

DELIBERAZIONE N. 11 seduta del 8 novembre 2021

ORGANISMO REGIONALE PER LE ATTIVITA' DI CONTROLLO - ORAC

Sono presenti, in collegamento video, i seguenti componenti dell'Organismo:

- | | | |
|-----------------------|---|---|
| Giovanni Canzio | - | Presidente |
| Alessandro Bernasconi | - | Componente |
| Stefano Bignamini | - | Componente |
| Marcello Crivellini | - | Componente |
| Umberto Fantigrossi | - | Componente |
| Mario Forchetti | - | Componente |
| Saveria Morello | - | Componente |
| Simona Piazza | - | Componente |
| Arturo Soprano | - | Componente |
| Enrico Gasparini | - | Componente dirigente della Struttura Audit |
| Emanuele Prospero | - | Componente dirigente della struttura Affari Europei, persone giuridiche private e controllo successivo degli atti |

Segretario della seduta: Simona Piazza

OGGETTO: Approvazione del documento "ORAC- Piano delle Attività 2021 – Punto 7 - Il sistema sanitario lombardo" relativo allo sviluppo dell'obiettivo 7 del Piano delle Attività 2021 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo.

L'atto si compone di n. 23 pagine di cui n. 21 pagine allegate quale parte integrante

UDITO il componente che ha presentato, a conclusione di un articolato lavoro di approfondimento tecnico, il documento “*ORAC- Piano delle Attività 2021 – Punto 7 - Il sistema sanitario lombardo*” relativo allo sviluppo dell’obiettivo 7 del Piano annuale delle Attività dell’Organismo;

DATO ATTO che non partecipano alla discussione e alla votazione del documento i componenti Enrico Gasparini e Emanuele Prosperini;

VISTA la Legge Regionale 28 settembre 2018, n. 13 “Istituzione dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo” e successive modifiche integrazioni;

RILEVATO che si astengono dalla votazione i componenti Mario Forchetti e Stefano Bignamini;

DATO ATTO che i componenti dr. Alessandro Bernasconi e dr. Arturo Soprano hanno espresso voto contrario alla approvazione del documento;

con il voto favorevole della maggioranza dei componenti, l’Organismo Regionale per le Attività di Controllo

DELIBERA

1. di approvare il documento “*ORAC- Piano delle Attività 2021 – Punto 7 - Il sistema sanitario lombardo*” allegato, quale parte integrante, al presente atto;
2. di demandare al Presidente dell’Organismo la trasmissione del documento approvato al Presidente del Consiglio Regionale ed al Presidente della Giunta Regionale;
3. di pubblicare la presente deliberazione e il relativo allegato, con le modalità di legge e regolamento, sul sito istituzionale e di conservarli agli atti.

Il Segretario

Simona Piazza

Il Presidente

Giovanni Canzio

ORAC- Piano di Attività 2021

Punto 7 – Il sistema sanitario lombardo

- 1. Il sistema sanitario della Lombardia nell'ambito italiano**
- 2. Evoluzione del sistema sanitario lombardo: le riforme del 1997 e del 2015**
- 3. Le raccomandazioni di ORAC sul finanziamento delle aziende sanitarie (Delibera n. 14 del 14 dicembre 2020)**
- 4. Lo *stress test* rappresentato dalla pandemia**
- 5. La proposta di riforma del 2021 all'esame del Consiglio regionale**
- 6. Riflessioni sul nuovo assetto del sistema e sui meccanismi di controllo e di governo**
- 7. Considerazioni conclusive**

1. Il sistema sanitario della Lombardia nell'ambito italiano

Ogni valutazione di prospettiva sull'evoluzione attesa e possibile del sistema sanitario lombardo deve prendere le mosse dall'evidenziazione dei traguardi raggiunti e generalmente condivisi (secondo i principali sistemi di valutazione dei sistemi sanitari regionali), quali:

