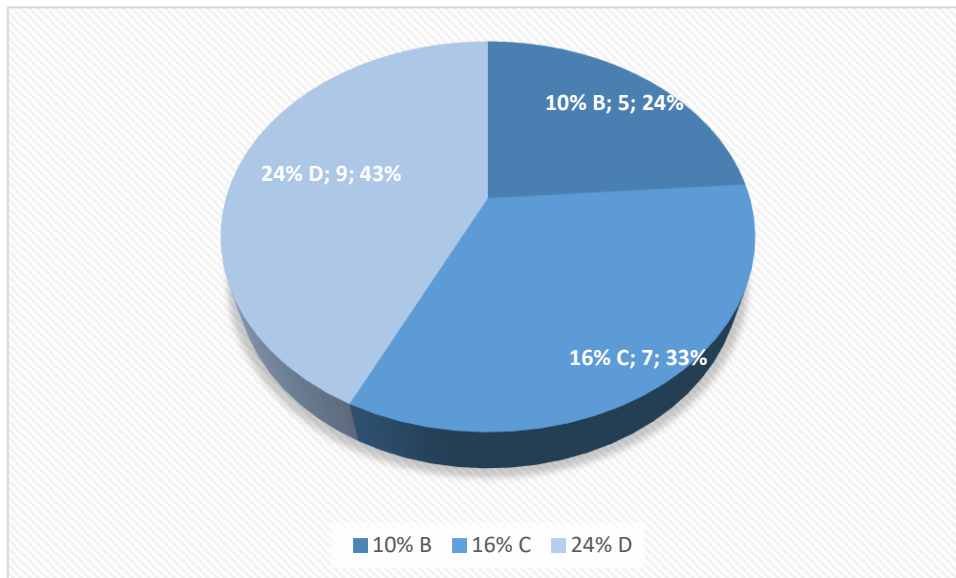


Tabella 12. Dettaglio punteggi per singolo indicatore delle 21 strutture beneficiare della maggiorazione della didattica, suddivise per fascia di maggiorazione e ordinate per punteggio totale crescente.

MAGGIOR.	STRUTTURA	PUNTEGGIO INDICATORI					TOTALE PUNTEGGIO
		NUMERO DEI POSTI LETTO ATTIVITÀ DIDATTICHE	NUMERO STUDENTI	NUMERO TUTOR	NUMERO ORE PER STUDENTE	ANNI DI CORSO	
FASCIA B 10%	3_ASST_2	1	1	1	1	1	5
	4_ASST_1	1	2	1	1	1	6
	5_ASST_1	2	1	1	1	2	7
	5_ASST_2	2	1	2	1	1	7
	11_CC_1	2	2	1	1	1	7
FASCIA C 16%	3_ASST_1	2	2	2	1	1	8
	7_IRCCS-PRIV_1	3	2	1	1	1	8
	15_IRCCS-PRIV_1	3	2	1	1	1	8
	25_ASST_1	2	2	2	1	2	9
	1_CC_1	1	2	2	2	2	9
	8_IRCCS-PRIV_2	3	2	1	1	2	9
	14_IRCCS-PUB_1	2	3	2	2	2	11
FASCIA D 24%	3_ASST_3	2	3	3	1	3	12
	10_ASST_1	2	3	3	2	3	13
	13_ASST_1	2	3	3	2	3	13
	13_ASST_2	2	3	3	2	3	13
	2_ASST_1	2	3	3	2	3	13
	12_ASST_1	3	3	3	2	2	13
	9_IRCCS-PRIV_1	2	3	3	2	3	13
	8_IRCCS-PRIV_1	3	3	3	2	3	14
	6_IRCCS-PUB_1	3	3	3	2	3	14

La **Tabella 12** evidenzia che solo 5 strutture vengono collocate nella fascia B, che per le considerazioni già anticipate in precedenza²⁵ risulta essere la più bassa, mentre la maggior parte delle strutture si colloca nelle fasce media e alta.

Si osserva altresì che delle 9 strutture poste in fascia D, 8 sono sedi di didattica frontale, e la nona è una struttura cui è stato attribuito il punteggio della struttura universitaria afferente al medesimo Ente.

Osservando la tabella si rileva inoltre che, per ogni singola struttura, il valore del punteggio attribuito a ciascun indicatore presenta una certa omogeneità: nella maggior parte dei casi, ogni struttura ha un punteggio prevalente per i diversi indicatori.

Il fenomeno, maggiormente evidente per le strutture che si collocano nelle 2 fasce estreme (B e D), nasce dalla logica di costruzione del set degli indicatori, incentrata a valorizzare elementi strettamente correlati fra loro e che si muovono omogeneamente rispetto al variare del numero assoluto dei reparti convenzionati.

Nel seguito del paragrafo viene fornita una breve descrizione degli indicatori (di cui alla **Tabella 9**), accompagnata da osservazioni e valutazioni di ACSS, eventuali suggerimenti e da una verifica sui punteggi assegnati, a partire dai dati a disposizione di ACSS.

NUMERO PL DIDATTICA / PL TOTALI

Tabella 13. Classi e punteggi per l'indicatore Numero pl didattica / pl totali.

INDICATORE	CLASSE	PUNTEGGIO
Numero PL didattica / PL totali	<44,14%	1
	≥44,14% a 93,30%	2
	>93,30%	3

L'indicatore, così come individuato dalla DGR 350/2010 e dalle successive note esplicative regionali, dovrebbe calcolare la percentuale dei posti letto attivi destinati alle attività didattiche rispetto ai posti letto totali. L'utilizzo del termine "posti letto attivi" implicitamente indica che la fonte informativa da utilizzarsi sia quanto rendicontato già nel flusso ministeriale HSP12 per ogni singolo reparto.

Dall'analisi dello schema di calcolo fornito ad ACSS si osserva tuttavia che, per il calcolo dell'indicatore, non è stato utilizzato il numero dei posti letto attivi destinati alle attività didattiche, bensì è stato calcolato il rapporto tra la somma dei giorni di degenza nei reparti convenzionati e la somma dei giorni di degenza totali.

Laddove si ritenesse che tale modalità di calcolo possa essere maggiormente aderente alla norma rispetto al ricorso ai posti letto attivi si suggerisce, in ottica di maggiore trasparenza, di formalizzarla in un opportuno atto che integri quanto contenuto nella DRG350/2010 e s.m.i.

L'indicatore, inoltre, identifica 3 fasce di valori, senza esplicitare il rationale che ha indotto alla identificazione di classi che privilegiano quelle strutture che hanno un maggior numero di reparti convenzionati, svantaggiando, allo stesso tempo, le strutture che, seppur di eccellenza, hanno un numero limitato di reparti convenzionati.

ANALISI DELL'INDICATORE

La tabella seguente rappresenta la collocazione e i punteggi attribuiti a ciascuna struttura. La maggior parte delle strutture (12) si colloca nella classe di punteggio intermedia, mentre la classe di punteggio più bassa conta solo 3 strutture (con pochi reparti convenzionati); delle 6 strutture a punteggio più alto, 5 sono IRCCS che, si ricorda, per poter accedere alla maggiorazione per la didattica devono avere il requisito del 75% dei reparti convenzionati sul totale.

Tabella 14. Numero dei presidi cui vengono assegnati 1, 2 o 3 punti all'indicatore Numero pl didattica/pl totali, suddivisi per tipo di Ente.

TIPO ENTE	PUNTEGGIO			TOT
	1	2	3	
ASST	2	9 ²⁶	1	12
CASA DI CURA ACCREDITATA A CONTRATTO	1	1	0	2
IRCCS – PRIVATO	0	1	4	5
IRCCS – PUBBLICO	0	1	1	2
TOT	3	12	6	21

Al fine di meglio interpretare le risultanze delle attribuzioni, è stato condotto un approfondimento valutando il rapporto percentuale tra reparti convenzionati e reparti complessivi della singola struttura, dal quale emerge (**Tabella 15**) che tale rapporto sembrerebbe essere correlato con la percentuale delle giornate di degenza in reparti convenzionati, supportando l'ipotesi che un siffatto indicatore tenda a premiare organizzazioni aziendali più complesse, a prescindere dall'effettiva attività professionalizzante svolta all'interno dei reparti convenzionati.

Tabella 15. Percentuali di giorni di degenza nei reparti convenzionati sui giorni di degenza totali e percentuale di reparti convenzionati sul totale dei reparti, per classe e relativo punteggio.

PUNTEGGIO	CLASSE	% GG DEGENZA IN REPARTI CONVENZIONATI / GG DEGENZA TOTALI	% REPARTI CONVENZIONATI / TOTALE REPARTI
1	<44,14%	13,06%	25,00%
		16,71%	33,33%
		43,33%	20,00%
2	≥44,14% e ≤93,30%	47,24%	31,25%
		49,85%	30,00%
		59,29%	60,00%
		63,14%	40,00%
		64,00%	30,77%
		64,00%	63,83%
		64,60%	50,00%
		72,51%	44,44%
		77,95%	73,68%
		82,39%	78,57%
3	>93,30%	90,29%	92,86%
		91,80%	92,86%
		94,57%	92,31%
		95,33%	95,45%
		96,48%	90,32%
		97,19%	88,89%
		100,00%	100,00%
		100,00%	100,00%

Seppur la presenza di pazienti sia la base per poter svolgere attività *bedside*, si ritiene che non vi sia diretta correlazione tra il numero di pazienti presenti e la quantità di attività professionalizzante svolta in reparto. Inoltre, ipotizzando che strutture con più reparti convenzionati registrino una maggiore presenza di studenti e dei conseguenti maggiori oneri sull'attività di reparto, essendo tale indicatore svincolato dall'effettiva attività *bedside* svolta, vi è il rischio che vengano svantaggiate quelle strutture che, seppur di eccellenza, presentano pochi reparti convenzionati.

VERIFICA DELL'ESECUZIONE

La verifica è stata condotta appurando la corrispondenza del materiale nella disponibilità di ACSS e quanto inserito nella scheda di calcolo utilizzata da DG Welfare e resa disponibile ad ACSS.

Si segnala che, per una ASST che vede interessati 2 presidi con due codici struttura differenti, l'indicatore è stato ottenuto sommando presumibilmente i dati singoli delle strutture e attribuendo il medesimo punteggio a entrambe. Se conteggiato separatamente, il rapporto tra giorni di degenza nei reparti convenzionati e giorni di degenza totali avrebbe comportato l'assegnazione di 1 punto, anziché 2 punti, a uno dei due presidi.

SUGGERIMENTI

Per le motivazioni sopra esposte in merito alla strutturazione dell'indicatore, ACSS suggerisce, al fine di aderire maggiormente alla norma, di procedere a una **riformulazione** dello stesso focalizzandolo maggiormente sulla finalità dell'istituto.

Suggerisce altresì di **identificare chiaramente** le fonti dati utilizzate ai fini del calcolo dell'indicatore e di sgravare le strutture di rendicontazioni non poi utilizzate.

NUMERO STUDENTI

Tabella 16. Classi e punteggi per l'indicatore Numero studenti.

INDICATORE	CLASSE	PUNTEGGIO
Numero studenti	<100	1
	da 100 a 350	2
	>350	3

Sia la DGR 350/2010 che la nota per l'annualità 2019 definiscono il "Numero degli studenti frequentanti il polo didattico" come "*numero complessivo di studenti che frequentano i corsi presso la sede ospedaliera*", senza tuttavia specificare, dandolo per implicito, che si tratta di frequenza in reparto per lo svolgimento di attività professionalizzante.

L'indicatore è suddiviso in tre classi, cui è associato un punteggio da 1 a 3. Non risulta tuttavia chiaro il rationale con cui sono state individuate le tre classi.

ANALISI DELL'INDICATORE

La fonte utilizzata per il calcolo di questo indicatore sono le rendicontazioni fornite dagli Atenei su un format predisposto da DG Welfare che chiede genericamente, senza ulteriori dettagli in merito al tipo di attività da essi svolta e senza specifico riferimento al triennio clinico, il numero di studenti per ciascuno dei 6 anni del corso di laurea.

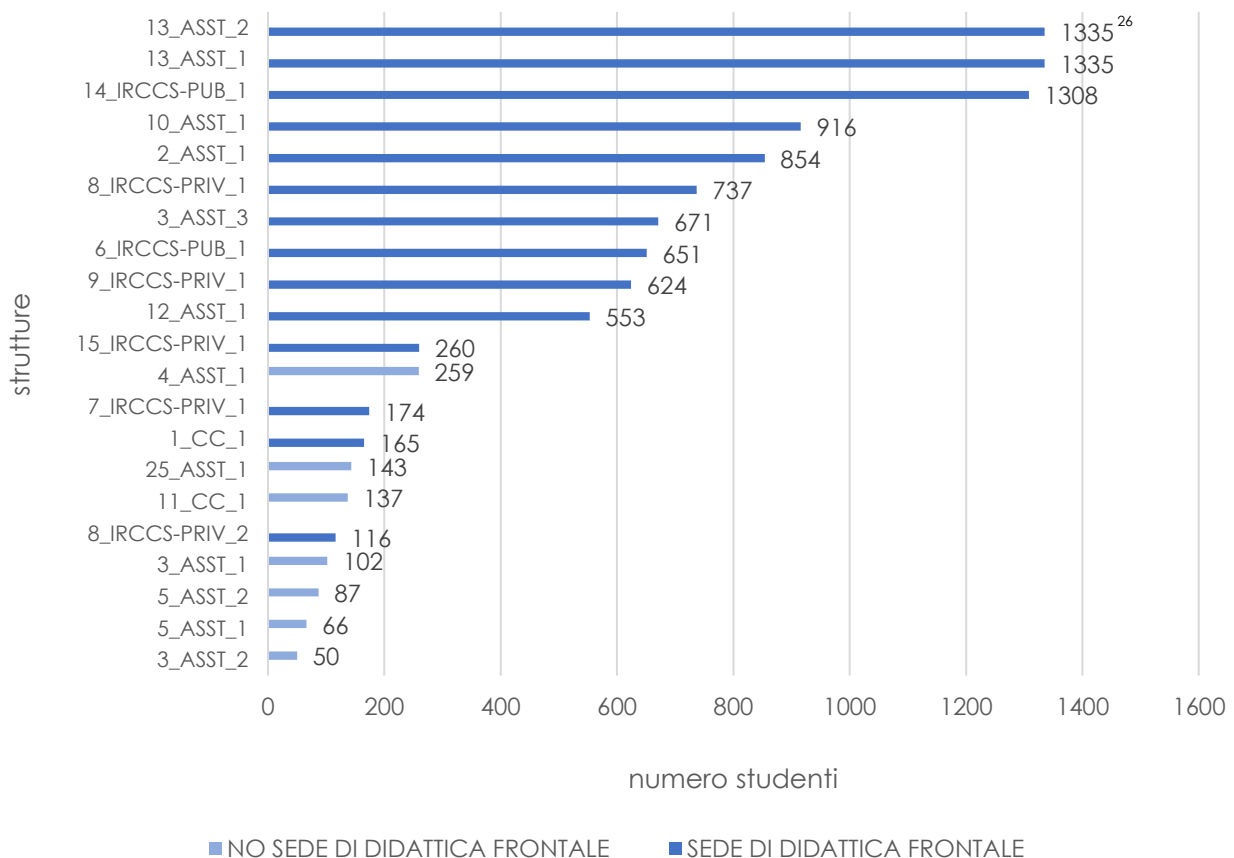
La tabella sottostante rappresenta la distribuzione dei punteggi assegnati a ciascuna delle 21 strutture beneficiarie ed evidenzia come la maggior parte di esse si collochi nelle classi di punteggio più alte, destinate a chi abbia ospitato più di 100 studenti in un anno.

Tabella 17. Numero dei presidi cui vengono assegnati 1, 2 o 3 punti all'indicatore Numero studenti, suddivisi per tipo di Ente.

TIPO ENTE	PUNTEGGIO			TOT
	1	2	3	
ASST	3	3	6 ²⁶	12
CASA DI CURA ACCREDITATA A CONTRATTO	0	2	0	2
IRCCS – PRIVATO	0	3	2	5
IRCCS – PUBBLICO	0	0	2	2
TOT	3	8	10	21

Andando ad analizzare il dettaglio del numero di studenti per le 21 strutture, suddividendole in due gruppi a seconda che siano o meno sede di attività didattica frontale, si è ottenuto il grafico seguente:

Grafico 6. Diagramma a barre orizzontali del numero di studenti rendicontati dagli Atenei con indicazione del tipo di sede per n=21 strutture.