- 1) l'attrazione di centinaia di migliaia di utenti da altre parti del territorio nazionale
- 2) il costante equilibrio finanziario complessivo del sistema
- 3) l'esecuzione dei pagamenti ai fornitori in tempi ragionevoli e addirittura anticipati rispetto alle prescrizioni di legge
- 4) la presenza di strutture ospedaliere di indubbia qualità, con nove strutture ai primi 14 posti di una classifica di 108 ospedali italiani (Newsweek, World's Best Hospitals 2021)
- 5) il permanente inserimento da parte del Ministero nell'elenco delle cinque Regioni eleggibili ai fini della determinazione delle 3 Regioni in base alle quali definire i costi standard e il benchmark a livello statale, che ne evidenzia sia l'adeguatezza e l'efficienza che l'appropriatezza economica.

Relativamente alla posizione del sistema sanitario lombardo nell'ambito italiano la **Tabella 1** mostra, per gli anni disponibili, gli esiti dei principali metodi di valutazione (LEA, nuovi LEA, Meridiano Sanità Regional Index, Performance CREA, Sistema Bersaglio).

Tab. 1 - Posizione della Lombardia nella valutazione dei sistemi sanitari regionali italiani

Posizione della Lombardia nella valutazione dei sistemi sanitari regionali italiani

Sistema di valutazione	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
LEA <i>Ministero Salute</i>	(1) 5 ^a	6 ^a ex equo	5 ^a	5 ^a	6 ^a	5 ^a	5 ^a		
Nuovo sistema LEA <i>Ministero Salute</i>	(2)				7 ^a	7 ^a	6 ^a		
Meridiano Sanità Regional Index (3) <i>The European House-Ambrosetti</i>				2 ^a	2 ^a	salute: 5 ^a mant.: 4 ^a	salute: 3 ^a mant.: 3 ^a	salute: 4 ^a mant.: 2 ^a	salute: 7 ^a mant.: 7 ^a
Performance CREA <i>Università Roma</i>	(4)	5 ^a		9 ^a	7 ^a	2 ^a	4 ^a	4 ^a	9 ^a
Sistema Bersaglio <i>Scuola Superiore S. Anna Pisa</i>	(5)				9 ^a	6 ^a	3 ^a		

Fonti:

(1) Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 6 "Monitoraggio dei LEA attraverso la c.d. Griglia LEA", luglio 2020

(2) Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 6 "Nuovo Sistema di Garanzia-Sintesi sperimentale", dicembre 2019

(3) The European House- Ambrosetti "Rapporto Meridiano Sanità", vari anni

(4) CREA Sanità, Università - Università Tor Vergata Roma, "La misura della Performance dei SSR", varie edizioni

(5) Laboratorio MeS - Scuola Superiore S. Anna di Pisa, "Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali", vari anni

Complessivamente si può osservare che il sistema sanitario lombardo si colloca fra le prime cinque/sette Regioni italiane. E tale posizione (entro le prime cinque) si consolida quando l'analisi si estende al versante economico-finanziario, ai fini della verifica di efficienza e appropriatezza del sistema.

2. Evoluzione del sistema sanitario lombardo: le riforme del 1997 e del 2015

A partire dalla riforma del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) degli anni '90, il sistema sanitario regionale (SSR) lombardo ha vissuto due riforme.

A) La prima (L.R. n. 31 del 1997) ha dato attuazione alla riforma nazionale con alcune caratteristiche specifiche.

Sulla scia della riforma sanitaria nazionale che aveva introdotto nuove modalità di gestione, la legge regionale del 1997 assume alcune caratteristiche organizzative al fine

di snellire e sburocratizzare il sistema. Il riferimento ricorrente è al principio di sussidiarietà, secondo un avanzato schema di collaborazione pubblico-privato.