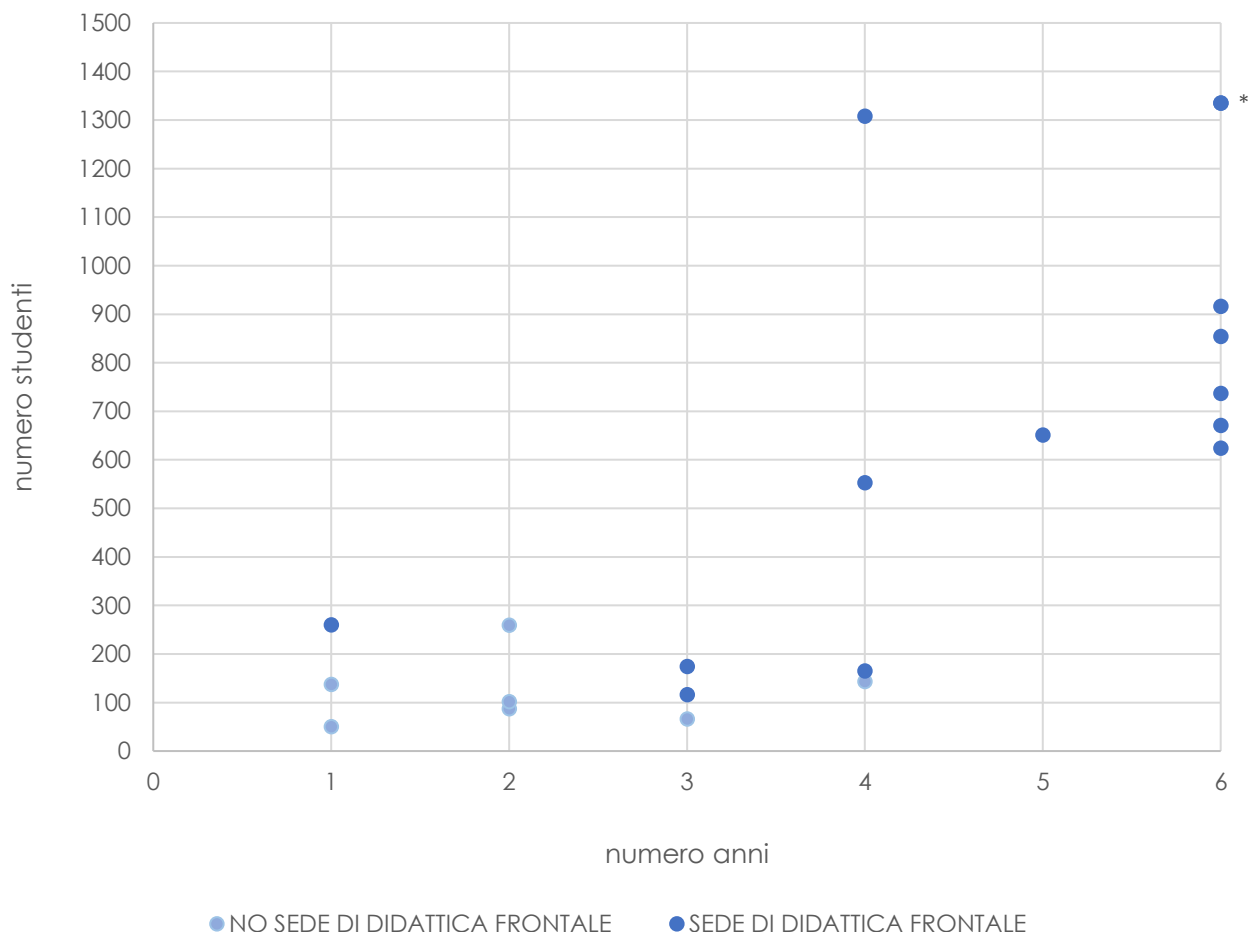


Dal Grafico emerge che gli Atenei sembrerebbero interpretare letteralmente la richiesta di DG Welfare fornendo un conteggio complessivo degli studenti iscritti, comprendendo pertanto non solo gli studenti che svolgono attività professionalizzante presso i reparti, ma anche quelli impegnati in lezioni o didattica non formale presso le sedi ospedaliere. Si noti infatti che le strutture che annoverano il più alto numero di studenti (> 350 studenti, punteggio di 3 punti) sono anche sedi di didattica frontale.

Vi è un unico Ateneo che sembrerebbe interpretare correttamente il rationale dell'istituto, presentando nella propria rendicontazione i soli studenti che svolgono attività professionalizzante presso le strutture convenzionate. Tra queste vi è la struttura 12_ASST_1 che, tra le sedi di didattica, risulta tra quelle con un numero inferiore di studenti.

Per avvalorare ulteriormente l'ipotesi formulata, si è proceduto a rappresentare il numero di studenti in relazione al numero di anni di corso ospitati (**Grafico 7**):

Grafico 7. Grafico a dispersione del numero di anni e del numero di studenti rendicontati dagli Atenei per n=21 strutture.



* I pallini delle due strutture con valori coincidenti (13_ASST_1 e 13_ASST_2) sono sovrapposti.

Dal grafico sopra riportato si osserva che 7 strutture, tutte sedi di didattica frontale, rendicontano 6 anni di corso: nonostante le attività professionalizzanti possano in taluni casi

svolgersi già a partire dal secondo anno di corso, non dovrebbe tuttavia essere prevista la presenza di studenti in reparto nel primo anno di studi.

Stante che la finalità dell'istituto delle maggiorazioni è riconoscere i maggiori costi indotti dalle attività di didattica (e ricerca) sulle attività assistenziali delle strutture sanitarie, si ritiene che il criterio espresso dalla legge si riferisca alla effettiva presenza di studenti impegnati in attività professionalizzanti in reparto (cfr. Relazione sulle Maggiorazioni Tariffarie di cui alla Det. ACSS no. 6 del 14/02/2018).

ACSS ritiene pertanto che l'indicatore così come attualmente formulato rischia di essere fuorviante nel perseguimento della finalità dell'istituto.

Quanto affermato può essere agevolmente spiegato dall'esempio sottostante:

lo studente A frequenta la struttura 1 per 10 ore (conteggio=1 studente)
lo studente B frequenta la struttura 2 per 100 ore (conteggio=1 studente)

Si rileva inoltre che la dicitura "Numero degli studenti frequentanti il polo didattico", riportata nel criterio nella L.R. 33/2009, non coincide con l'interpretazione "numero complessivo di studenti che frequentano i corsi presso la sede ospedaliera" di cui alla DGR 350/2010. Per lo svolgimento dell'attività professionalizzante, infatti, lo studente deve frequentare uno o più reparti, i quali possono essere in un'unica sede o in più sedi ospedaliere. Tuttavia, l'espressione "polo didattico" contempla più sedi ospedaliere, e pertanto sembrerebbe contare ogni studente iscritto una sola volta, mentre l'espressione "sede ospedaliera" sembrerebbe contare ogni studente tante volte quante sono le strutture o i reparti che frequenta – qualora ne frequenti più d'uno. Inoltre, non viene specificato se all'interno del numero degli studenti debbano essere considerati anche gli studenti fuori corso e gli studenti impegnati in internati elettivi o tesi di laurea in reparto.

A titolo esemplificativo, si riporta qui di seguito la rendicontazione anonimizzata di un Ateneo per le 4 strutture che risultano con lo stesso convenzionate, sulla base del format predisposto da DG Welfare:

Tabella 18. Estratto della rendicontazione di un Ateneo sulla base del format predisposto da DG Welfare.

STRUTTURA	TOT ore di didattica erogate nell'ambito dell'intero percorso di studio - per STUDENTE -			Numero studenti					
	Lezioni	Didattica non formale	Attività professionalizzante	1°	2°	3°	4°	5°	6°
				anno	anno	anno	anno	anno	anno
A	760		1050	*	*	323	316	260	409
B	128		150	*	*	323	316	260	409
C	56		150	*	*			260	
D	40		150	*	*		316		

* Gli studenti iniziano a frequentare le strutture ospedaliere a partire dal III anno di corso

Seppur l'Ateneo dichiara che la frequenza delle strutture ospedaliere avvenga a partire dal III anno di corso, il format non richiede di specificare se la frequenza è per la sola attività professionalizzante o anche per lezioni frontali, entrambe attività per le quali vengono indicate le ore erogate. Inoltre, qualora la struttura ospiti l'anno indicato, il numero di studenti per anno risulta essere il medesimo tra strutture; vi è pertanto il dubbio che sia stato inserito il numero di studenti iscritti all'Ateneo per lo specifico anno indicato, e non gli studenti effettivamente frequentanti la struttura ospedaliera.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, si ritiene che la richiesta fatta agli Atenei sia poco dettagliata e specifica e dia luogo ad **interpretazioni soggettive** che sono la causa della disomogeneità delle rendicontazioni, con possibile diretta conseguenza sull'attribuzione del punteggio.

Al fine di sciogliere alcuni dubbi interpretativi e di quantificare l'effettiva presenza di studenti impegnati in attività professionalizzante nei reparti convenzionati, ACSS ha promosso una raccolta dati indipendente presso gli Atenei lombardi sedi del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia.

VERIFICA DELL'ESECUZIONE

La valutazione è stata effettuata prescindendo dalle criticità riferite alla strutturazione dell'indicatore di cui ai passaggi precedenti, limitandosi quindi alla verifica della corrispondenza fra quanto riportato nella scheda di valutazione redatta da DG Welfare e le tabelle trasmesse dagli Atenei, ed è emerso quanto segue:

- tre soli Atenei hanno riportato l'indicazione del numero di eventuali studenti fuori corso per gli anni di corso ospitati; in un caso sono stati conteggiati anche gli studenti fuori corso, negli altri due casi no;
- come rappresentato nell'ultima tabella, per un Ateneo il numero degli studenti indicati per ogni anno è lo stesso per tutte le strutture²⁷; ciò fa supporre che l'Ateneo abbia indicato il numero di iscritti complessivi per anno, senza suddivisione sulla base della frequenza presso la specifica struttura. Tali valori sono stati tuttavia utilizzati per il calcolo dell'indicatore. ACSS non è a conoscenza di eventuali ulteriori interlocuzioni avvenute tra DG Welfare e l'Ateneo a supporto di tale decisione;
- ACSS evince dai dati che ci sono strutture che risultano convenzionate con più Poli/Atenei universitari; per quattro strutture si rileva tuttavia una difformità nel calcolo dell'indicatore, poiché vengono conteggiati i dati rendicontati da un Ateneo/Polo, ma non quelli rendicontati dall'altro Ateneo/Polo convenzionato;
- a partire dal materiale messo a disposizione di ACSS, non è possibile stabilire per quale/i Polo/Poli dell'UNIMI siano convenzionate le diverse strutture di ricovero e cura, poiché la dicitura risulta sempre "Università MI Centrale".

Si ricorda che tali imprecisioni possono avere un impatto sulla determinazione della fascia del singolo Presidio e influenzare la distribuzione complessiva delle risorse.

SUGGERIMENTI

ACSS ritiene che questo indicatore debba rafforzare la coerenza con il disposto normativo e quindi debba fare **riferimento esclusivo agli studenti che effettivamente svolgono la propria attività professionalizzante** presso i reparti convenzionati e che nella raccolta delle informazioni si debbano fornire indicazioni di **maggior dettaglio** circa il riferimento da utilizzare (polo didattico, polo ospedaliero, singoli reparti) e il tipo di studenti da considerare (studenti in corso, studenti fuori corso, studenti impegnati in internati elettivi o tesi di laurea).

NUMERO TUTOR OSPEDALIERI

Tabella 19. Classi e punteggi per l'indicatore Numero tutor ospedalieri.

INDICATORE	CLASSE	PUNTEGGIO
Numero tutor ospedalieri	<50	1
	da 50 a 100	2
	>100	3

La DGR 350/2010 e la nota per l'annualità 2019 traslitterano in indicatore il criterio espresso nella L.R. 33/2009, specificando che il "numero del personale formalmente dedicato alla formazione e al tutoraggio" è da intendersi come il numero di tutor ospedalieri, senza tuttavia delinearne con esattezza il profilo e senza indicare uno standard di riferimento per il rapporto tutor/n di studenti.

Da una ricognizione effettuata da ACSS su alcuni siti degli Atenei lombardi ospitanti il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia sembrerebbe emergere che, laddove reperibile, l'indicazione circa il numero massimo di studenti affidati di norma a ogni Tutor sia variabile, se non generica (**Tabella 20**).

Tabella 20. Estratti di atti universitari relativi al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia/Facoltà di Medicina e Chirurgia contenenti specifiche sui tutor ospedalieri.

UNIVERSITÀ	ANNO	TIPO DI DOCUMENTO	CONTENUTI
UNIPV	2019?	Regolamento specifico per la Facoltà di Medicina e Chirurgia – Corso Golgi ²⁸	<p>Il tirocinio professionalizzante viene svolto sotto la supervisione di un docente tutore; di norma ad ogni Tutor vengono affidati non più di tre studenti.</p> <p>Il Tutor viene nominato dal CdF su proposta del/dei Docente/i della materia raccolte e presentate tramite il Coordinatore d'anno.</p> <p>Al tutor spetta il compito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • seguire lo studente nelle attività di tirocinio; • verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti, con le modalità dettagliate al punto 1.6.; • registrare e trasmettere al Coordinatore di disciplina/unità (vedi al punto 1.5) la frequenza dello studente. <p>Possono rivestire il ruolo di Tutor i Docenti ed i Ricercatori della disciplina, gli Specializzandi anziani, i medici ospedalieri afferenti al reparto, i cultori della materia.</p> <p>Al termine di ogni anno di corso il/i Docente/i della materia trasmette/trasmettono per via informatica al Coordinatore d'anno una dichiarazione attestante il numero effettivo di mesi di attività svolte da ciascun tutor, che verranno riconosciuti da certificazione rilasciata dal CdF.</p> <p>L'attività di tutoraggio fa parte integrante dei compiti istituzionali del personale universitario; ai tutori non universitari verranno riconosciuti i crediti ECM in base a quanto stabilito nella Determina CNFC del 13/7/2013, art. 3, che prevede l'assegnazione di 4 crediti per ogni mese di tutoraggio effettivo fino ad un massimo di 25 crediti/anno.</p> <p>La registrazione effettiva di questi crediti è a carico dell'Ordine dei Medici di appartenenza del Tutor sulla base della documentazione trasmessa dalla Facoltà per tramite dei Coordinatori di anno.</p>
UNIBS	A.A. 2018/2019	Linee guida specifiche per il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia ²⁹	<p>Il tirocinio professionalizzante viene svolto sotto la supervisione di un docente tutore; di norma ad ogni Tutor vengono affidati non più di quattro studenti.</p> <p>Al tutor spetta il compito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • seguire lo studente nelle attività di tirocinio; • verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti; • registrare la frequenza dello studente. <p>Possono rivestire il ruolo di Tutor i Docenti ed i Ricercatori della disciplina, gli Specializzandi anziani, i medici ospedalieri afferenti al reparto, i cultori della materia, i medici del territorio indicati dall'ATS.</p>
	Coorte 2018/2019	Regolamento didattico Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia ³⁰	<p>Docente Tutore: Docente o personale di riconosciuta qualificazione nel settore formativo specifico, al quale un piccolo numero di studenti è affidato per lo svolgimento delle attività didattiche "di reparto" e "di tirocinio professionalizzante" previste dal Piano di Studi allegato al presente Regolamento. Questa attività tutoriale configura un vero e proprio compito didattico. Ogni Docente-Tutore è tenuto a coordinare le proprie funzioni con le attività didattiche dei Corsi di insegnamento che ne condividono gli obiettivi formativi e può essere impegnato anche nella preparazione dei materiali da utilizzare nella didattica tutoriale.</p> <p>La nomina dei Tutor è approvata annualmente dal CCLMMC, su proposta dei Coordinatori dei rispettivi Corsi di riferimento.</p>
UNISR	A.A. 2018/2019	Regolamento Didattico del Corso di Studi (Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia) ³¹	<p>Le attività di Didattica Tutoriale costituiscono una forma di didattica interattiva o integrativa tipicamente indirizzata ad un piccolo gruppo di Studenti; tale attività didattica è coordinata da un Docente, il cui compito è quello di facilitare gli Studenti a lui affidati nell'acquisizione di conoscenze, abilità, modelli comportamentali, cioè di competenze utili all'esercizio della professione. L'apprendimento tutoriale avviene prevalentemente attraverso gli stimoli derivanti dall'analisi dei problemi, attraverso la mobilitazione delle competenze metodologiche richieste per la loro soluzione e per l'assunzione di decisioni, nonché mediante l'effettuazione diretta e personale di azioni</p>

UNIVERSITÀ	ANNO	TIPO DI DOCUMENTO	CONTENUTI
			<p>(gestuali e relazionali) nel contesto di esercitazioni pratiche e/o di internati in ambienti clinici, in laboratori etc.</p> <p>Per ogni occasione di attività tutoriale il CLMMC definisce precisi obiettivi formativi, il cui conseguimento viene verificato in sede di esame. Ogni anno accademico, il Consiglio di Facoltà nomina, su proposta del CCLMMC, i docenti da impegnare nelle attività didattiche previste per quel periodo. I tutori possono essere reclutati tra i Docenti e i Ricercatori, ma anche tra personale esterno al Corso di Laurea e alla Facoltà mediante contratti annuali da attribuire ad esperti, secondo le modalità stabilite nel regolamento didattico di Ateneo e dalla normativa vigente.</p> <p>Dietro proposta dei Docenti di un Corso, il CCLMMC può proporre alla Facoltà di incaricare annualmente, per lo svolgimento del compito di docente rivolto alla didattica tutoriale, anche personale di riconosciuta qualificazione nel settore formativo specifico.</p>
UNIMIB	A.A. 2018/2019	Regolamento didattico - anno accademico 2018/2019 (Laurea Magistrale in MEDICINA E CHIRURGIA)	<p>Il tirocinio è una forma di attività didattica tutoriale che comporta per lo studente l'esecuzione di attività pratiche con ampi gradi di autonomia, a simulazione dell'attività svolta a livello professionale. In ogni fase del tirocinio obbligatorio lo Studente è tenuto ad operare sotto il controllo diretto di un Docente-Tutore. Le funzioni didattiche del Docente-Tutore al quale sono affidati gli studenti che svolgono l'attività di tirocinio obbligatorio sono le stesse previste per la didattica tutoriale svolta nell'ambito dei corsi di insegnamento.</p> <p>[...]</p> <p>Per lo svolgimento delle attività didattiche tutoriali è prevista la figura del Docente-Tutore, rappresentata da un Docente o da personale di riconosciuta qualificazione nel settore formativo specifico, al quale un piccolo numero di studenti è affidato per lo svolgimento dell'attività didattica clinica all'interno dei corsi di insegnamento e relativa al tirocinio professionalizzante previste dal Piano Didattico Questa attività tutoriale configura un vero e proprio compito didattico. Ogni Docente-Tutore è tenuto a coordinare le proprie funzioni con le attività didattiche dei corsi di insegnamento che ne condividono gli obiettivi formativi. Inoltre, gli studenti del corso di studio hanno anche accesso ad un servizio di Tutori-Consiglieri (counselling) organizzato dall'Ateneo.</p>
UNIMI	2019?	REGOLAMENTO DIDATTICO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA - POLO CENTRALE ³²	<p>Modalità di insegnamento.</p> <p>a) Didattica formale</p> <p>[...]</p> <p>b) didattica non formale: attività didattica interattiva, indirizzata a un piccolo gruppo di studenti e coordinata da un tutore, il cui compito è quello di facilitare gli studenti nell'acquisizione di conoscenze, abilità e modelli comportamentali. L'apprendimento avviene prevalentemente attraverso gli stimoli derivanti dall'analisi di problemi e attraverso la mobilitazione delle competenze metodologiche necessarie alla loro soluzione e all'assunzione di decisioni, nonché mediante l'effettuazione diretta e personale di azioni (gestuali e relazionali) nel contesto di esercitazioni pratiche e/o della frequenza in reparti clinici, ambulatori, strutture territoriali, laboratori di ricerca. La funzione di tutore può essere affidata anche a personale non universitario di riconosciuta qualificazione nel settore formativo specifico, secondo le modalità di reclutamento previste dalle regolamentazioni di Ateneo</p>

La tabella evidenzia inoltre che i tutor vengono **nominati annualmente** dal Consiglio del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, anche su proposta dei Coordinatori dei corsi di riferimento, tra diverse figure professionali (Docenti e Ricercatori della disciplina, Specializzandi anziani, medici ospedalieri afferenti al reparto, cultori della materia, altro).

Ciò genera un'ulteriore incertezza nell'interpretazione del dato fornito dagli Atenei, che potrebbe fare riferimento ai soli tutor nominati.

Non è altresì chiarito che, stante la finalità del finanziamento in esame, i tutor cui si fa riferimento debbano essere specialisti operanti nella struttura.

La tabella seguente descrive la distribuzione di frequenze dei punteggi assegnati da DG Welfare per tipo di struttura:

Tabella 21. Numero dei presidi cui vengono assegnati 1, 2 o 3 punti all'indicatore Numero tutor ospedalieri, suddivisi per tipo di Ente.

TIPO ENTE	PUNTEGGIO			TOT
	1	2	3	
ASST	3	3	6 ²⁶	12
CASA DI CURA ACCREDITATA A CONTRATTO	1	1	0	2
IRCCS – PRIVATO	3	0	2	5
IRCCS – PUBBLICO	0	1	1	2
TOT	7	5	9	21

Le 21 strutture si suddividono piuttosto equamente nelle 3 classi di punteggio (la classe di punteggio centrale risulta la meno popolata con 5 strutture, mentre la classe di punteggio alta comprende 9 strutture). Tra le 7 strutture che ricevono punteggio 1, 3 sono IRCCS privati e 1 è Casa di cura, mentre delle 9 strutture che ricevono punteggio 3, 6 sono ASST.

ANALISI DELL'INDICATORE

Stante l'assoluta importanza del ruolo dei tutor nel percorso formativo, come già osservato per i precedenti indicatori, si ritiene che questo indicatore, valorizzando il solo numero assoluto di tutor presenti nelle strutture senza tuttavia collegarlo al numero di studenti seguiti per l'attività *bed-side* nell'annualità oggetto del finanziamento, non appare **proporzionalmente collegato a maggiori costi** gravanti sull'attività assistenziale.

Analogamente a quanto già osservato, pertanto, la **genericità della richiesta** dà luogo a possibili eterogeneità nella risposta da parte degli Atenei: un indicatore così strutturato potrebbe risultare maggiormente favorevole alle strutture sedi di didattica frontale, che solitamente hanno un numero di reparti convenzionati maggiore e pertanto un numero potenzialmente maggiore di tutor nominati.

VERIFICA DELL'ESECUZIONE

La valutazione è stata effettuata prescindendo dalle criticità riferite alla strutturazione dell'indicatore di cui ai passaggi precedenti, limitandosi quindi alla verifica della corrispondenza fra quanto riportato nella scheda di valutazione redatta da DG Welfare e le tabelle trasmesse dagli Atenei. ACSS ha riscontrato una sostanziale congruenza fra i dati

con la sola eccezione per due strutture, per le quali non vi è riscontro dei valori utilizzati da DG Welfare per l'assegnazione del punteggio.

SUGGERIMENTI

ACSS ritiene che il criterio identificato dalla L.R. 33/2009 sia condivisibile, ma che sia necessario fornire una **esatta definizione di tutor ospedaliero**, specificando che possono ricoprire tale ruolo i soli medici afferenti al reparto, e indicare opportune modalità di rilevazione dell'**effettivo svolgimento dell'attività** di tutor.

Si ritiene infine che debbano essere richieste agli Atenei, attraverso il format inviato da DG Welfare, **informazioni di maggior dettaglio** in merito al numero di studenti affidati a ciascun tutor per ogni attività professionalizzante, a partire dall'elenco annuale dei tutor dei reparti, **nominati annualmente** dal Consiglio del Corso di Laurea Magistrale in Medicina.

NUMERO ORE/ANNO PER STUDENTE

Tabella 22. Classi e punteggi per l'indicatore Numero ore/anno per studente.

INDICATORE	CLASSE	PUNTEGGIO
Numero ore/anno per studente	<1000	1
	da 1000 a 2500	2

La DGR 350/2010 e le note esplicative successive esplicitano che l'indicatore "**Numero ore per studente**" debba rappresentare il numero totale di ore di frequenza presso la sede ospedaliera, e identifica, attualmente, 2 possibili classi alle quali corrispondono un punteggio di 1 o 2 punti in base ad un range di riferimento piuttosto alto (fino a 1000 ore; da 1000 ore a 2500 ore).

Già in occasione della precedente relazione, nonché in occasione dell'audit, ACSS aveva espresso forti perplessità in merito all'indicatore.

Considerato, infatti, che la norma³³ prevede che per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia debbano essere svolti almeno 60 CFU derivanti da *attività formative volte alla maturazione di specifiche capacità professionali*, e che 1 CFU equivalga a massimo 25 ore, l'aspettativa è che ciascuno studente svolga nell'intero percorso didattico complessivamente circa 1500 ore di attività professionalizzante.

Se inoltre si considera che è altresì previsto che l'attività professionalizzante debba essere svolta preferibilmente nel triennio clinico, (4°, 5° e 6° anno di corso), è ragionevole pensare che in ciascun anno uno studente possa svolgere attività professionalizzanti per un massimo di **500 ore circa per studente** (1500/3)³⁴ (cfr. Det. ACSS no. 6 del 14/02/2018, "Relazione sulle Maggiorazioni Tariffarie").

ACSS aveva pertanto raccomandato una revisione dell'indicatore in ottica di maggiore coerenza con quanto stabilito dalla norma in tema di didattica universitaria per la facoltà di medicina e chirurgia.

Recependo solo parzialmente le raccomandazioni di ACSS, la Giunta Regionale, con DGR 1153/2019, ha stabilito che, a valere dal 2019, tale indicatore è da riferirsi all'annualità ("A valere dall'esercizio 2019 l'indicatore "numero ore/anno per studente" verrà valutato in relazione all'annualità", ed ha revocando la terza Classe che assegnava un punteggio pari a 3 per le strutture che erogassero più di 2500 ore)³⁵.

Si osserva, tuttavia, che non sono state apportate modifiche né nella rilevazione del dato né nello schema di calcolo utilizzato per il conteggio in tal senso.

ANALISI DELL'INDICATORE

Anche in questo caso la fonte dati per il calcolo di questo indicatore sono le informazioni fornite dagli Atenei sulla base del già menzionato format che rileva le ore complessivamente erogate per ciascuna struttura per le diverse tipologie di attività didattica (lezioni/didattica non formale/attività professionalizzante), ma tuttavia non fornisce una legenda o indicazioni precise per la compilazione soprattutto in riferimento al fatto che la rilevazione debba riguardare non l'intero corso di studi ma l'attività dell'anno di competenza del finanziamento.

Per il calcolo dell'indicatore, DG Welfare considera i soli valori riportati nella colonna "Attività professionalizzanti".

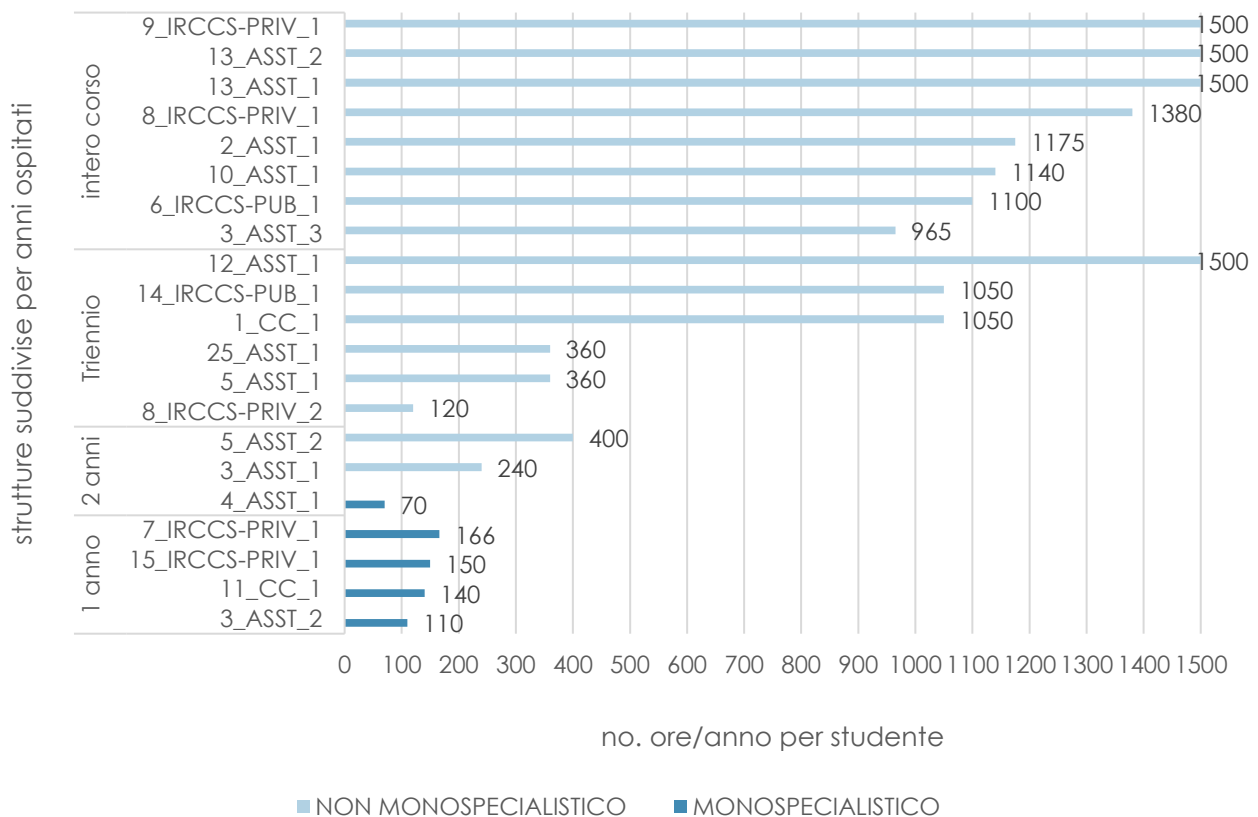
A seguito della revoca della terza fascia, a questo indicatore possono venir assegnati solo 1 o 2 punti (**Tabella 23**).

Tabella 23. Numero dei presidi cui vengono assegnati 1, 2 o 3 punti all'indicatore Numero ore/anno per studente, suddivisi per tipo di Ente.

TIPO ENTE	PUNTEGGIO		TOT
	1	2	
ASST	7	5 ²⁶	12
CASA DI CURA ACCREDITATA A CONTRATTO	1	1	2
IRCCS – PRIVATO	3	2	5
IRCCS – PUBBLICO	0	2	2
TOT	11	10	21

Analizzando quanto riportato nello schema di calcolo fornito da DG Welfare e incrociandolo con il numero di anni di corso ospitati presso la struttura, emerge una evidente disomogeneità nella rendicontazione (Grafico 8).

Grafico 8. Diagramma a barre orizzontali del numero ore/anno per studente per struttura mono- o pluri-specialistica e anni ospitati (n=21 strutture).



Ciò conduce alla conclusione che, per la maggior parte delle strutture che dichiarano 1 o 2 anni, gli Atenei abbiano probabilmente interpretato correttamente la richiesta; diversamente, per la quasi totalità delle strutture che dichiarano di ospitare l'intero corso, stanti i numeri rendicontati, gli Atenei hanno probabilmente fornito il numero complessivo delle ore erogate presso la struttura con riferimento all'intero ciclo di studi.

Alla luce di quanto osservato, e in analogia con quanto già espresso in precedenza per altri indicatori, si evidenzia da una parte la necessità di esplicitare con maggiore chiarezza le richieste inoltrate agli Atenei e dall'altra una maggiore attenzione nel recepimento "acritico" delle informazioni trasmesse.

Preme a tal proposito sottolineare che, stante la consequenzialità delle fasi del procedimento, le criticità sopra rilevate influenzano la distribuzione finale delle risorse.

VERIFICA DELL'ESECUZIONE

La valutazione è stata effettuando prescindendo dalle criticità riferite alla strutturazione dell'indicatore di cui ai passaggi precedenti, limitandosi quindi alla verifica della corrispondenza fra quanto contenuto nello schema di calcolo e quanto rendicontato dagli Atenei.

A tal proposito ACSS ha rilevato che:

- per quattro strutture, i valori utilizzati da DG Welfare per l'assegnazione del punteggio non coincidono con la somma di quanto rendicontato dall'Ateneo/Polo/i coinvolti;
- per due strutture, ACSS non è stata in grado di desumere l'origine del dato utilizzato da DG Welfare per l'attribuzione del punteggio;
- per le strutture che hanno rendicontato più di 1500 ore, il valore è stato arrotondato per difetto a 1500;
- a una struttura vengono erroneamente sommati i valori rendicontati da un'altra struttura che non è beneficiaria (probabile errore materiale).

SUGGERIMENTI

ACSS suggerisce di **chiarire la definizione dell'indicatore e delle relative classi** e di esplicitare in un opportuno atto formale il riferimento alla sola attività professionalizzante. Inoltre, a parere di ACSS, occorre **identificare chiaramente i dati** da utilizzare ai fini del calcolo dell'indicatore, al fine di sgravare gli Atenei di rendicontazioni non poi utilizzate.

NUMERO ANNI DI CORSO

Tabella 24. Classi e punteggi per l'indicatore Numero anni di corso.

INDICATORE	CLASSE	PUNTEGGIO
Numero anni corso	1 o 2 anni	1
	Triennio clinico	2
	Intero corso	3

La DGR 350/2010 identifica l'indicatore e) come "Numero anni corso: anni di corso svolti nella sede ospedaliera", concetto rafforzato dalla nota per l'annualità 2019, in cui si ribadisce di "indicare quali anni di corso sono svolti nella sede ospedaliera".

L'indicatore è costruito attribuendo un punteggio progressivo da 1 a 3 in base al numero di anni ospitati, favorendo implicitamente le strutture sedi di didattica frontale (intero corso=3 punti), assegnando un punteggio intermedio agli ospitanti il triennio clinico e attribuendo il punteggio più basso a chi ospita 1 o 2 anni.

Anche in questo caso la definizione dell'indicatore appare aspecifica e fuorviante rispetto all'oggetto del finanziamento; si ritiene infatti che il numero di anni di corso ospitati dalla struttura sia del tutto slegata dalla quantità di attività professionalizzante ospitata presso i reparti.

Si rileva inoltre che le classi individuate non siano esaustive di tutte le possibili combinazioni di anni di corso.

ANALISI DELL'INDICATORE

Anche per questo indicatore la fonte dati sono le informazioni fornite dagli Atenei attraverso il format trasmesso da DG Welfare, che però non è frutto di una esplicita richiesta agli Atenei, ma viene ricavato da DG Welfare da quanto dichiarato in merito al numero di studenti presenti per ciascuno dei 6 anni del Corso di Laurea.

Tabella 25. Numero dei presidi cui vengono assegnati 1, 2 o 3 punti all'indicatore Numero anni di corso, suddivisi per tipo di Ente.

TIPO ENTE	PUNTEGGIO			TOT
	1	2	3	
ASST	4	3	5 ²⁶	12
CASA DI CURA ACCREDITATA A CONTRATTO	1	1	0	2
IRCCS – PRIVATO	2	1	2	5
IRCCS – PUBBLICO	0	1	1	2
TOT	7	6	8	21

L'analisi della distribuzione del punteggio fra le strutture avalla quanto precedentemente affermato in merito al fatto che l'indicatore **non** risulta **direttamente collegato alla quantità di attività professionalizzante** effettivamente svolta presso i reparti della struttura. Infatti, dalla tabella sotto riportata emerge che vi sono 8 strutture cui è stato assegnato punteggio pieno, e di queste 7 sono sede di didattica frontale.

Tabella 26. Numero di presidi che rendicontano 1 anno, 2 anni, triennio o intero corso, suddivisi per presidi che ospitano lezioni (sedi di didattica frontale) o meno.

SEDE DI DIDATTICA FRONTALE	1 ANNO	2 ANNI	TRIENNIO	INTERO CORSO	TOT
NO	2	3	2	1	8
SÌ	2	0	4	7	13
TOT	4	3	6	8	21

L'unica struttura che, pur non essendo sede di didattica frontale, ospita l'intero corso è la struttura per la quale sono stati inseriti gli stessi valori rendicontati da un'altra struttura, sede di didattica, poiché le stesse sono state considerate congiuntamente ai fini del calcolo della fascia di maggiorazione.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, stante la finalità dell'istituto, ACSS ritiene di poter affermare che l'indicatore così come attualmente formulato rischia di essere fuorviante nel perseguimento della finalità dell'istituto, ancor più se la collocazione nella classe di punteggio viene effettuata in modo deduttivo dai tecnici DG Welfare e non a fronte di una esplicita dichiarazione degli Atenei, generando **soggettività nell'attribuzione dei punteggi**.

VERIFICA DELL'ESECUZIONE

Le incongruenze rilevate sono la diretta conseguenza della non esaustività delle classi individuate. Ciò ha comportato una soggettività di attribuzione del punteggio a due strutture che, a parità di anni dichiarati dagli Atenei (3 anni senza triennio clinico), si sono viste assegnare un punteggio differente, senza ripercussioni sulla fascia di appartenenza.

A un'altra struttura, infine, è stato assegnato punteggio 3 anziché 2 (l'Ateneo rendiconta 5 anni), anche in questo caso senza ripercussioni sulla fascia di appartenenza.

SUGGERIMENTI

Per quanto esposto in precedenza, ACSS ritiene opportuno suggerire l'eliminazione di tale indicatore, individuato dalla DGR 350/2010 ma non direttamente collegato ai criteri espressi dalla L.R. 33/2009.

Qualora si ritenesse di mantenerlo, ACSS suggerisce di **formulare chiaramente** lo scopo dell'indicatore, di individuare classi esaustive e di porre in capo agli Atenei le dichiarazioni, evitando interpretazioni soggettive.

INDICATORI RICERCA

Il comma 3 dell'art. 27 bis della L.R. 33/2009 e s.m.i. identifica, per la determinazione della fascia di maggiorazione per la Ricerca, i seguenti criteri:

- a) N° del personale addetto alle attività di ricerca per posto letto
- b) N° di progetti di ricerca in corso di svolgimento presso la struttura
- c) Impact Factor standardizzato della struttura

La DRG 350/2010 e s.m.i. fa coincidere due **indicatori** con i criteri a) e c), traduce il criterio b) nell'indicatore "numero dei pazienti in trials clinici attivi" e introduce un quarto indicatore:

- d) Impact Factor per fatturato prodotto per ricoveri ordinari.