Così, in Lombardia il modello nazionale organizzato in ASL (Aziende Sanitarie Locali) e AO (Aziende Ospedaliere, di grandi dimensioni) viene adottato:

- concentrando nelle AO l'erogazione dei servizi sanitari per acuti (ricoveri) e gran parte della Diagnostica e della Specialistica
- attribuendo alle ASL il ruolo principale di programmazione/acquisto sul territorio delle prestazioni, quello di prevenzione e organizzazione delle cure primarie (MMG e PLS) e di altri servizi (consultori, ADI ...)
- interpretando la funzione di accreditamento in modo da consentire l'inserimento di aziende sanitarie private fornitrici di servizi
- riservando alla Regione il ruolo di regolatore centrale in termini di regole, finanziamento e controllo.

La finalità è:

- garantire maggiore concorrenza interna al sistema
- offrire maggiore libertà di scelta ai cittadini
- realizzare elementi innovativi nel quadro del principio di sussidiarietà.

In realtà, non appare agevole esprimere un giudizio complessivo sull'efficacia del sistema adottato, anche perché la concorrenza interna al sistema sembra aver prodotto risultati inferiori alle attese: la separazione fra programmatori e fornitori di servizi (ASL/AO), sotto il controllo dello stesso soggetto regolatore (Regione), non sempre ha funzionato perfettamente.

Va rimarcato, sul piano della programmazione e degli interventi del SSR, il ruolo esercitato dai vincoli statali per le politiche regionali in tema di sanità, con particolare riguardo a due fattori: i LEA e i finanziamenti delle risorse con la legge di stabilità, che hanno obiettivamente inciso, nel periodo della prima riforma, sul progressivo declino della medicina territoriale e di base, considerate residuali rispetto alla grande forza di attrazione degli ospedali.

B) La seconda riforma del sistema sanitario lombardo (L.R. n. 23 del 2015) parte da una giusta considerazione contenuta nel Libro Bianco del 2014: l'evoluzione demografica

indica che la popolazione anziana è crescente e le esigenze di salute vanno cambiando; aumentano le necessità assistenziali per i soggetti cronici caratterizzati spesso da pluripatologie, diminuisce (almeno percentualmente) il peso delle cure per acuti.

Tuttavia, le scelte operative e i meccanismi organizzativi, anche per le obiettive cause suindicate, non vanno sempre nella direzione del rafforzamento del settore assistenziale sul territorio.

Alle nuove ASST (ex AO, aziende ospedaliere) è attribuito anche il ruolo organizzativo del settore cronicità, con la conseguenza che, all'interno di previsioni di bilancio dedicate storicamente alla cura per acuti, con tradizioni cliniche e sanitarie concentrate sui ricoveri, non assume un peso significativo la funzione territoriale della assistenza alla cronicità e la presa in carico di soggetti per i quali il ricovero dovrebbe essere considerato solo una eccezione, rendendo residuale il ruolo dei MMG, dell'ADI, dei Distretti e di tutti i servizi necessari per il settore cronicità, disabilità, anziani.

Inoltre, in questo nuovo modello organizzativo, si è complicato il ruolo delle ATS (ex ASL), essendo attribuiti ad esse, anche a livello nazionale, compiti programmatori e di contrattazione finanziaria poco delineati, a fronte di un aumento della complessità dei flussi finanziari.

Come pure appare meno incisivo il ruolo centrale di Regione in materia di accreditamento (processo tramite il quale, secondo la normativa statale, strutture sanitarie private operano per conto del servizio sanitario regionale e da esso sono finanziate), scegliendo di spostare a valle il suo esame, nella fase della contrattualizzazione in capo alle ATS (v. l'Allegato – Processo di Accreditamento).

In sintesi, l'attuale modello organizzativo ha perso parte della sua forma originaria: il risultato è un modello meno definito, con assetti meno caratterizzati e di non agevole governabilità. Il principale limite sembra dunque quello di essersi attenuate le caratteristiche di sistema anche nei confronti dei migliori centri di erogazione delle prestazioni. A questo aspetto possono aver contribuito alcune scelte organizzative, quale la sovrapposizione tra più attori della politica sanitaria (Welfare e Bilancio; ATS e ASST)

1).