Ogni indicatore è declinato in classi identificate in base al posizionamento della struttura rispetto alla distribuzione percentile; a ciascuna classe corrisponde un punteggio crescente al crescere del percentile di appartenenza.³⁶

Gli indicatori e le rispettive classi elencati nella DGR sono riprodotti in relazione al criterio indicato nella **Tabella 27**.

Tabella 27. Indicatori della ricerca, con indicazione del criterio e delle rispettive classi e punteggi.

CRITERIO	INDICATORE	CLASSE	PUNTEGGIO
a) N° del personale addetto alle attività di ricerca per posto letto	Numero ricercatori/PL	< 25° percentile	1
		tra 25° e 75° percentile	2
		> 75° percentile	3
b) N° di progetti di ricerca in corso di svolgimento presso la struttura	Numero pazienti in trials clinici	< 25° percentile	1
		tra 25° e 75° percentile	2
		> 75° percentile	3
c) Impact Factor standardizzato della struttura	Impact factor standardizzato	< 25° percentile	1
		tra 25° e 75° percentile	2
		> 75° percentile	3
	Impact factor per 1000 euro di fatturato	< 25° percentile	1
		tra 25° e 75° percentile	2
		> 75° percentile	3

Per il calcolo dei punteggi si utilizzano, per quanto non nelle disponibilità dirette della DG Welfare, alcune fra le informazioni contenute nelle dichiarazioni presentate dagli IRCCS a corredo della richiesta di finanziamento al Ministero della Salute per la Ricerca corrente nell'anno precedente, ed in particolare:

- la tabella con il dettaglio del personale di ricerca³⁷ (calcolato in FTE) per ciascuna delle linee di ricerca per le quali l'IRCCS ha chiesto il finanziamento .
- Il numero di pazienti coinvolti nei trial clinici.

La sommatoria dei punteggi assunti dai quattro indicatori per ciascun Ente definisce in quale fascia di maggiorazione si colloca l'Ente, e quindi la percentuale di maggiorazione secondo le classi indicate in **Tabella 28**.

Tabella 28. Fasce di maggiorazione e corrispondenti incrementi % per la ricerca.

PUNTEGGIO	FASCIA	INCREMENTO %
≤6	A	6%
Tra 7 e 8	B	12%
≥9	C	18%

Gli Enti proprietari ammessi alla maggiorazione sono 10 che richiedono il finanziamento per complessive 17 strutture che ospitano 116 reparti di degenza (**Tabella 29**).

Tabella 29. Numero di Enti beneficiari, di relativi presidi e reparti finanziati, suddivisi per tipo di Ente (Ricerca, MT 2019).

TIPO ENTE (RICERCA)	N° ENTI	N° PRESIDI	N° REPARTI FINANZIATI
ASST	0	0	0
CASA DI CURA ACCREDITATA A CONTRATTO	0	0	0
IRCCS - PRIVATO	7	14	79
IRCCS - PUBBLICO	3	3	37
TOTALE	10	17	116

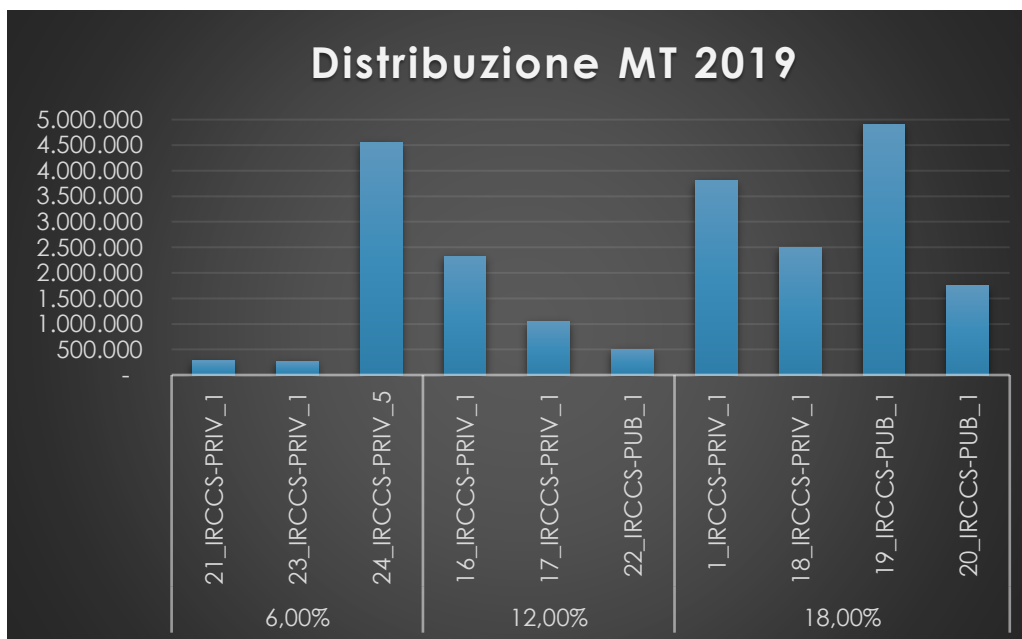
Come evidenziato in **Tabella 30**, più della metà delle risorse è distribuita fra le 4 strutture che si collocano nella fascia superiore.

Tabella 30. Distribuzione delle risorse in base alla fascia di attribuzione (MT 2019 – Ricerca).

FASCIA	MAGGIORAZIONE	N° STRUTTURE	IMPORTO MT 2019	% SUL TOTALE
A	6,00%	3	5.104.707	23,25%
B	12,00%	3	3.890.593	17,72%
C	18,00%	4	12.959.737	59,03%
TOTALE COMPLESSIVO		10	21.955.037	100,00%

Tuttavia, andando a valutare gli importi attribuiti a ciascuna struttura all'interno delle singole fasce, emerge la situazione evidenziata nel grafico sottostante, e cioè che un Ente, pur essendo collocato nella fascia più bassa, riceve un importo di poco inferiore al valore più alto che è logicamente collocato nella fascia C (18%).

Grafico 9. Grafico a barre con gli importi destinati ai 10 Enti beneficiari delle Maggiorazioni Tariffarie per l'anno 2019, suddiviso per percentuale di maggiorazione.



La spiegazione di tale anomalia è da imputarsi al fatto che, diversamente dagli altri 9 Enti che presentano istanza e ricevono il finanziamento per un unico IRCCS, la struttura in questione lo riceve per 8 strutture distinte (cfr. Grafico 2, pag. 15). Da una verifica effettuata da ACSS sul sito del Ministero della Salute, tuttavia, parrebbe che solo 6 di queste 8 strutture abbiano riconosciuto, a seguito di site-visit del 2019, lo status di IRCCS.

Si suggerisce pertanto, prima di procedere alla determinazione delle quote spettanti per le singole strutture, di effettuare le opportune verifiche in merito al riconoscimento ministeriale di IRCCS per l'anno oggetto di finanziamento.

Dalle verifiche effettuate si evidenzia altresì la presenza di:

- 3 IRCCS con sede legale in Lombardia che richiedono il finanziamento per una sola struttura sita in Lombardia ma che tuttavia hanno sedi IRCCS in altre regioni italiane;
- 1 struttura afferente ad un IRCCS con sede legale in altra regione e molte strutture in altre regioni che ha un' unica struttura sita nel territorio lombardo

Tale osservazione pone il tema sulla criticità legata ad un sistema che eroga risorse utilizzando indicatori non esclusivi delle strutture che ricevono il finanziamento. Stante infatti che l'istituto finanzia con risorse regionali strutture che operano sul territorio lombardo, si annota che le informazioni utilizzate per la costruzione degli indicatori e la conseguente attribuzione dei punteggi (le stesse utilizzate per il finanziamento corrente) si riferiscono a linee di ricerca e produzione scientifica sviluppate e prodotti dalle strutture dall'ente nelle diverse sedi, in taluni casi anche fuori da Regione Lombardia, generando possibili storture nella distribuzione di risorse e allontanando l'attuazione dell'istituto dalla finalità espressa dalla norma: supportare le strutture nei costi assistenziali annessi ai trial clinici che coinvolgono i pazienti ricoverati nella struttura.

Nel seguito del paragrafo viene fornita una breve descrizione degli indicatori (di cui alla **Tabella 2a**), accompagnata da osservazioni e valutazioni di ACSS, eventuali suggerimenti e da una verifica sui punteggi assegnati, a partire dai dati a disposizione di ACSS.

NUMERO RICERCATORI/PL

Tabella 31. Classi e punteggi per l'indicatore Numero ricercatori/pl.

INDICATORE	CLASSE	PERCENTILI	PUNTEGGIO
Numero ricercatori/PL	< 0.273214	< 25°	1
	≥ 0.273214 e ≤ 0.942644	≥ 25° e ≤ 75°	2
	> 0.942644	> 75°	3

La DGR 350/2010 e le successive note esplicative descrivono l'indicatore come espressione del "Numero del personale addetto alle attività di ricerca per posto letto". In particolare, a seguito della DGR 1986/2019, la circolare regionale specifica che il numero di ricercatori è da intendersi come dato quantitativo **FTE del personale di ricerca** suddiviso per linee di ricerca e tipologie di contratto: di ruolo, a contratto, borse di studio, subcontratti e altre tipologie, senza tuttavia esplicitare il nesso di collegamento all'attività di ricovero, oggetto del finanziamento.

L'indicatore è calcolato come rapporto tra i dati riportati nell'istanza e riferiti all'anno 2019 e la somma dei posti letto attivati ordinari (sia a pagamento che non) derivati dal flusso ministeriale HSP12; In base alla graduatoria che ne emerge il punteggio è assegnato in base al percentile di appartenenza (minore del 25° percentile: 1 punto; tra il 25° e il 75° percentile compresi: 2 punti; maggiore del 75° percentile: 3 punti).

ANALISI DELL'INDICATORE

Tabella 32. Dettaglio del valore del numeratore (no. ricercatori), del denominatore (no. posti letto), di cui alle diverse fonti dati trasmesse da DG Welfare, e dell'indicatore Numero ricercatori/pl, per punteggio attribuito all'indicatore (n=10 Enti).

PUNTEGGIO ATTRIBUITO	STRUTTURA	N° RICERCATORI	N° POSTI LETTO	N° RICERCATORI/ N° POSTI LETTO
1	21_IRCCS-PRIV_1	26,8	112,0	0,24
	22_IRCCS-PUB_1	7,0	62,0	0,11
	24_IRCCS-PRIV_5*	181,0	1.082,0	0,17
2	16_IRCCS-PRIV_1	90,0	240,0	0,38
	17_IRCCS-PRIV_1	111,0	132,0	0,84
	20_IRCCS-PUB_1	119,2	172,0	0,69
	23_IRCCS-PRIV_1	25,3	60,0	0,42
3	1_IRCCS-PRIV_1	185,2	143,0	1,30
	18_IRCCS-PRIV_1	349,2	238,0	1,47
	19_IRCCS-PUB_1	292,0	299,0	0,98

*I valori riferiti a questa struttura sembrerebbero essere associati all'Ente nel suo complesso, comprendente 8 strutture in Lombardia.

Dall'osservazione della tabella precedente, che illustra la costruzione dell'indicatore e le sue risultanze, appare evidente che la scarsa correlazione tra i numeri assoluti relativi ai ricercatori ed i posti letto influenza i punteggi attribuiti in maniera potenzialmente non coerente con la finalità dell'istituto, tanto più se si considera che le linee di ricerca prevedono solo in parte un lavoro diretto sui pazienti ricoverati (trial clinici).

Pur ritenendo ragionevole l'assunto che il numero di ricercatori possa considerarsi proporzionale alla quantità di attività di ricerca svolta, tuttavia tale dato viene diviso per i

posti letto ottenendo un indicatore che non necessariamente misura l'impegno della struttura e rischia di essere non coerente con la finalità dell'istituto sopra delineata.

Inoltre, l'indicatore, così come strutturato, avvantaggia, a parità di numero di ricercatori, le strutture con un numero minore di posti letto.

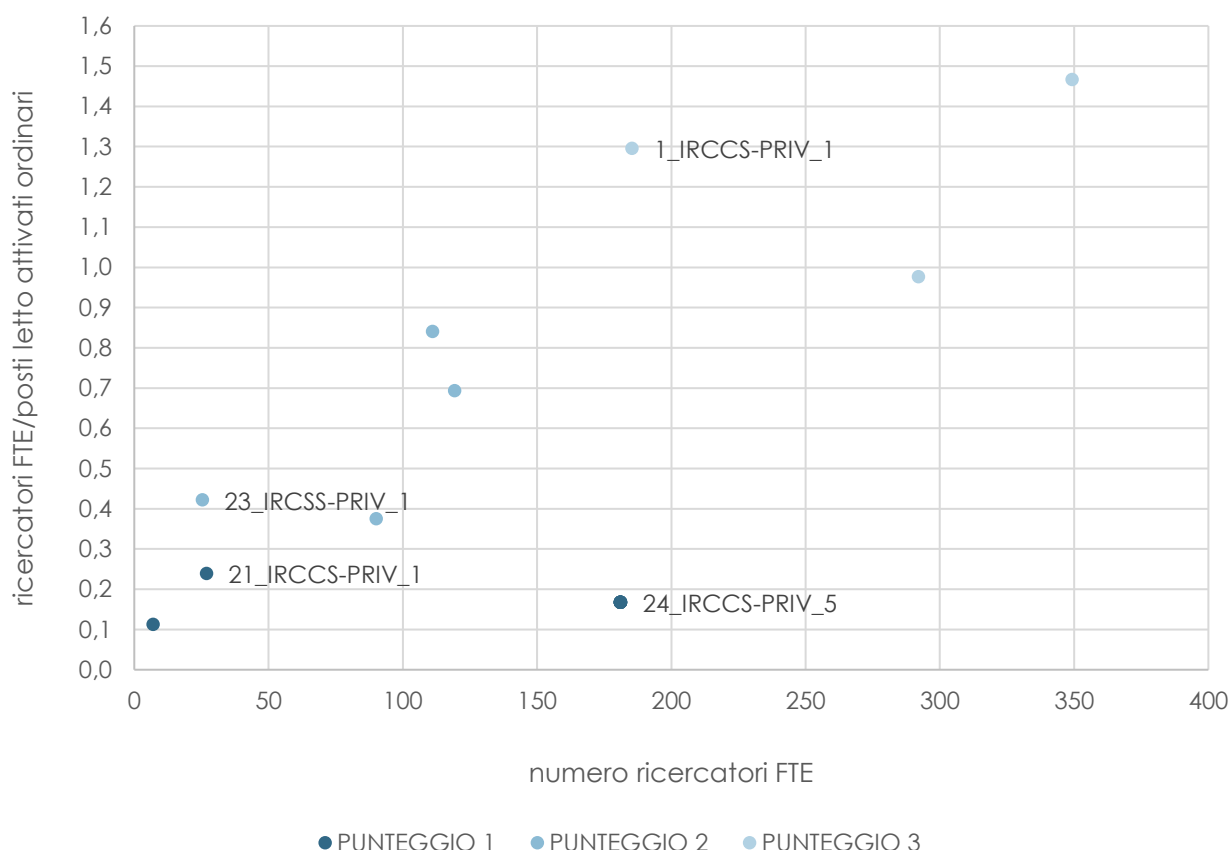
A chiarimento di questa osservazione, si propone il seguente esempio:

STRUTTURA	N° RICERCATORI FTE	N° POSTI LETTO	N° RICERCATORI FTE / N° POSTI LETTO
A	10	10	1
B	10	100	0,1

Tale situazione è evidente per 2 Enti, indicati nel grafico seguente, a cui, a parità di numero di ricercatori, viene attribuito un punteggio inferiore rispetto ad altri 2 Enti con un numero analogo di ricercatori, ma con numero di posti letto attivi inferiore.

Si rileva tuttavia che per la struttura 24_IRCCS-PRIV_5 vengono utilizzati i posti letto non di una singola struttura, bensì di tutte le strutture lombarde afferenti all'Ente in oggetto.

Grafico 10. Grafico a dispersione del numero di ricercatori FTE e numero di ricercatori FTE/posti letto attivati ordinari (n=10 richiedenti).



Per le considerazioni sopra esposte, ACSS ritiene che l'indicatore proposto **non necessariamente rilevi i maggiori oneri indotti dall'attività di ricerca sull'attività assistenziale.**

ACSS suggerisce una più esplicita **definizione** dell'indicatore che salvaguardi da possibili **interpretazioni soggettive** nella rendicontazione e/o nell'attribuzione dei punteggi, che potrebbero essere attribuiti acriticamente.

A tal proposito suggerisce che, al fine di rafforzare la correlazione dell'indicatore con la finalità dell'istituto, si faccia espresso riferimento ai ricercatori la cui attività sia correlata ai trial clinici/studi osservazionali ospitati dai reparti presso strutture site in Lombardia.

VERIFICA DELL'ESECUZIONE

L'analisi sull'esecuzione è stata effettuata analizzando le tabelle di calcolo utilizzate da DG Welfare a causa dell'incompletezza del materiale nelle disponibilità di ACSS (3 Enti su 10).

Dall'analisi del materiale delle sole 3 strutture disponibili si evidenzia che la mancanza di un format unico sia alla base delle criticità evidenziate nel paragrafo precedente.

Per un Ente di cui non si ha a disposizione l'istanza, nel foglio dati in cui viene calcolata la % di maggiorazione viene riportata una sola struttura, ma per il calcolo dei posti letto si fa riferimento anche alle 7 strutture afferenti al medesimo Ente gestore.

SUGGERIMENTI

ACSS suggerisce di **reformulare l'indicatore** coerentemente con le finalità dell'istituto e di darle una definizione esauriente.

In particolare, si ritiene necessario **chiarire se i dati richiesti riguardano l'Ente** (e quindi anche eventuali sedi extra-regione con riconoscimento IRCCS) oppure se devono riguardare i singoli presidi lombardi riconosciuti IRCCS.

Inoltre, ACSS raccomanda di **identificare chiaramente** le fonti dati utilizzate ai fini del calcolo dell'indicatore e di sgravare le strutture di rendicontazioni non poi utilizzate: il dato quantitativo FTE del personale di ricerca deve essere declinato per linea di ricerca e per tipologia di contratto, informazioni che attualmente non risultano rilevanti ai fini del calcolo dell'indicatore.