3. Le raccomandazioni di ORAC sul finanziamento delle aziende sanitarie (Delibera n. 14 del 14 dicembre 2020)

Con riguardo, rispettivamente, ad alcuni aspetti del sistema e di valutazione della riforma del 2015 e dell'assetto che ne è derivato, possono valere le considerazioni esposte nel dicembre 2020 da ORAC.

ORAC ²⁾, relativamente al finanziamento delle aziende sanitarie, ha raccomandato di:

- *riflettere sul divario tra modello teorico scelto e sua materiale implementazione, confrontando aspettative e risultati realmente ottenuti*
- *cogliere l'occasione del tavolo con il Ministero della Salute per valutare l'attuazione della legge regionale di riforma, al fine di una semplificazione del modello e dei flussi di finanziamento, migliorandone governo e trasparenza*
- *riflettere sull'attuale scelta di contabilizzazione della mobilità intraregionale a livello di ATS, valutando se tale soluzione garantisca o meno le esigenze di programmazione complessiva*
- *limitare i finanziamenti discrezionali e non tariffati, rispettandone natura e vincoli*
- *ridurre la pratica delle anticipazioni e limitarle ai casi realmente necessari; in ogni caso limitarle nel tempo e comunque operare controlli tra anticipazioni e consuntivo ogni anno*
- *cambiare il sistema dei ripiani progressivi alle aziende, facendo emergere i reali risultati delle singole aziende sanitarie anche per renderne apprezzabili e confrontabili le gestioni.*

4. Lo stress test rappresentato dalla pandemia

Con la diffusione in Italia a fine 2019 della pandemia Covid 19, la Lombardia è stata la regione più colpita per numero di casi e di morti. Per molti mesi la reazione del sistema sanitario lombardo è stata centrata prevalentemente sulla gestione dei presidi ospedalieri, sulla creazione di reparti (e presidi) dedicati esclusivamente al ricovero di malati Covid 19 e sull'aumento della disponibilità di letti in terapia intensiva, mentre la

drammatica pressione degli eventi non ha consentito, anche per le suindicate carenze di base, il coinvolgimento degli strumenti della medicina territoriale.

Certamente il problema era inatteso, almeno nelle sue dimensioni straordinarie, ma il sistema non è apparso adeguatamente preparato e ha mostrato tempi di reazione non sempre idonei nei primi mesi.

A distanza di quasi due anni possono individuarsi *ex post* le principali cause delle difficoltà e dei problemi emersi.

La prima causa deriva dal fatto che da anni (decenni) il sistema sanitario lombardo, pur in presenza di innegabili centri di qualità, è centrato sulle grandi strutture ospedaliere con caratteristiche “statiche”.

La seconda deriva dalla composizione del sistema che presenta un accentuato squilibrio dimensionale e funzionale: forte e vasto nelle strutture ospedaliere per acuti, più esile e secondario nei servizi di medicina territoriale. Ad esempio, i dati della Ragioneria Generale dello Stato ³⁾ mostrano che nel 2019 la Lombardia è la regione di Italia con la più bassa percentuale di spesa per la medicina generica convenzionata.

La terza causa è l'esilità delle strutture di governo centrali a livello di valutazione, controllo, coordinamento e decisione. Le strutture centrali di governo non appaiono proporzionate (anche quantitativamente) alle dimensioni del sistema (oltre 21 miliardi di euro l'anno), alla sua complessità ed estensione territoriale. D'altra parte, come ORAC ha più volte rilevato, negli ultimi 20 anni il Piano Sociosanitario è stato presente solo per il 50%, mentre le Delibere annuali di sistema presentano talune criticità.

In sintesi, il sistema sanitario lombardo appare più somma di parti (alcune certamente pregevoli) che sistema: va riequilibrato nella composizione e vanno costruite connessioni idonee che ne permettano il governo e ne adeguino le funzionalità.

In Ingegneria e in Analisi dei Sistemi a volte, per identificare le caratteristiche di un sistema e il suo modello di funzionamento, si inviano segnali all'ingresso del sistema e si misurano le risposte in uscita. È quello che è successo a tutti i sistemi sanitari con la pandemia: ebbene, la risposta al “segnale” ha fatto registrare comportamenti e contromisure strategicamente ancora insufficienti.

Ma i limiti emersi possono trasformarsi in opportunità se, razionalmente, se ne individuano le cause e si è disponibili al cambiamento approntando gli opportuni rimedi.

5. La proposta di riforma del 2021 all'esame del Consiglio regionale

Il 31 maggio 2021 la Giunta Regionale ha approvato la Deliberazione n. XI/4811 avente per oggetto “Determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell’assetto del sistema socio sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n.23 – (Atto da trasmettere al Consiglio Regionale) – (di concerto con il Vicepresidente Moratti)”, successivamente integrata dalla Deliberazione n. XI/4885 del 14 giugno 2021.

Inoltre, il 22 luglio 2021 la Giunta Regionale ha approvato la Deliberazione n. XI/5068 avente per oggetto “Proposta di Progetto di Legge recante: “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità)” – (di concerto con il Vicepresidente Moratti)”.

Il primo è un documento in cui sono esposte le principali linee guida della riforma che si intende sottoporre all’esame del Consiglio; il secondo è il vero e proprio articolato di modifica della legislazione sanitaria attuale.

Entrambi sono all’esame della Commissione Terza competente che li ha inseriti nel processo istruttorio in corso, al fine della successiva trasmissione all’Aula. Formalmente sono proposte di modifica del Testo Unico in materia sanitaria del 2009, anche se nella sostanza sono modifiche dell’ultima riforma del 2015 (quest’ultima, infatti, modificava il precedente Testo Unico del 2009).

Le proposte di modifica dell’attuale sistema sanitario lombardo, contenute in 35 articoli ed esplicitate nella relazione di accompagnamento, sono molteplici. Per comodità di analisi e valutazione le principali possono essere suddivise in tre gruppi: medicina territoriale, assetto e governo di sistema, altre modifiche specifiche.

Medicina territoriale

È la parte più corposa, dettagliata e quantificata in tempi fissati con apprezzabile precisione. È prevista l’istituzione di Distretti cui afferiscono i presidi dedicati all’erogazione dei servizi articolati in:

- presidi ospedalieri territoriali (POT), ovvero ospedali di comunità indicati dal PNRR
- presidi sociosanitari territoriali (PreSST), ovvero case della comunità indicate dal PNRR
- centrali operative territoriali (COT), previste dal PNRR.

In sintesi, questa parte traduce le decisioni (e gli stanziamenti) del PNNR anche se si mantengono alcuni nomi diversi, pur precisandone esplicitamente l'equivalenza, colmando carenze già documentate ⁴). È la parte più importante perché rivolta a implementare i servizi di medicina territoriale del sistema lombardo rispetto alla consistenza dei servizi per acuti.

Particolarmente apprezzabile l'esplicitazione della tempistica di realizzazione, anche se dovuta in relazione ai finanziamenti del PNRR.

Assetto e governo del sistema

Le proposte mirano a modificare/integrare gli attuali meccanismi di governo del sistema specificando ruoli e compiti dei principali attori: ASST, ATS, Regione (Assessorato e DGWelfare), altri.

In sintesi:

- ASST

Alle ASST è affidata l'erogazione dei servizi, sia quelli tradizionali per acuti (ricoveri ospedalieri per acuti, specialistica ambulatoriale e diagnostica complessa) sia quelli propri della medicina territoriale. L'organizzazione interna delle ASST prevede un polo ospedaliero e uno territoriale; a quest'ultimo fanno capo tutti i servizi di medicina territoriale classici (cure primarie, salute mentale, prevenzione) e quelli nuovi (ospedali di comunità o POT, case di comunità o PreSST, centrali territoriale o COT). L'organizzazione è per Distretti, ciascuno guidato da un direttore nominato dal Direttore Generale.