NUMERO PAZIENTI IN TRIALS CLINICI

Tabella 33. Classi e punteggi per l'indicatore Numero pazienti in trials clinici.

INDICATORE	CLASSE	PERCENTILI	PUNTEGGIO
Numero pazienti in trials clinici	< 539.3	< 25°	1
	≥ 539.3 e ≤ 3707	≥ 25° e ≤ 75°	2
	> 3707	> 75°	3

La DGR 350/2010 stabilisce che il criterio "N° di progetti di ricerca in corso di svolgimento presso la struttura" dev'essere valutato in base al Numero di pazienti in trials clinici attivi, senza tuttavia fornire alcuna specifica in merito alla tipologia di trial (al finanziamento dovrebbero accedere solo quelli per i quali si è ad una fase sperimentale che coinvolge direttamente i pazienti), e senza metterli in relazione alle linee di ricerca che si svolgono fisicamente in toto o in parte presso la struttura che richiede il finanziamento.

Il punteggio è assegnato in base al percentile di appartenenza che emerge dalla graduatoria delle dichiarazioni inviate dagli IRCCS; il valore del punteggio cresce al crescere del percentile di appartenenza (minore del 25° percentile: 1 punto; tra il 25° e il 75° percentile compresi: 2 punti; maggiore del 75° percentile: 3 punti).

Come espresso nel paragrafo *Maggiorazioni tariffarie, Funzioni Non Tariffate e Finanziamento Ministeriale Ricerca Corrente*, dall'analisi del materiale in suo possesso, ACSS evince che l'indicatore sia riferito all'ente nel suo complesso e non alle specifiche strutture, come invece esplicitamente definito nella DGR 350/2010.

ANALISI DELL'INDICATORE

I 10 IRCCS ai quali viene erogata la maggiorazione per la ricerca risultano essere così suddivisi per tipo di proprietà e punteggio ottenuto nell'indicatore (**Tabella 34**):

Tabella 34. No. di pazienti in trial attivi nei 10 Enti beneficiari della maggiorazione per la ricerca, suddivisi per punteggio ottenuto per l'indicatore Numero pazienti in trials clinici.

PUNTEGGIO	STRUTTURA	N° DI PAZIENTI IN TRIAL ATTIVI
1	17_IRCCS-PRIV_1	409
	21_IRCCS-PRIV_1	352
	23_IRCCS-PRIV_1	353
2	16_IRCCS-PRIV_1	1.922
	20_IRCCS-PUB_1	1.571
	22_IRCCS-PUB_1	930
	24_IRCCS-PRIV_5	3.386
3	1_IRCCS-PRIV_1	3.814
	18_IRCCS-PRIV_1	4.499
	19_IRCCS-PUB_1	6.651

Si fa presente che, anche in questo caso, il già menzionato IRCCS con sede legale in altra regione, e che in Lombardia ha una sola struttura con 63 posti letto, dichiara ben 930 pazienti in trial attivo.

Anche per questo indicatore, l'analisi dei dati rappresenta le medesime criticità già rappresentate in precedenza, con particolare riguardo al fatto che, in caso di Enti multi-

presidio, **non tutti i presidi risultano insistere sul territorio lombardo e/o non tutti i presidi afferenti a un Ente sono necessariamente IRCCS.**

L'assenza, inoltre, della mancata correlazione con le linee di ricerca svolte presso la struttura di fatto non garantisce che il contributo sia correttamente focalizzato sull'attività della struttura ospitante il trial.

Per le considerazioni sopra esposte, ACSS ritiene che la **non chiarezza della definizione** dell'indicatore possa generare incertezza e possibili **interpretazioni soggettive** nella rendicontazione dei dati, con conseguente allontanamento del finanziamento alla finalità espressa dalla norma.

VERIFICA DELL'ESECUZIONE

Per uno dei 3 Enti di cui ACSS ha a disposizione l'istanza, DG Welfare riporta nel proprio foglio di calcolo trasmesso ad ACSS un dato differente rispetto a quanto rilevato nell'istanza. Ciò determina una differente attribuzione di punteggio nell'indicatore (2 anziché 1) e fa sì che l'Ente venga assegnato alla fascia del 18% di maggiorazione, anziché a quella del 12% prevista nel caso in cui il numero di ricercatori utilizzato fosse stato quello dichiarato dall'Ateneo. ACSS non è a conoscenza di ulteriori successive interlocuzioni tra DG Welfare e l'IRCCS interessato che giustificano l'eventuale differenza.

SUGGERIMENTI

Al fine del superamento delle criticità rilevate e di un rafforzamento dell'aderenza alla norma, ACSS suggerisce di legare l'indicatore alle specifiche linee di ricerca che prevedono una sperimentazione sui pazienti in carico alla specifica struttura. Si suggerisce inoltre di dare un'univoca chiave di lettura al termine "trial attivo".

IMPACT FACTOR STANDARDIZZATO

Tabella 35. Classi e punteggi per l'indicatore Impact Factor standardizzato.

INDICATORE	CLASSE	PERCENTILI	PUNTEGGIO
Impact factor standardizzato	< 612.1	< 25°	1
	≥ 612.1 e ≤ 1487	≥ 25° e ≤ 75°	2
	> 1487	> 75°	3

La DGR 350/2010 riporta l'indicatore "Impact Factor standardizzato della struttura" corredato dai valori corrispondenti al 25° e al 75° percentile e dai relativi punteggi (minore

del 25° percentile: 1 punto; tra il 25° e il 75° percentile compresi: 2 punti; maggiore del 75° percentile: 3 punti). I valori dei percentili per il 2019 sono stati calcolati da DG Welfare sulla base dei dati relativi al 2018.

L'impact Factor (IF) standardizzato è un indicatore introdotto dal Ministero della Salute per la valutazione della ricerca degli IRCCS, nel tentativo di risolvere il problema del differente peso di un IF all'interno delle diverse discipline³⁸.

Trattandosi di un indicatore acquisito da elaborazioni ministeriali è senza dubbi riferito dai lavori prodotti e pubblicati a livello di Ente nel suo complesso.

ANALISI DELL'INDICATORE

L'indicatore in esame, seppur non direttamente correlato all'attività assistenziale, introduce un elemento di premialità correlato alla produzione scientifica degli IRCCS.

VERIFICA DELL'ESECUZIONE

Per 3 delle 10 strutture di cui è disponibile l'istanza presentata dagli Enti, il dato riportato per questo indicatore coincide con quanto rendicontato dagli Enti relativamente al 2018 (maggiorazioni 2019) e l'attribuzione del punteggio risulta corretta per tutte le 10 strutture.

SUGGERIMENTI

Non essendoci correlazione diretta tra la produzione scientifica dell'anno precedente e l'attività di ricerca svolta nel corso nell'anno di competenza si suggerisce di esplicitare le motivazioni che hanno indotto la Giunta Regionale ad introdurre l'indicatore.

IMPACT FACTOR PER 1000 EURO DI FATTURATO

Tabella 36. Classi e punteggi per l'indicatore Impact Factor per 1000 euro di fatturato.

INDICATORE	CLASSE	PERCENTILI	PUNTEGGIO
Impact factor per 1000 euro di fatturato	< 0.069835	< 25°	1
	≥ 0.069835 e ≤ 0.105135	≥ 25° e ≤ 75°	2
	> 0.105135	> 75°	3

La DGR 350/2010 definisce questo indicatore come *Impact Factor per fatturato prodotto per ricoveri ordinari* e, per quanto concerne il denominatore, specifica che si fa riferimento

ai **ricoveri ordinari finanziati dei pazienti lombardi** e viene calcolato come *Impact Factor per 1000 euro di fatturato*. Anche per questo indicatore, il punteggio viene assegnato sulla base dei percentili (minore del 25° percentile: 1 punto; tra il 25° e il 75° percentile compresi: 2 punti; maggiore del 75° percentile: 3 punti).

La DGR non esplicita la motivazione che ha condotto all'introduzione di un indicatore come questo, che non trova riscontro diretto nei criteri espressi dalla norma, e di cui non si comprende cosa misuri rispetto ai contenuti dalla norma.

Si rileva inoltre un'incongruenza nella costruzione dell'indicatore, che pone al numeratore un dato riferito all'ente (IF standardizzato) ed al denominatore il fatturato della struttura, soprattutto con riferimento agli IRCCS con sedi in territori diversi. Oltretutto, numeratore e denominatore fanno riferimento a due annualità differenti (rispettivamente 2018 e 2019).

Si fa qui presente, non avendo a disposizione tutti i flussi e i dati necessari per la verifica del denominatore (fatturato), che ACSS ha proceduto con la verifica di tale indicatore a partire dai dati trasmessi da DG Welfare, che presentano già il valore finanziato per struttura (cfr. capitolo successivo sul calcolo degli importi).

ANALISI DELL'INDICATORE

Dalle specifiche inviate e dall'analisi dei dati forniti ad ACSS, il valore dell'Impact Factor (di cui all'altro indicatore) rendicontato dalle strutture viene diviso per il valore finanziato (riportato nel flusso SDO), e quanto ottenuto viene moltiplicato per 1000.

Tabella 37. Distribuzione di frequenze dei punteggi assegnati all'indicatore Impact Factor standardizzato per 1000 euro di fatturato, con min-max del valore dell'indicatore per ogni classe (n=10 strutture).

PUNTEGGIO	NO. STRUTTURE	IMPACT FACTOR STANDARDIZZATO PER 1000 EURO DI FATTURATO	
		MIN	MAX
1	3	0.012026	0.065023
2	4	0.084271	0.097741
3	3	0.107600	0.132669

Come sopra evidenziato, ACSS ritiene che un indicatore costruito sui ricavi **si allontani dalla finalità dell'istituto** di remunerare i maggiori costi indotti dall'attività di ricerca sull'attività assistenziale.

Inoltre, si segnala che, a parità di IF standardizzato, l'indicatore così formulato potrebbe "svantaggiare" strutture di dimensioni organizzative maggiori e con un più alto fatturato da ricovero.

VERIFICA ESECUZIONE

La verifica di coerenza tra quanto contenuto nell'istanza e quanto riportato nello schema di calcolo non ha potuto essere effettuata su tutti gli Enti a causa della documentazione non completa nella disponibilità di ACSS (3 istanze su 10).

Anche per questo indicatore si segnala che permane l'anomalia di quell'Ente per cui viene calcolata la % di maggiorazione sull'ente nel suo complesso sommando il fatturato di 8 distinte strutture.

SUGGERIMENTI

Stante le osservazioni riportate ACSS suggerisce di eliminare l'indicatore o riformularlo ponendo lo stesso in maggiore correlazione con la finalità dell'istituto.

Si ritiene altresì che numeratore e denominatore di un siffatto indicatore debbano fare riferimento a una stessa annualità.

OSSERVAZIONI SUGLI INDICATORI

L'analisi condotta e le considerazioni espone nei paragrafi precedenti hanno indotto ACSS a formulare le proprie osservazioni e suggerimenti considerando 2 scenari possibili, che si configurano sulla base delle scelte che la Giunta Regionale vorrà assumere in materia di applicazione dell'istituto normativo: la prima ipotesi è che voglia mantenere l'impianto esistente migliorandolo (cfr. par. successivi: *Proposte di miglioramento dell'impianto esistente: didattica* e *Proposte di miglioramento dell'impianto esistente: ricerca*); la seconda ipotesi è che voglia pensare a una riformulazione complessiva dello stesso (cfr. par. *Proposta di un modello per la determinazione delle fasce*). Per entrambe le attività ACSS, basandosi sulle analisi condotte, ritiene di fornire suggerimenti e raccomandazioni, sottolineando la necessità di un rafforzamento della correlazione tra i criteri individuati dalla L.R. 33/2009 e gli indicatori definiti dalla Giunta, che dovrebbero tradurre in elementi misurabili e chiari i principi della norma declinati attraverso i criteri espressi dal legislatore.

Ciò in quanto l'analisi ha evidenziato che gli indicatori attualmente in uso talvolta non colgono la complessità della realtà, rischiando in alcuni casi di risultare non coerenti e fuorvianti rispetto alle finalità dell'istituto stesso.

PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DELL'IMPIANTO ESISTENTE: DIDATTICA

Di seguito si espone un quadro riassuntivo delle principali criticità rilevate sia a livello di impianto generale che a livello di indicatori. A tali criticità si aggiungono quelle specifiche espresse nei paragrafi precedenti con riferimento ai singoli indicatori.

Si specifica che alcune delle criticità evidenziate possono generare una errata distribuzione delle risorse.

OSSERVAZIONI	SUGGERIMENTI
La definizione dei singoli indicatori risulta talvolta essere troppo generica e non consente di capire il nesso tra gli stessi e la finalità del finanziamento.	Si suggerisce di modificare gli indicatori mettendoli in più stretta correlazione con l'attività professionalizzante svolta all'interno dei reparti.
La definizione delle classi di punteggio non viene motivata ed è generalmente strutturata in modo da essere premiante per le strutture più grandi a prescindere dal contributo delle stesse ai percorsi formativi degli studenti.	Si suggerisce di individuare classi che valorizzino lo sforzo effettivo profuso dalle strutture nell'attività di formazione <i>bed side</i> .
Alla base del calcolo degli indicatori vi sono diverse fonti informative, tra le quali quella prevalente è la rilevazione dati effettuata presso gli Atenei su un format definito da Regione Lombardia. Essendo il format piuttosto semplificato, privo cioè di richieste di dettaglio, e in assenza di precise istruzioni e indicazioni, la compilazione rischia di essere frutto dell'interpretazione soggettiva di ciascun Ateneo, dando luogo a una disomogeneità di dati che può portare a una non corretta attribuzione dei punteggi.	Si suggerisce di valutare la modifica del format di rilevazione, affinché rilevi dati grezzi di maggior dettaglio. Sarebbe inoltre auspicabile che venissero redatte e inviate, in accompagnamento al format da compilare, indicazioni più chiare, esplicative, aggiornate e coerenti con le ultime disposizioni normative. In particolare, al fine di garantire maggiore uniformità nell'assegnazione dei punteggi e dunque delle fasce di maggiorazione, si suggerisce di chiarire se la richiesta di dati e la conseguente attribuzione dei punteggi debba avvenire a livello di Enti o di presidi.
Dall'analisi è emerso un uso continuativo negli anni della medesima anagrafica per l'individuazione dei reparti convenzionati con gli Atenei, talvolta non coincidente con gli elenchi inviati dalle strutture. Ciò espone al il rischio di non cogliere eventuali cambiamenti intervenuti nel tempo.	Si suggerisce di intervenire con una revisione annuale dell'elenco delle strutture convenzionate al fine di utilizzare sempre dati aggiornati.

OSSERVAZIONI	SUGGERIMENTI
La DGR 350/2010 e s.m.i. non prevede la possibilità che la medesima struttura possa avere reparti convenzionati con più Atenei. Si è osservato dalla rilevazione effettuata presso gli Atenei che tale fattispecie esiste. Dall'analisi dei dati di calcolo si evince che nell'attribuzione dei punteggi talvolta vengono considerati i dati provenienti da un unico Ateneo/Polo.	Si suggerisce di inserire la possibilità ed esprimersi in materia di attribuzioni di punteggio in caso di strutture convenzionate con più Atenei/Poli.

PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DELL'IMPIANTO ESISTENTE: RICERCA

Di seguito si espone un quadro riassuntivo delle principali criticità rilevate.

Per ciascuna criticità ACSS fornisce suggerimenti per il superamento delle stesse in ottica di maggiore aderenza con il dettato normativo.

Al fine di evitare una sovrapposizione di finanziamento sulle medesime linee di ricerca, definire differenze sostanziali rispetto al finanziamento FNT e RC.

Ai fini di una maggiore aderenza alle finalità dell'istituto, chiarire il rationale e/o valutare la riformulazione o l'eliminazione di alcuni indicatori.

Ai fini di trasparenza, chiarire se la richiesta di dati e la conseguente attribuzione dei punteggi debba avvenire a livello di Enti o di presìdi.

Ai fini di trasparenza, definire in modo esaustivo e univoco gli indicatori individuati, nonché valutarne un allineamento temporale.

Al fine di garantire una maggiore uniformità nell'applicazione dei punteggi e maggior aderenza al rationale della norma, valutare l'invio di un unico format di rilevazione dei dati richiesti, identificando chiaramente le fonti dati utilizzate ai fini del calcolo degli indicatori e sgravando le strutture di rendicontazioni non utilizzate.

Al fine di garantire una uniformità nella compilazione del format, redigere e inviare indicazioni più chiare, esplicative aggiornate e coerenti con le ultime disposizioni normative.

FASE 4: CALCOLO DEGLI IMPORTI SPETTANTI (TEORICO E RICONOSCIUTO)

L'istituto delle maggiorazioni tariffarie si configura come un contributo economico determinato applicando la percentuale della fascia di appartenenza all'importo del c.d. **"valore finanziato"** per attività di ricovero.

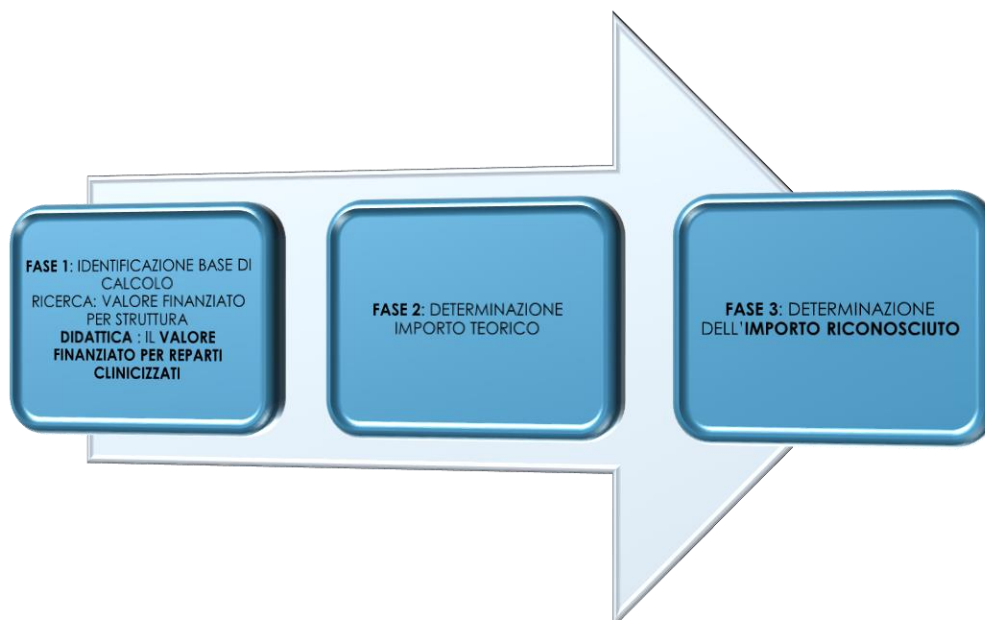
La natura di contributo, collegato all'attività di ricovero ma distinta da esso, è confermata dal fatto che nella contabilizzazione tale voce, pur rientrando entro la macrocategoria di bilancio "ricavi da ricovero", viene contabilizzata come a sé stante.

Si ritiene di affermare che la dicitura "maggiorazione tariffaria" sia riferita alla modalità di calcolo e non al fatto che sia una maggiorazione tariffaria come generalmente intesa (che prevede l'applicazione di una % di incremento al singolo episodio di ricovero).

Stante che la DGR 350/2010 e s.m.i. non esplicita le specifiche di sviluppo dell'algoritmo di determinazione degli importi spettanti, appare opportuno rappresentare il percorso tecnico che conduce alla determinazione degli importi erogati alle singole strutture, La descrizione della fase trae le specifiche tecniche di esecuzione dal documento redatto da ARIA spa, fornito ad ACSS in occasione dell'audit preventivo.

Nel prosieguo di questo capitolo viene descritto brevemente il processo caratterizzante questa fase fornendo le definizioni necessarie, a partire da quanto già rappresentato nell'audit di ACSS di novembre 2018, aggiornato con DGR 1153/2019³⁹.

Figura 4. Micro-processo di calcolo degli importi spettanti.



FASE 1 - INDIVIDUAZIONE DELLA BASE DI CALCOLO (VALORE FINANZIATO PER STRUTTURA)

La fase in questione trae avvio dalla determinazione del valore della base di calcolo, individuato applicando al valore complessivo del fatturato per Ricovero Ordinario e del rimborso endoprotesi di ogni struttura le seguenti percentuali di abbattimento:

- percentuale di abbattimento NOC relativa all'intera struttura⁴⁰;
- percentuale di abbattimento di contratto (definita a livello di struttura in base al contratto);
- percentuale di abbattimento di sistema (definita a livello regionale).

La cifra così ottenuta definisce il **valore finanziato per struttura** che, rapportato al valore del fatturato prima degli abbattimenti, identifica la **percentuale di rimodulazione**.

Poiché per la **didattica** la maggiorazione è applicata ai soli reparti convenzionati, si rende necessario definire una **un'approssimazione del valore finanziato per reparti clinicizzati** applicando la **percentuale di rimodulazione di struttura** al fatturato dei soli reparti convenzionati con le Facoltà universitarie lombarde di Medicina e Chirurgia come sedi didattiche per i Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia.

FASE 2: DETERMINAZIONE DELL'IMPORTO TEORICO

Definita la base di calcolo si procede alla determinazione dell'**importo teorico** per ciascuna struttura applicando la % di maggiorazione corrispondente alla fascia di appartenenza.

FASE 3: DETERMINAZIONE DELL'IMPORTO RICONOSCIUTO ATTRAVERSO L'EVENTUALE RICONDUZIONE AL TETTO DI SISTEMA

Stante che, annualmente, all'interno delle Regole di Sistema, la Giunta Regionale determina il totale delle risorse massime disponibili per finanziare l'istituto, identificando altresì il tetto massimo erogabile alle strutture private, si rende necessario verificare se la somma degli importi teorici determinati per tipologia di erogatore ecceda tale soglia. Qualora ciò accada, agli importi teorici determinati al punto precedente viene applicata una percentuale di abbattimento calcolata, separatamente per erogatori pubblici e privati, come rapporto tra risorse massime stanziare e somma degli importi teorici. Il valore così ottenuto costituisce l'**importo riconosciuto**, ossia l'ammontare del finanziamento che verrà effettivamente erogato agli aventi diritto.

ANALISI

Per la determinazione dell'importo riconosciuto, agli importi teorici vengono applicate delle percentuali di abbattimento in quanto – come evidenziato nella tabella sottostante – le somme degli importi teorici per erogatori privati (75.202.052,66 euro) e pubblici

(151.091.471,2 euro) eccedono i limiti fissati dalle Regole di Sistema 2020, ossia rispettivamente 62.300.000 euro e 137.000.000 euro (DGR 2672/2019).

Tabella 38. Importi teorici, % di abbattimento e importi riconosciuti per l'istituto delle MT, suddivisi per natura dell'erogatore e tipologia di domanda, con no. di Enti e strutture.

NATURA DELL'EROGATORE	TIPOLOGIA DOMANDA	NO. ENTI BENEFICIARI	NO. STRUTTURE BENEFICIARIE	IMPORTO TEORICO	% ABBATTIMENTO	IMPORTO RICONOSCIUTO
PRIVATO	Didattica Universitaria	6	7	57.352.719,86	17,16%	47.512.990,95
	Ricerca	7	14	17.849.332,80		14.787.009,05#
TOTALE		13	21	75.202.052,66		62.300.000
PUBBLICO	Didattica Universitaria	10	14	143.186.158,40	9,33%	129.831.972,27##
	Ricerca	3	3	7.905.312,82		7.168.027,73
TOTALE		13*	17	151.091.471,22		137.000.000

* uno stesso Ente presenta due domande per due presidi diversi: una per la Didattica universitaria e l'altra per la Ricerca.

per un Ente, cui sono associate 8 strutture, l'importo riconosciuto di cui al Decreto di assegnazione prot. 2112 del 27/07/2020 è una somma, non suddivisa per struttura.

per un Ente, cui sono associate due strutture con codici struttura differenti, l'importo riconosciuto di cui al Decreto di assegnazione prot. 2091 del 27/07/2020 è una somma, non suddivisa per struttura.

Le percentuali di abbattimento indicate in tabella sono calcolate, separatamente per erogatori privati ed erogatori pubblici, rapportando la somma degli importi teorici ai limiti massimi fissati nella succitata DGR. Le somme di tutti gli importi riconosciuti risultano pertanto pari ai limiti fissati dalla DGR.

L'applicazione della percentuale di abbattimento per pubblici e privati fa sì che, in termini percentuali, rispetto alla somma degli importi teorici la somma degli importi riconosciuti risulta essere complessivamente inferiore dell'11,6% per la didattica e del 14,8% per la ricerca.

Stante la definizione di maggiorazione tariffaria come percentuale del valore della produzione per ricoveri ordinari di pazienti lombardi, è atteso che agli erogatori vengano riconosciuti importi di ammontare differente per la copertura dei maggiori oneri gravanti sull'attività assistenziale dovuti ad attività di didattica o ricerca. Gli indicatori individuati dalla DGR 350/2010 e s.m.i. dovrebbero quantificare tali maggiori oneri e, attraverso l'attribuzione di punteggi, riconoscere importi simili a strutture con carichi simili. Tuttavia, si osserva come, in particolare per la didattica, sebbene la maggior parte di tali indicatori sia espressa in termini assoluti, a parità di punteggio ottenuto gli importi riconosciuti agli erogatori non siano sempre comparabili, così come evidenziato nella tabella sottostante separatamente per attività di didattica o ricerca.

Tabella 39. Percentuali di maggiorazione e relativi importi riconosciuti ai beneficiari MT 2019, suddivisi per tipologia di domanda e ordinati per punteggio totale.

TIPOLOGIA DOMANDA	STRUTTURA ANONIMIZZATA	% MAGGIORAZIONE	TOT. PUNTEGGIO	IMPORTO RICONOSCIUTO
DIDATTICA UNIVERSITARIA	3_ASST_2	10%	5	497.732
	4_ASST_1	10%	6	486.070
	5_ASST_1	10%	7	876.074
	11_CC_1	10%	7	1.087.292
	5_ASST_2	10%	7	1.398.905
	15_IRCCS-PRIV_1	16%	8	1.144.804
	3_ASST_1	16%	8	1.540.900
	7_IRCCS-PRIV_1	16%	8	5.237.436
	1_CC_1	16%	9	805.469
	8_IRCCS-PRIV_2	16%	9	1.564.413
	25_ASST_1	16%	9	8.901.479
	14_IRCCS-PUB_1	16%	11	13.838.296
	3_ASST_3	24%	12	7.973.908
	2_ASST_1	24%	13	12.312.863
	9_IRCCS-PRIV_1	24%	13	14.712.010
	10_ASST_1	24%	13	16.185.859
	12_ASST_1	24%	13	19.490.260
	13_ASST_2	24%	13	23.428.450
	13_ASST_1			
	6_IRCCS-PUB_1	24%	14	22.901.176
8_IRCCS-PRIV_1	24%	14	22.961.567	
RICERCA	21_IRCCS-PRIV_1	6%	5	282.067
	23_IRCCS-PRIV_1	6%	6	270.634
	24_IRCCS-PRIV_5	6%	6	4.552.005
	24_IRCCS-PRIV_1			
	24_IRCCS-PRIV_2			
	24_IRCCS-PRIV_3			
	24_IRCCS-PRIV_4			
	24_IRCCS-PRIV_6			
	24_IRCCS-PRIV_7			
	24_IRCCS-PRIV_8			
	22_IRCCS-PUB_1	12%	7	507.839
	17_IRCCS-PRIV_1	12%	7	1.053.780
	16_IRCCS-PRIV_1	12%	8	2.328.974
	20_IRCCS-PUB_1	18%	9	1.750.523
	1_IRCCS-PRIV_1	18%	9	3.803.932
19_IRCCS-PUB_1	18%	11	4.909.666	
18_IRCCS-PRIV_1	18%	12	2.495.616	

In taluni casi, per esempio per le strutture con punteggio totale pari a 9 che beneficiano della maggiorazione per la didattica, il rapporto tra l'importo riconosciuto massimo e quello minimo risulta infatti essere di circa 10; per i due Enti con punteggio 6 che beneficiano della maggiorazione per la ricerca, invece, il rapporto tra importi risulta essere pari a circa 17⁴¹.

Ciò è ancor più evidente se si considerano le 9 strutture (tutte appartenenti alla didattica universitaria) cui vengono attribuiti gli stessi punteggi in tutti gli indicatori, dove lo scenario è illustrato nella seguente tabella:

Tabella 40. Dettaglio di punteggi e valore riconosciuto a strutture con i medesimi punteggi in tutti gli indicatori, ordinate per punteggio totale (n=9 strutture beneficiarie di MT per la didattica).

STRUTTURA ANONIMIZZATA	PUNTEGGIO ANNI DI CORSO	PUNTEGGIO NUMERO STUDENTI	PUNTEGGIO NUMERO ORE PER STUDENTE	PUNTEGGIO NUMERO DEL PERSONALE FORMALMENTE DEDICATO ALLA FORMAZIONE E AL TUTORAGGIO	PUNTEGGIO NUMERO DEI POSTI LETTO ATTIVI DESTINATI ALLE ATTIVITÀ DIDATTICHE	TOTALE PUNTEGGIO	VALORE RICONOSCIUTO LEGGE 7
15_IRCCS-PRIV_1	1	2	1	1	3	8	1,144,804
7_IRCCS-PRIV_1	1	2	1	1	3	8	5,237,436
2_ASST_1	3	3	2	3	2	13	12,312,863
9_IRCCS-PRIV_1	3	3	2	3	2	13	14,712,010
10_ASST_1	3	3	2	3	2	13	16,185,859
13_ASST_2	3	3	2	3	2	13	23,428,450
13_ASST_1	3	3	2	3	2	13	23,428,450 ²⁶
6_IRCCS-PUB_1	3	3	2	3	3	14	22,901,176
8_IRCCS-PRIV_1	3	3	2	3	3	14	22,961,567

*assegnati stessi punteggi della struttura 13_ASST_2 riportata alla riga sopra; l'importo è unico per le due strutture.

Ad eccezione delle due strutture con 14 punti totali, gli altri due gruppi presentano strutture con importi riconosciuti fino a quasi 5 volte superiori in un caso, quasi doppi nell'altro.

Tale possibile incoerenza riscontrabile tra punteggi attribuiti e importi riconosciuti potrebbe essere in parte dovuta proprio alla **definizione del sistema di calcolo dei contributi che, risultando agganciato al fatturato per ricoveri ordinari, fa sì che, a parità di punteggio, le strutture possano beneficiare di importi anche molto differenti.**

VERIFICA DELL'ESECUZIONE.

Stante il fatto che i dati trasmessi da DG Welfare presentano già i valori finanziati e che ACSS non dispone dei flussi necessari per la verifica di tali valori, ACSS dà per acquisite tali informazioni in ingresso, non verificabili, e ha provveduto alla verifica dell'esecuzione dell'algoritmo a partire da esse.

Poiché il procedimento di assegnazione della maggiorazione è composto da fasi in sequenza che si condizionano, le criticità riscontrate per questa fase sono la conseguenza diretta di quelle evidenziate per la determinazione della fascia di appartenenza.

Per completezza di informazione si riportano comunque le principali criticità riscontrate:

- attività di didattica:

- per un unico Ente viene conteggiato il valore finanziato di 2 strutture, cui viene applicata un'unica percentuale di maggiorazione⁴²;
- ai fini del calcolo del valore finanziato, per 5 strutture non vengono conteggiati un totale di 12 reparti che sono tuttavia presenti nel foglio *U.O. in Convenzione*;
- attività di ricerca:
 - vi è un solo Ente con più di un presidio IRCCS (8) in Lombardia (e altri presidi extra regione); per questo Ente, DG Welfare applica la percentuale di maggiorazione al valore finanziato ottenuto considerando tutti i presidi lombardi afferenti all'Ente (8)⁴³. Tuttavia, ACSS ha riscontrato che il Ministero della Salute, con proprio Decreto del 25/04/2020, a seguito di *site-visit* condotte nel corso del 2019, non ha confermato il riconoscimento del carattere scientifico per 2 degli 8 presidi conteggiati da DG Welfare nel calcolo del valore finanziato. Tale atto ministeriale, sebbene formalizzato nel 2020, fa seguito alla *nota prot. n. 4837 del 31 ottobre 2019 con la quale la Direzione generale della ricerca e dell'innovazione in Sanità del Ministero della salute ha comunicato [indicazione del destinatario] che avrebbe proceduto coerentemente con gli esiti dell'istruttoria alla conferma del carattere scientifico dell'IRCCS [...] ad eccezione di due sedi*. A tale nota sono seguite le controdeduzioni da parte dell'IRCCS, che il Ministero ha ritenuto di non accogliere, emanando il proprio Decreto in data 25/04/2020. Tale data risulta comunque antecedente i Decreti di assegnazione (27/07/2021). Stante il fatto che il valore finanziato fa riferimento all'annualità 2019, si ritiene che il mancato riconoscimento di IRCCS debba essere tenuto in considerazione ai fini del calcolo degli importi; tuttavia, l'eterogeneità dell'anno di riferimento degli indicatori (2 indicatori fanno riferimento al 2018, uno al 2019, e il quarto ha il numeratore che si riferisce al 2018 e il denominatore al 2019) alimenta ambiguità e incertezza a riguardo.

SUGGERIMENTI.

In continuità con quanto espresso nei capitoli precedenti, e considerato che non tutti gli Enti richiedenti multi-presidio hanno presidi IRCCS nella sola Lombardia, ACSS invita la competente struttura regionale a **esplicitare a che livello (Ente gestore/proprietario, presidio) debba essere calcolato il valore finanziato** cui applicare la percentuale di maggiorazione, in coerenza con quanto verrà stabilito circa il livello cui devono far riferimento gli indicatori e a cui viene attribuito il punteggio.

ACSS suggerisce di individuare la struttura quale elemento cardine dell'intero processo, definendo opportuni indicatori.

ACSS suggerisce di **valutare un'eventuale rimodulazione del sistema di calcolo degli importi spettanti basato sul valore della produzione** che possa risolvere l'incoerenza tra i punteggi

negli indicatori e l'ammontare degli importi spettanti, al fine di perseguire una maggior aderenza alle finalità dell'istituto e una maggiore trasparenza nell'allocazione delle risorse.

ACSS invita altresì la competente struttura regionale a esplicitare in opportuno atto le fasi del processo di calcolo degli importi spettanti e pubblicare tramite DGR, non tramite Decreti, gli esiti delle fasi dell'intero processo, a partire dalla presentazione delle istanze e fino all'elenco dei beneficiari con relativi importi riconosciuti.

PROPOSTA DI UN MODELLO PER LA DETERMINAZIONE DELLE FASCE

INDICATORI DIDATTICA

A seguito degli approfondimenti condotti e delle criticità emerse dall'analisi, ACSS ritiene opportuno suggerire modifiche sostanziali dell'intero impianto di attribuzione delle fasce⁴⁴ e, in un'ottica di collaborazione istituzionale, propone un set di indicatori che valorizzi il ruolo didattico dei reparti ospedalieri e che, di conseguenza, sia totalmente focalizzato sull'attività professionalizzante svolta presso i reparti convenzionati e sul ruolo del tutor ospedaliero.

Il set proposto, oltre che semplificare e rendere trasparente il processo, consentirebbe inoltre di eliminare tutte le ambiguità interpretative da cui nascono alcune delle criticità rilevate dall'analisi.

DESCRIZIONE

Il modello, partendo dalla finalità espressa dalla norma e dai criteri in essa indicati, persegue l'obiettivo di favorire una distribuzione delle risorse progressiva rispetto al carico di lavoro (e di conseguenza dei costi) aggiuntivi connessi all'attività di tutoring aziendale e nello stesso tempo si propone di essere premiante per le strutture che privilegino un limitato numero di studenti seguiti contemporaneamente da ciascun tutor ospedaliero.

Prima dell'illustrazione degli indicatori identificati si ritiene necessario fornire chiarimenti in merito alle parole chiave sulle quali, a parere di ACSS, debba ruotare la maggiorazione tariffaria; tra queste, in particolar modo, si vuole dare una definizione mirata all'applicazione dell'istituto di **attività professionalizzante** e **tutor ospedalieri**.

ATTIVITÀ PROFESSIONALIZZANTE

Il corso di laurea magistrale a ciclo unico prevede 360 CFU complessivi, articolati su sei anni di corso, di cui almeno **60 CFU** da acquisire in attività formative volte alla maturazione di specifiche capacità professionali; tali attività devono essere svolte presso reparti convenzionati con l'Ateneo secondo le modalità previste dal calendario didattico approvato dalla Facoltà per ogni anno di corso; dato che 1 CFU equivale a circa 25 ore, è previsto che nei 6 anni di corso lo studente frequenti con profitto reparti convenzionati per circa 1500 ore.