- ATS

Alle ATS rimane il controllo della medicina veterinaria, il controllo negli ambienti di lavoro, il coordinamento (unitamente alle ASST) degli accordi con i MMG e PLS, il supporto alla Regione su alcuni aspetti generali (analisi della domanda di salute e dell'adeguatezza dell'offerta, del fabbisogno del personale, dei LEA), il raccordo con ARIA sugli acquisti.

- Regione

È ribadito il ruolo di governo generale del sistema tramite classici strumenti (Piano sociosanitario, delibere di indirizzo), l'attività di monitoraggio e valutazione delle prestazioni, la fissazione delle tariffe (sia per gli erogatori pubblici e privati), la promozione di network scientifici e di una rete regionale di ricerca, lo sviluppo dell'innovazione tecnologica.

A Regione spetta l'istituzione di un forum di confronto permanente con associazioni di pazienti e associazioni ospedaliere sugli standard di qualità e un tavolo di confronto con le organizzazioni sindacali; favorisce altresì attività di beneficenza in favore del sistema sanitario.

- Altro

È istituito il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e il Piano pandemico regionale. Sono modificate alcune norme relative alla nomina dei direttori generali. È prevista l'istituzione di aziende ospedaliere (AO) nel territorio della città metropolitana di Milano mentre per il resto del territorio regionale se ne prevede una successiva valutazione. È rafforzato il ruolo delle farmacie nell'erogazione di servizi sanitari. Sono introdotte precisazioni su AREU, sugli Uffici di pubblica tutela e sulla formazione.

6. Riflessioni sul nuovo assetto del sistema e sui meccanismi di controllo e di governo

Alla luce dei contenuti della proposta di riforma precedentemente sintetizzati, con particolare riferimento ai meccanismi di controllo e di governo risultanti, è possibile svolgere alcune riflessioni generali sul nuovo assetto del sistema sanitario lombardo e alcune valutazioni specifiche.

La prima considerazione generale è che per quanto riguarda la presenza e i nomi dei principali attori del sistema nulla (o quasi) cambia, mentre sono presenti cambiamenti significativi in alcune funzioni e in alcuni dimensionamenti. I tradizionali attori di sistema (Regione, ATS, ASST, ACSS...) rimangono nella loro denominazione, ma alcuni di essi presentano funzioni parzialmente mutate. Accanto ad essi si evoca la possibile futura presenza di AO (Aziende Ospedaliere) senza peraltro definirle esattamente.

In particolare, il maggiore cambiamento prevede il trasferimento di funzioni da ATS a ASST nel campo dell'erogazione di servizi inerenti alla medicina territoriale. Per quest'ultima è annunciato un significativo rafforzamento quantitativo e una ulteriore specificazione in linea con quanto previsto dal PNRR nazionale.

Alle ATS vengono tolti quasi tutti i compiti di gestione dei servizi di medicina territoriale, che vengono attribuiti alle ASST. Per queste ultime si prevede uno sdoppiamento organizzativo nei due settori (quello tradizionale dei ricoveri per acuti, della specialistica e della diagnostica complessa e quello nuovo dell'organizzazione-erogazione della medicina territoriale).

Le ATS diventano più "piccole", le ASST crescono ancora.

Ogni scelta è ovviamente legittima ma ne va misurato attentamente l'impatto sul sistema.

Già relativamente al precedente assetto definito dalla riforma del 2015 era stata sollevata la "fragilità" funzionale dello strumento ATS (rispetto alle ASL tradizionali e alle loro funzioni). ORAC, riferendosi al complesso meccanismo dei flussi finanziari e del livello delle contrattazioni in capo alle ATS, aveva consigliato una riflessione che portasse ad una miglior efficacia e trasparenza di funzioni e responsabilità ⁽²⁾.

A maggior ragione ora, con questa nuova ripartizione di funzioni, con i nuovi compiti e le nuove dimensioni delle ASST, l'interrogativo sulla definizione delle ATS (con Direttori Generali, personale, apparati, strutture fisiche ecc.) e la loro ridotta efficacia nell'ambito del generale sistema di governo e dei sistemi di controllo resta aperto.

A una ASST, abituata a organizzarsi e a determinare le proprie strategie in base a DRG, gestione di grandi presidi ospedalieri concentrati, organizzazione di reparti specialistici ecc. e a dedicare alle cure per acuti un bilancio mediamente di almeno 300-500 milioni di euro, si chiede ora di prestare analoga attenzione alla gestione di un ulteriore settore con logiche diverse.

Il rapporto dimensionale e funzionale tra ATS e ASST non appare equilibrato e pone la necessità di una riflessione se siano più opportune soluzioni diverse.

La seconda considerazione generale riguarda il ruolo di Regione. Sono confermati i tradizionali compiti di Regione ed evidenziati alcuni specifici, come ad esempio l'opportuno riferimento allo sviluppo dell'ICT (*Innovation Communication Technology*).

Non emerge tuttavia un particolare rafforzamento del ruolo di governo e di controllo di Regione. La necessità che il sistema sanitario lombardo non sia solo una somma di singole parti, ciascuna più o meno efficace, ma un vero e proprio *sistema* funzionalmente connesso e governato dipende infatti dalla presenza di un forte centro regolatore, controllore e decisore (Regione).

Anche da questo punto di vista sarebbe auspicabile la presenza di vincoli stringenti quantomeno relativamente ai principali strumenti di governo e controllo: il PSSR e le delibere annuali di funzionamento. In Lombardia il PSSR è stato assente per oltre la metà del tempo negli ultimi vent'anni e le delibere annuali di funzionamento hanno presentato alcune criticità a livello di contenuti, forma e frequenza infrannuale (quest'ultima dettata anche da previsioni statali), come ORAC ha messo in evidenza.

Il ruolo di Regione relativamente ai meccanismi di governo del processo di accreditamento verrà esaminato più avanti nell'ambito delle osservazioni specifiche.

La terza considerazione generale riguarda il ruolo dell'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario Lombardo (ACSS), istituita nel 2015 e unica nel panorama nazionale, che ha principalmente il compito di programmazione e coordinamento dei controlli delle ATS sui soggetti erogatori, pubblici e privati, di supporto nell'individuazione e implementazione dei criteri di valutazione delle performance, di valutazione dei criteri di erogazione delle funzioni non tariffate e delle maggiorazioni tariffarie.

Per rendere più utile e incisivo il ruolo di ACSS, sarebbero auspicabili interventi integrativi che prevedano in particolare: pianificazione dei controlli su base triennale e non annuale (con obiettivi declinati però su base annua), obbligo per le ATS di trasmettere all'Agenzia ogni anno gli esiti dei controlli (il giudizio dell'Agenzia sul grado di raggiungimento degli obiettivi dovrebbe costituire parametro di valutazione dei DG), obbligo per l'Agenzia di fornire annualmente a Regione, prima della adozione delle regole di sistema, i criteri di valutazione delle performance e di rating sulle strutture accreditate.

Oltre a queste riflessioni generali sul sistema e i suoi principali attori, è opportuno considerare alcuni aspetti specifici, che hanno grande influenza sull'assetto generale e sui meccanismi di governo e di controllo del sistema, quali: procedure di accreditamento, ruolo dei cittadini e dei Comuni, meccanismi di nomina dei responsabili aziendali, sistemi di valutazione e informazione.

Accreditamento

In alcuni punti dell'articolato e della relazione è enfatizzato il ruolo paritario di strutture pubbliche e private, con “*parità di diritti e di obblighi per tutti gli operatori di diritto pubblico e di diritto privato*”.