Poiché tale attività viene svolta prevalentemente nel triennio clinico (4,5,6 anno), l'atteso è che **per ogni anno l'attività di reparto di uno studente non possa superare di molto le 500 ore/anno.**

TUTOR OSPEDALIERO

Il tirocinio professionalizzante viene svolto sotto la supervisione di un docente tutore; i Tutor sono **identificati annualmente** dal Consiglio di Facoltà o dal Consiglio del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, su proposta del Docente di riferimento della materia, fra il personale di riconosciuta qualificazione nel settore formativo specifico.

Il tutor è affidatario di un gruppo di studenti per lo svolgimento delle attività didattiche "di reparto" e "di tirocinio professionalizzante" con lo specifico compito di:

- seguire lo studente nelle attività di tirocinio;
- verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti;
- registrare la frequenza dello studente.

In genere possono rivestire il ruolo di Tutor i Docenti ed i Ricercatori della disciplina, gli Specializzandi anziani, i medici ospedalieri afferenti al reparto, i cultori della materia. Ai fini della presente trattazione si ritiene, per coerenza con il dettato normativo, che l'attenzione debba essere posta sulla sola figura del **medico ospedaliero afferente al reparto di frequenza, che segue lo studente per l'intero tirocinio.**

POSTI LETTO MEDI GIORNALIERI EFFETTIVI

All'interno di una struttura, i reparti frequentati dagli studenti possono ospitare pazienti in quantità e di complessità differente. Tali pazienti sono alla base dell'attività professionalizzante che gli studenti svolgono sul campo.

Si definisce come posto letto medio giornaliero effettivo il rapporto tra la somma delle giornate di degenza annuali nei reparti che ospitano studenti per lo svolgimento dell'attività professionalizzante e 365.

STUDENTI

Gli studenti possono svolgere l'attività professionalizzante presso più poli ospedalieri afferenti a uno stesso polo didattico e/o presso più reparti di uno stesso polo ospedaliero.

Si definisce il numero di studenti frequentanti la struttura come la somma delle teste frequentanti i reparti; pertanto, se lo studente frequenta più reparti della stessa struttura, lo studente conterà tante volte quanti sono i reparti della struttura frequentati.

INDICATORI

NUMERO DI STUDENTI FTE

L'indicatore si propone di misurare l'effettiva quantità di attività professionalizzante svolta dagli studenti nell'anno in una data struttura, adattando il concetto di FTE alla frequenza attesa per l'anno di ciascun studente (500 ore). L'obiettivo dell'indicatore è fornire una misurazione quantitativa dell'impegno sostenuto dai reparti in termini di ore erogate.

Un indicatore così strutturato punta a contribuire in maniera progressiva all'impegno della struttura intesa come insieme di reparti convenzionati, a prescindere dalla dimensione organizzativa della struttura nel suo complesso.

Box 1. Definizione, fonte dati e punteggio per l'indicatore proposto Numero di studenti FTE.

DEFINIZIONE INDICATORE : Numero di studenti FTE che hanno frequentato i reparti della struttura nel corso dell'anno accademico oggetto di finanziamento.

Numero di studenti FTE per struttura = $\frac{\sum_{i=1}^n (\text{durata dell'attività professionalizzante})_i \times (\text{n}^\circ \text{ studenti frequentanti il reparto})_i}{500}$, con $i=1, \dots, n$ reparti convenzionati.

A ciascuna struttura viene associata la sommatoria degli FTE registrati in tutti i reparti convenzionati in cui viene svolta attività professionalizzante.

FONTE DATI: la fonte informativa di tale indicatore è l'Ateneo, che deve trasmettere una rendicontazione annuale delle ore di frequenza certificate per ciascun reparto della struttura convenzionata da redigersi su un format predisposto ed inviato dalla DG Welfare.

È inoltre necessario disporre di un'anagrafica aggiornata dei reparti convenzionati.

PUNTEGGIO: si ritiene che l'identificazione delle classi per l'assegnazione dei punteggi debba essere effettuata a partire dalla distribuzione complessiva degli FTE di struttura dei richiedenti.

Pertanto, il suggerimento è di identificare classi legati a percentili della distribuzione, come qui sotto illustrato:

Tabella 41. Classi e punteggi per l'indicatore proposto Numero di studenti FTE.

INDICATORE	CLASSE	PUNTEGGIO
Numero di studenti FTE	≤ 25° percentile	1
	> 25° e ≤ 50° percentile	2
	> 50° e ≤ 75° percentile	3
	> 75° percentile	4

NUMERO DI STUDENTI/TUTOR

L'indicatore trova fondamento sull'assunto che il numero di studenti affidati a ciascun tutor sia una delle variabili, anche se non la sola, espressiva della qualità dell'attività didattica e dello sforzo profuso dalla struttura ospitante la stessa.

In particolare, si ritiene che, quanto minore sia il numero di studenti assegnati a ciascun tutor, tanto maggiore sarà l'attenzione che il tutor può destinare ai propri discenti.

Box 2. Definizione, fonte dati e punteggio per l'indicatore proposto Numero di studenti/tutor.

DEFINIZIONE: numero medio di studenti assegnati a ciascun tutor ospedaliero di una struttura.

A partire dalle informazioni relative alla singola struttura, l'indicatore dovrebbe essere così costruito:

$$\text{Numero di studenti/tutor per struttura} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{N}^\circ \text{ studenti (feste) che hanno frequentato il reparto})_i}{\sum_{i=1}^n (\text{N}^\circ \text{ tutor ospedalieri impegnati nell'A.A.})_i}$$

con $i=1, \dots, n$ reparti convenzionati in cui gli studenti svolgono attività professionalizzante.

A ciascuna struttura viene associato un valore pari al N° di studenti assegnati in media a ciascun tutor ospedaliero. Il tutor può seguire studenti in più di un'attività professionalizzante nel corso dell'A.A.; in tal caso, ai fini del computo del denominatore dell'indicatore, il tutor verrà conteggiato tante volte quante il numero di attività professionalizzanti da esso condotte (1 volta se avrà condotto un'attività professionalizzante, 2 se ne avrà condotte due, etc.).

FONTE DATI: si ipotizza che, annualmente, gli Atenei trasmettano, certificandolo, l'elenco nominativo dei tutor ospedalieri impegnati nell'attività con l'indicazione del numero di ore di tutoraggio effettivamente erogate dal tutor e del numero di studenti affidati a ciascun tutor per ciascuna attività professionalizzante.

Sarebbe inoltre necessario disporre di un'anagrafica aggiornata dei reparti convenzionati.

PUNTEGGIO: si ritiene che l'identificazione delle classi per l'assegnazione dei punteggi debba essere effettuata a partire dalla distribuzione complessiva del numero di studenti/tutor di struttura.

pertanto, il suggerimento è di identificare classi legati a percentili della distribuzione, come qui sotto illustrato:

Tabella 42. Classi e punteggi per l'indicatore proposto Numero di studenti/tutor.

INDICATORE	CLASSE	PUNTEGGIO
Numero di studenti/tutor	≤ 25° percentile	4
	> 25° e ≤ 50° percentile	3
	> 50° e ≤ 75° percentile	2
	> 75° percentile	1

NUMERO DI POSTI LETTO MEDI GIORNALIERI EFFETTIVI

L'indicatore trova fondamento nell'assunto che il numero e la complessità dei pazienti su cui lo studente può svolgere la propria attività professionalizzante sia una delle variabili, anche se non la sola, espressiva della qualità della formazione sul campo di cui gli studenti possono beneficiare.

In particolare, si ritiene che, quanto maggiore sia il numero e/o la complessità dei pazienti ospitati nei reparti, tanto più completa possa essere la sua formazione pratica.

Pertanto, a partire dall'assunto che il numero di giorni di degenza sia proporzionale al numero di pazienti e/o alla loro complessità, un indicatore così strutturato punta a favorire quelle strutture che *potenzialmente* possono offrire agli studenti una formazione che si ritiene più completa perché svolta su un numero maggiore di pazienti e/o su pazienti complessi.

Box 3. Definizione, fonte dati e punteggio per l'indicatore proposto Numero di posti letto medi effettivi.

DEFINIZIONE: numero di posti letto medi giornalieri effettivi nei reparti in cui gli studenti svolgono l'attività professionalizzante.

A partire dalle informazioni relative alla singola struttura, l'indicatore dovrebbe essere così costruito:

$$\text{Numero di posti letto medi effettivi} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{N}^\circ \text{ di giornate di degenza annuali nel reparto})_i}{365},$$

con $i=1, \dots, n$ reparti convenzionati in cui gli studenti svolgono attività professionalizzante.

A ciascuna struttura verrebbe associato un valore pari al N° di posti letto medi giornalieri effettivi sulla base delle giornate di degenza annuali nei reparti in cui gli studenti svolgono attività professionalizzante.

FONTE DATI: la fonte informativa di tale indicatore è l'Ateneo, che deve trasmettere annualmente un elenco dei reparti con frequenza certificata da parte di studenti per lo svolgimento di attività professionalizzante.

È inoltre necessario disporre del numero di giorni di degenza annuali per reparto (da flusso SDO) e di un'anagrafica aggiornata dei reparti convenzionati.

PUNTEGGIO: si ritiene che l'identificazione delle classi per l'assegnazione dei punteggi debba essere effettuata a partire dalla distribuzione complessiva dei posti letto medi giornalieri effettivi di struttura.

Pertanto, il suggerimento è di identificare classi legati a percentili della distribuzione, come qui sotto illustrato:

Tabella 43. Classi e punteggi per l'indicatore proposto Numero posti letto medi effettivi.

INDICATORE	CLASSE	PUNTEGGIO
Numero di posti letto medi effettivi	≤ 25° percentile	1
	> 25° e ≤ 50° percentile	2
	> 50° e ≤ 75° percentile	3
	> 75° percentile	4

NUMERO DI STUDENTI

L'indicatore si propone di misurare l'effettiva presenza degli studenti nell'anno nei reparti di una struttura. L'obiettivo dell'indicatore è fornire una misurazione quantitativa dell'impegno sostenuto dai reparti in termini di studenti seguiti.

Un indicatore così strutturato punta a premiare strutture che nei reparti ospitano un numero maggiore di studenti (teste), anche a parità di studenti FTE.

In particolare, si ritiene che, quanto maggiore sia il numero di studenti (teste) in reparto, tanto maggiore sarà lo sforzo profuso dal reparto nell'attività di formazione degli studenti.

Box 4. Definizione, fonte dati e punteggio per l'indicatore proposto Numero di studenti.

DEFINIZIONE: somma del numero di studenti (teste) che hanno frequentato reparti della struttura nel corso dell'anno accademico oggetto di finanziamento.

Numero di studenti =

$\sum_{i=1}^n$ (N° di studenti (teste) che svolgono attività professionalizzante presso il reparto)_i,

con $i=1, \dots, n$ reparti convenzionati in cui gli studenti svolgono attività professionalizzante.

A ciascuna struttura viene associata la sommatoria degli studenti (teste) con frequenza certificata di reparti convenzionati.

FONTE DATI: la fonte informativa di tale indicatore è l'Ateneo che, per ogni reparto della struttura con esso convenzionata, deve trasmettere annualmente uno schema riassuntivo del numero di studenti (teste) che hanno frequentato il reparto per attività professionalizzante.

Inoltre, è necessario disporre di un'anagrafica aggiornata dei reparti convenzionati.

PUNTEGGIO: si ritiene che l'identificazione delle classi per l'assegnazione dei punteggi debba essere effettuata a partire dalla distribuzione complessiva del numero di studenti delle strutture richiedenti.

Pertanto, il suggerimento è di identificare classi legati a percentili della distribuzione, come qui sotto illustrato:

Tabella 44. Classi e punteggi per l'indicatore proposto Numero studenti.

INDICATORE	CLASSE	PUNTEGGIO
Numero studenti	≤ 25° percentile	1
	> 25° e ≤ 50° percentile	2
	> 50° e ≤ 75° percentile	3
	> 75° percentile	4

FONTI INFORMATIVE PER LA COSTRUZIONE DEGLI INDICATORI

Confermando quanto già ad oggi in essere, e cioè il ruolo centrale degli Atenei come punto di coordinamento dell'attività professionalizzante, si ritiene che la maggior parte delle informazioni necessarie alle attribuzioni debbano essere fornite e certificate dall'Ateneo di riferimento.

Al fine di promuovere una raccolta dati di maggiore dettaglio, si propone il format qui di seguito specificato.

Al format è affiancata l'indicazione del numero di giornate di degenza (non richiesta agli Atenei, bensì ricavata dal flusso SDO) ai soli fini esemplificativi.

Il format deve essere compilato per tutor ospedaliero e deve comprendere tutte le attività professionalizzanti da esso svolte. Si avranno dunque tante righe compilate quante sono le attività professionalizzanti svolte da tutti i tutor.

Tabella 45. Proposta di format per la rilevazione degli indicatori proposti.

STRUTTURA	REPARTO (COD. SDO)	DIVIS. (COD. SDO)	TUTOR	ATTIVITA' PROFESSIONALIZZANTE	DURATA ATT. PROF. ⁴⁵	STUDENTI AFFIDATI AL TUTOR	GIORNATE DI DEGENZA
A (030xxx)	26	01	A	MEDICINA GENERALE	30	25	1000
	29	01	B	NEFROLOGIA	250	3	4000
B (030yyy)	64	01	C	ONCOLOGIA	50	30	2000
	37	01	D	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	50	15	2100
	37	01	E	OSTETROICIA E GINECOLOGIA	50	15	1500
	36	01	F	ORTOPEDIA	25	20	500
	36	02	G	ORTOPEDIA	25	20	1000

INDICATORI RICERCA

Il comma 1 dell'art. 29 della L.R. 33/2009 prevede, alla lettera a), che il protocollo generale d'intesa tra la Regione e le Università lombarde sedi di facoltà di medicina e chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, didattica, formative e di ricerca debba stabilire **i parametri per l'individuazione e la valutazione delle attività assistenziali integrate con le funzioni di didattica e di ricerca**, tenuto conto della produzione scientifica, della complessità e numerosità dei casi trattati, della presenza di tecnologie innovative e dell'impatto della ricerca traslazionale.

Tale disposto, la cui declinazione è in corso di definizione da parte del Comitato di Indirizzo e del relativo Gruppo di lavoro (DGR 2672/2019), parrebbe prevedere l'opportunità di individuazione di indicatori per la ricerca svincolati da quelli ministeriali e maggiormente legati al maggior carico sulle attività assistenziali dell'attività di sperimentazione.

In considerazione di ciò, ACSS ha deciso di procedere fornendo spunti per un miglioramento dell'attuale impianto (cfr. Osservazioni sugli indicatori per la ricerca), senza addivenire a una proposta compiuta di indicatori.

CONCLUSIONI

Dall'analisi condotta, di cui si è dato merito nel testo, è emersa la necessità cogente, già ribadita nelle precedenti relazioni, di semplificare il processo di attribuzione delle risorse allocate dall'istituto, renderlo trasparente e tracciabile e soprattutto maggiormente focalizzato sulla finalità espressa dalla norma.

Al fine di fornire un quadro generale delle criticità emerse e descritte in dettaglio nei capitoli precedenti, si propone nel seguito un quadro sinottico delle osservazioni principali e dei suggerimenti per il superamento delle criticità stesse.

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

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

FASE DI RIFERIMENTO	OSSERVAZIONI	SUGGERIMENTO	LIVELLO DECISIONALE
STRUTTURAZIONE DELL'ISTITUTO	L'Art. 27 bis, comma 6, della L.R. 33/2009 e s.m.i. identifica l'istituto come alternativo alle Funzioni non Tariffate (FNT) della didattica universitaria e di ampiezza del case mix. Regione Lombardia, con DGR 2014/2019, recependo le indicazioni fornite da ACSS, ha espunto dal novero delle FNT alcune funzioni, tra cui quella della didattica universitaria. Si evidenzia, tuttavia, come tutt'ora non sia stato aggiornato il testo di legge che disciplina l'istituto delle maggiorazioni tariffate.	Aggiornare il testo di legge che disciplina l'istituto delle maggiorazioni tariffarie.	LIVELLO ISTITUZIONALE
NATURA ED ENTITÀ DELLO STANZIAMENTO ANNUALE	L'istituto finanzia con uno stanziamento unico due distinte fattispecie di attività. Il fatto che in sede di definizione dello stanziamento sia determinato un importo complessivo, distinto tra pubblico e privato, e non uno stanziato per tipo di attività, comporta incertezza sull'entità del finanziamento realmente destinato a ciascuna area di attività (didattica/ricerca).	Si suggerisce di definire, in sede di programmazione annuale, uno stanziamento distinto fra didattica e ricerca.	LIVELLO ESECUTIVO
DEFINIZIONE DEL PROCESSO	Il processo di definizione e attribuzione delle maggiorazioni non risulta formalmente descritto in alcun atto normativo.	Ai fini di trasparenza, esplicitare e dettagliare le singole fasi dell'iter di riconoscimento delle maggiorazioni tariffarie in opportuno atto, semplificandolo quanto più possibile.	LIVELLO ESECUTIVO
MAGGIORAZIONI TARIFFARIE E FUNZIONI NON TARIFFATE	Dall'analisi condotta emerge un'evidente sovrapposizione tra l'istituto della Maggiorazioni Tariffarie per la ricerca e la Funzione Non Tariffata di	Si suggerisce che la fattispecie (contributo ai maggiori costi operativi connessi all'attività di ricerca) sia finanziata a	LIVELLO ISTITUZIONALE/ ESECUTIVO

FASE DI RIFERIMENTO	OSSERVAZIONI	SUGGERIMENTO	LIVELLO DECISIONALE
	<p>Ricerca corrente. Entrambe gli istituti, utilizzando come indicatori quegli stessi indicatori utilizzati dal Ministero della Salute per il finanziamento della ricerca corrente, vanno a finanziare i medesimi progetti già finanziati dal Ministero stesso.</p> <p>Stante il fatto che tali finanziamenti sono integrativi, una siffatta attribuzione di risorse, finanziando in maniera sovrabbondante le medesime linee di ricerca, allontana il contributo economico dalla finalità dell'istituto.</p>	<p>livello regionale da un unico istituto, preferibilmente le maggiorazioni tariffarie. Si ritiene altresì auspicabile che le risorse siano finalizzate a progetti di ricerca promossi a livello regionale o comunque distinti dai progetti finanziati con la ricerca corrente. Laddove persistesse la scelta di utilizzare due distinti istituti, si raccomanda di finalizzare i contributi a linee di ricerca differenziate.</p>	
<p>SISTEMA DI DEFINIZIONE DEGLI IMPORTI SPETTANTI</p>	<p>L'entità del contributo viene determinato applicando una percentuale (che cresce al crescere del punteggio assunto dagli indicatori) al fatturato di ricovero. Ciò comporta che alcuni erogatori con un ampio fatturato di base ricevano un finanziamento più consistente rispetto ad altri che si sono maggiormente impegnati nell'attività di didattica/ricerca.</p>	<p>Si suggerisce di valutare un sistema di definizione degli importi spettanti costruito su importi assoluti crescenti al crescere dell'impegno profuso, che garantisca una miglior corrispondenza tra punteggi ottenuti ed importi riconosciuti.</p>	<p>LIVELLO ISTITUZIONALE</p>
<p>BENEFICIARI</p>	<p>La norma identifica come beneficiari le strutture convenzionate con Poli universitari per il corso di laurea in medicina e gli IRCCS. Stante la finalità del finanziamento, appare logico che il "beneficiario" sia il presidio ospedaliero, che ospita rispettivamente studenti di medicina o trial clinici.</p> <p>L'analisi ha tuttavia evidenziato, in alcuni casi, che tale principio</p>	<p>Al fine di garantire maggiore uniformità nell'assegnazione dei punteggi e dunque delle fasce di maggiorazione, chiarire se la richiesta di dati e l'attribuzione dei punteggi sia a livello di Ente o di presidio.</p> <p>Effettuare, per i beneficiari della ricerca, le opportune verifiche in merito al riconoscimento ministeriale</p>	<p>LIVELLO ISTITUZIONALE/ ESECUTIVO</p>

FASE DI RIFERIMENTO	OSSERVAZIONI	SUGGERIMENTO	LIVELLO DECISIONALE
	non è sempre rispettato con la conseguenza che in alcuni casi il finanziamento è attribuito alla singola struttura ed in altri all'ente (inteso come somma di presidi).	di IRCCS per l'anno oggetto di finanziamento <u>prima</u> di procedere alla determinazione delle quote spettanti.	
DECRETO DI ASSEGNAZIONE IMPORTI SPETTANTI	La conclusione dell'iter di definizione degli importi è determinata da un decreto dirigenziale indirizzato ad erogatori ed ATS con le disposizioni finanziarie, atto tecnico e non sottoposto ad obblighi di pubblicità.	In ottica di una maggiore trasparenza, valutare l'emanazione di un formale atto di Giunta che rappresenti gli esiti e gli elementi essenziali dei vari passaggi effettuati.	LIVELLO ESECUTIVO
DEFINIZIONE ED EROGAZIONE ACCONTI	L'iter attuale prevede che l'avvio dell'erogazione degli acconti avvenga con un anno di anticipo rispetto della manifestazione di interesse dei potenziali beneficiari e prima che venga certificato il possesso dei requisiti di accesso all'istituto (richiesti l'anno successivo a quello di competenza). Ciò può comportare che si debba provvedere, alla fine dell'iter di determinazione, al recupero parziale o totale delle somme erogate.	Anticipare a inizio d'anno di competenza i termini di presentazione dell'istanza e subordinare l'erogazione degli acconti all'esito delle verifiche preliminari condotte da ATS.	LIVELLO ESECUTIVO
AVVIO DEL PROCESSO	L'avvio del procedimento non ha avuto <u>l'universalità informativa</u> che, a parere di ACSS, un istituto caratterizzato da volontarietà dovrebbe avere; in particolare, la nota regionale con la quale si dà notizia dell'avvio della procedura è stata inviata a un numero ridotto di potenziali beneficiari (quelli che avevano beneficiato del finanziamento	In ottica di maggiore trasparenza del processo si ritiene che tale informativa debba essere estesa a tutti i potenziali beneficiari.	LIVELLO OPERATIVO

FASE DI RIFERIMENTO	OSSERVAZIONI	SUGGERIMENTO	LIVELLO DECISIONALE
	per le annualità precedenti), tralasciando quindi l'informativa a eventuali nuovi potenziali beneficiari.		
TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE	La DGR 1153/2019 introduce la perentorietà del termine del 28/02 di presentazione dell'istanza, prevedendo altresì che non sarebbero state considerate istanze pervenute successivamente a tale data.	Alla luce degli approfondimenti condotti e nell'ottica della perentorietà introdotta, si suggerisce di valutare in maniera opportuna le date di trasmissione delle istanze dagli Enti interessati. Qualora inoltre si ritenga che l'istanza possa essere presentata anche con ampio anticipo, si suggerisce di esplicitarlo in un atto formale.	LIVELLO OPERATIVO
REQUISITI DI ACCESSO ALL'ISTITUTO: RAZIONALIZZAZIONE COSTI	La traduzione in regola del criterio sulla razionalizzazione dei costi indicato dalla norma non è mai stata aggiornata dal 2010, con la conseguenza che gli obiettivi individuati dall'atto di Giunta possono in alcuni casi risultare obsoleti o non allineati con la programmazione sanitaria nazionale e regionale.	Prevedere un sistema di regole di accesso più focalizzate sulla programmazione regionale e flessibile negli anni.	LIVELLO ESECUTIVO
DEFINIZIONE INDICATORI	Gli indicatori devono traslare in maniera misurabile i criteri espressi dall'articolo di legge, e devono singolarmente e nel loro complesso essere espressivi dei maggiori costi legati alla attività oggetto di finanziamento (attività professionalizzante per la didattica e trial clinici per la ricerca). Le analisi condotte sui singoli indicatori (per il cui dettaglio si rimanda ai capitoli specifici)	Si suggerisce una revisione e/o semplificazione del set indicatori in ottica di maggiore focalizzazione al dettato normativo e di salvaguardia da possibili interpretazioni soggettive.	LIVELLO ESECUTIVO

FASE DI RIFERIMENTO	OSSERVAZIONI	SUGGERIMENTO	LIVELLO DECISIONALE
	<p>hanno tuttavia rilevato che la definizione degli stessi appare non adeguatamente motivata e strutturazione di alcuni di essi sia tale da risultare premiante per le organizzazioni più complesse, a prescindere dall'effettivo carico di lavoro aggiuntivo connesso alla presenza di studenti o trial clinici.</p> <p>Ciò, in taluni casi, allontana il contributo dalla finalità espressa dalla norma.</p>		
<p>DETERMINAZIONE FASCIA: FONTE DATI</p>	<p>Per la costruzione degli indicatori, le fonti dati utilizzate sono i flussi regionali e i dati direttamente forniti dai potenziali beneficiari o, nel caso della didattica, dagli Atenei di riferimento.</p> <p>In riferimento a questa fattispecie si è tuttavia rilevato che la raccolta avviene attraverso l'utilizzo un format insufficiente a raccogliere le informazioni di dettaglio necessarie ad evitare interpretazioni "soggettive" del dato.</p>	<p>Valutare la modifica del format di rilevazione dati affinché rilevi dati grezzi di maggior dettaglio.</p> <p>Inviare, in accompagnamento al format da compilare, indicazioni per la compilazione più chiare, esplicative, aggiornate e coerenti con le ultime disposizioni normative.</p>	<p>LIVELLO OPERATIVO</p>

GLOSSARIO

Ente gestore. L'ente proprietario delle strutture che ad esso afferiscono. Nel file trasmesso da DG Welfare esso assume la denominazione di *X_BUDGET* ed è indicato con una stringa (per es.: ISTITUTI CLINICI SCIENTIFICI MAUGERI SPA SB).

Sedi di didattica frontale. Con tale espressione si fa riferimento a strutture, convenzionate con Atenei/Poli, che ospitano lezioni o didattica non formale presso i propri spazi, e non sono quindi individuate unicamente per lo svolgimento di attività professionalizzanti nei reparti convenzionati.

Strutture/presidi. Termini utilizzati come sinonimi per riferirsi a quelle unità indicate da codice SDO a 6 cifre (per es.: 030901), le cui prime 3 (030) fanno riferimento alla Regione Lombardia. Possono constare di due o più sub-strutture/sub-presidi, indicati con ulteriori due cifre poste al termine della stringa (es.: 03090101, 03090102). Qualora presenti sub-presidi, gli indicatori vengono calcolati per presidio, sommando i dati dei singoli sub-presidi.

Tipo Ente. La descrizione del tipo di Ente proposta è basata sulla classificazione riportata nei flussi regionali (ASST, Casa di cura accreditata a contratto, IRCCS pubblico, IRCCS privato).

NOTE

¹ Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale per l'esercizio 2019 – secondo provvedimento 2019 - (di concerto con l'assessore Caparini.).

² Nota prot. G1.2020.0027500 del 27/07/2020.

³ Nota prot. acssl.2020.000.2130 del 29/07/2020.

⁴ DG Welfare ha proceduto a un primo parziale invio di dati il 28/08/2020 (nota prot. G1.2020.0030033), riservandosi di completare la trasmissione dei dati mancanti; in data 05/10/2020 è stato effettuato un secondo invio, cui è seguita in data 07/10/2020 un'ulteriore integrazione di documentazione, contenente, fra l'altro, gli algoritmi di calcolo precedentemente non inviati, e che costituiscono elemento imprescindibile all'espletamento del mandato conferito ad ACSS dalla norma; infine, in data 20/10/2020 è stata effettuata un'ultima trasmissione.

⁵ parr. *Introduzione alle Maggiorazioni Tariffarie, Analisi trend 2013-2019, Il processo di attribuzione delle maggiorazioni.*

⁶ parr. *Presentazione delle istanze, Verifica della documentazione allegata all'istanza, Determinazione della fascia di appartenenza, Calcolo degli importi spettanti (teorico e riconosciuto)*

⁷ **le Regioni possono esercitare le proprie competenze legislative** [...] nel rispetto dei principi fondamentali posto dalle leggi dello Stato, così come asserito nella sentenza Corte costituzionale n. 329, 27 ottobre – 4 novembre 2003 (GU n. 45 del 12-11-2003).

⁸ oggi **art. 27 bis della L.R. 33/2009**: *Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - poli universitari)*

⁹ Così come modificato dalla L.R. 33/2017.

¹⁰ Art. 27 bis, comma 6: *"Il riconoscimento della maggiorazione sulle tariffe preclude il riconoscimento degli eventuali contributi economici ricevuti, di cui all'articolo 27 quater, nonché delle funzioni di didattica universitaria, di ampiezza del case mix e di integrazione tariffaria per percentuale di pazienti extraregionali superiore alla media regionale."*

¹¹ Il valore finanziato viene individuato tenendo conto dei ricoveri ordinari dei residenti in Lombardia, con esclusioni delle produzioni rese in day hospital o day surgery nonché delle mobilità interregionali (cfr. par. *Calcolo degli importi spettanti (teorico e riconosciuto)*). A questo proposito si richiama L'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria del 31 marzo 2020 (atto rep. 20/54/CR/7b/C7), che riporta quanto segue (p. 96):

"Alle Aziende miste viene riconosciuto dal 1° gennaio 2004 un incremento tariffario del 7% per i maggiori costi assistenziali determinati dalle attività di didattica e ricerca".

¹² Per la didattica, tali criteri sono elencati al comma 2:

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

¹³ Per la ricerca, i criteri sono elencati al comma 3:

- a) numero del personale addetto alle attività di ricerca per posto letto;
- b) numero di progetti di ricerca in corso di svolgimento presso la struttura;
- c) impact factor standardizzato della struttura.

¹⁴ a) *rispettare gli standard definiti dalla Giunta regionale in ordine all'instaurazione, in via prioritaria e prevalente, di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con i medici e con il personale infermieristico;*

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

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

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

¹⁶ Un medesimo Ente viene conteggiato due volte, una volta come Casa di Cura e una seconda volta come IRCCS – Privato, poiché annovera due strutture di tipologia diversa che beneficiano rispettivamente l'una della maggiorazione per la didattica, l'altra della maggiorazione per la ricerca.

¹⁷ Det. N. 6 / 2018 "Relazione sulle maggiorazioni tariffarie ex art.25 bis L.R. 7/2010".

¹⁸ *"rispettare gli standard definiti dalla Giunta regionale in ordine all'instaurazione, in via prioritaria e prevalente, di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con i medici e con il personale infermieristico"*.

¹⁹ DGR 2946/2012 "Precisazioni in ordine alla DGR n. IX/2633 del 06 dicembre 2011 "determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2012".

²⁰ DGR 1986/2019 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'esercizio 2019 – secondo provvedimento 2019 - (di concerto con l'assessore Caparini)".

²¹ *"presentare il consolidamento dei bilanci con evidenziazione dei conti economici relativi all'attività sanitaria; verifica dei modelli di bilancio presentati dagli enti e del contenuto dell'istanza per le sezioni corrispondenti."*

²² DGR 1153/2019 "Determinazioni in ordine all'applicazione della D.G.R. IX/350 del 28 luglio 2010".

²³ *perseguire la razionalizzazione dei costi dell'organizzazione delle attività e conseguentemente delle prestazioni erogate nei piani strategici triennali per gli IRCCS di diritto pubblico e per le strutture di ricovero e cura pubbliche convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, o in appositi documenti programmatici a valenza triennale per gli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto e per le strutture*

di ricovero e cura private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia."

²⁴ DGR 1986/2019 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'esercizio 2019 – secondo provvedimento 2019 - (di concerto con l'assessore Caparini)".

²⁵ Poiché gli indicatori sono 5 nessuna struttura può essere collocata nella fascia A.

²⁶ A due strutture (13_ASST_1 e 13_ASST_2) viene assegnato lo stesso valore per l'indicatore, e conseguentemente lo stesso punteggio, poiché verosimilmente l'attribuzione del punteggio è avvenuta sulla scorta dei dati di entrambe le strutture.

²⁷ se la struttura ospita l'anno indicato; altrimenti non viene riportato alcun valore.

²⁸ <http://www-med.unipv.it/wp-content/uploads/2019/10/Regolamento-Tirocinio-.pdf> [ultima consultazione: 25/01/2021].

²⁹ https://www.unibs.it/sites/default/files/ricerca/allegati/Linee%20Guida_Tirocini_AFP_AA2018.pdf [ultima consultazione: 25/01/2021].

³⁰ <https://www.unibs.it/sites/default/files/ricerca/allegati/Regolamento%20didattico%20Coorte%202018-19.pdf> [ultima consultazione: 26/02/2021].

³¹ <https://www.univr.it/attachments/-Laurea-Magistrale-in-Medicina-e-Chirurgia-Regolamento-didattico-2018-2019/a3d22cdb-78fe-45e6-ae67-a1bae71f16b5/20c986cc-ef6d-4ffa-baab-73e036b9f7b5.pdf> [ultima consultazione: 26/02/2021]. Analogo contenuto è stato reperito per il Corso di Laurea in lingua inglese (International MD Program), disponibile qui: <https://www.univr.it/attachments/Corso-di-Laurea-Magistrale-International-MD-Program-Regolamento-didattico-A.A.-2018-2019/a3d22cdb-78fe-45e6-ae67-a1bae71f16b5/fcbf4532-9658-4511-b990-b4d88a863f87.pdf> [ultima consultazione: 26/02/2021].

³² <https://www.unimi.it/sites/default/files/2020-01/D51-LM-41%20Medicina%20e%20Chirurgia%20Polo%20Centrale.pdf> [ultima consultazione: 26/02/2020].

³³ Decreto ministeriale 16 marzo 2007.

³⁴ Sono possibili scostamenti dal valore di 500, che rappresenta una media, dovuti al fatto che un Ateneo possa prevedere più di 60 CFU di attività professionalizzante o che tali attività non siano equamente suddivise nei 3 anni. Essendo la rilevazione trasversale (nell'A.A. 2018/2019 vi sono studenti che si immatricolano al primo anno, per cui valgono Regolamento e Piano di Studi di quell'A.A.; studenti al secondo anno che si sono immatricolati nell'A.A. 2017/2018, con relativo Regolamento e Piano di Studi, etc.), vi potrebbero infine essere cambiamenti nel Piano di Studi al variare dell'Anno Accademico.

³⁵ La terza fascia inserita con la d.g.r. 1185/2013 è da intendersi, a far data dall'esercizio 2019, revocata. [...]"

³⁶ La DGR 1185/2013 ha previsto che l'attribuzione dei punteggi fosse effettuata sulla base dei percentili calcolati sui dati dell'anno di riferimento, non più sui percentili indicati dalla DGR 350/2010, che facevano riferimento ai dati del 2010.

³⁷ Suddiviso in base alle note tipologie: di ruolo – a contratto – borse di studio – subcontratti e altre tipologie.

³⁸ <https://www.sba.unifi.it/upload/biomedica/IF%20normalizzato.pdf> [ultima consultazione: 09/02/2021].

³⁹ In base all'ultima DGR interpretativa (DGR 1153/2019), la fase della Regressione tariffaria per Facoltà non ha più luogo a valere dall'anno 2019.

⁴⁰ Come dettagliato nell'audit: "L'azione dei NOC applica un abbattimento differente per singola SDO; la somma di tali abbattimenti a livello di struttura, rapportata al valore della produzione, costituisce la percentuale di abbattimento NOC della struttura."

⁴¹ Un ragionamento analogo, con cifre leggermente differenti, può essere fatto considerando gli importi teorici, anziché quelli riconosciuti.

⁴² Tale percentuale di maggiorazione parrebbe calcolata: per un indicatore sulla base della somma dei valori per le singole strutture; per gli altri 4 indicatori presumibilmente in modo analogo (l'Ateneo riporta i valori sulla riga di una sola struttura, ma – sulla base della ricognizione effettuata indipendentemente da ACSS – tali valori sembrerebbero essere la somma di due presidi con codici struttura differenti).

⁴³ Nei propri fogli di calcolo, DG Welfare riporta, analogamente a quanto avviene per gli altri Enti, un solo presidio di riferimento, mentre nel foglio contenente l'estrazione SDO vengono riportati tutti gli 8 presidi che vengono considerati per il calcolo dell'importo spettante.

⁴⁴ Cfr. par. Osservazioni sugli indicatori.

⁴⁵ Dovrebbe corrispondere al no. di ore di impegno effettivo del tutor.