Peraltro, le procedure di accreditamento sembrano restare invariate, confermando la singolarità della Lombardia rispetto ad altre regioni comparabili (vedi Allegato).

L'assenza di una valutazione centrale sulla necessità di strutture e di servizi accreditati, da una parte lascia all'iniziativa privata la scelta dei settori e dei servizi da accreditare e dall'altra prevede solo una verifica tecnica locale (ATS) di superamento degli standard di legge. Le strutture private dovrebbero accreditarsi tramite il processo di accreditamento governato e gestito a livello centrale da Regione, affinché prevalga una visione complessiva delle necessità e degli interessi generali, in forme trasparenti e pubblicamente motivate.

Ruolo dei cittadini e dei Comuni

Sul ruolo dei cittadini e dei Comuni sono presenti alcune specificazioni che non mutano la situazione precedente, caratterizzata principalmente dalla presenza degli Uffici di Pubblica Tutela (UPT) aziendali e dalla Conferenza dei Sindaci. I cittadini, pur rivestendo il doppio ruolo di utenti e di finanziatori, sono certamente l'anello debole del sistema: hanno a disposizione strumenti di informazione che l'esperienza mostra poco usati e di relativa efficacia, così come i rappresentanti dei territori.

Gli strumenti attuali limitano l'azione della società civile e delle istituzioni locali ad alcuni isolati momenti di partecipazione e controllo, mentre questi attori fondamentali dovrebbero trovare momenti di interazione con il sistema sanitario in ogni fase del suo funzionamento, a partire dall'individuazione dei bisogni, alla programmazione delle risposte, al monitoraggio e controllo del raggiungimento dei risultati.

La figura del Difensore Regionale, prevista dallo Statuto di Regione e normata dalla L.R. n.18 del 2010, non appare adeguatamente dimensionata alle reali necessità in campo sanitario, dovendo svolgere contestualmente anche il ruolo di Garante del Contribuente e Garante dei Detenuti.

Ai cittadini vanno forniti strumenti più efficaci, pubblicizzati, accessibili e maggiormente operativi: potrebbe essere preso a riferimento il *Parliamentary and Health Service Ombudsman* attivo sin dagli anni '60 dello scorso secolo nel Regno Unito, mutuandone finalità, procedure e organizzazione operative. UPT, Conferenza dei Sindaci e Difensore Sanitario Regionale potrebbero essere rafforzati nei compiti e nelle strutture, così come lo strumento "Carta dei servizi" delle strutture sanitarie. Andrebbe previsto un sistema di monitoraggio permanente del rispetto di quanto stabilito nelle Carte della qualità dei servizi, con la partecipazione degli enti locali, delle associazioni dei consumatori ed aperto alla ricezione di osservazioni e proposte da parte di ogni istituzione, singolo cittadino o delle associazioni dei consumatori, nonché l'organizzazione a livello di ogni ASST e AST di una conferenza pubblica annuale di verifica del funzionamento dei servizi sanitari ed assistenziali tra soggetti erogatori o loro rappresentanze ed associazioni dei consumatori, nella quale si dia anche conto dei reclami, nonché delle proposte ed osservazioni pervenute a ciascuno dei soggetti partecipanti.

Meccanismi di nomina dei responsabili aziendali

È a tutti noto che nella gestione della sanità in tutte le regioni il meccanismo di nomina dei responsabili aziendali è storicamente e particolarmente delicato perché, in taluni casi, Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori Sociosanitari, amministrativi e, in cascata, Direttori di Strutture Complesse e Servizi sono nominati pure in difetto di competenze oggettive, nonostante l'applicazione di regole che partono dalla normativa nazionale.

La proposta di riforma aumenta la discrezionalità di scelta nel novero di un albo nazionale, portando a 300 il numero dei candidati selezionati dalla Commissione regionale nell'ambito dei quali Regione può scegliere ed elimina dal procedimento di selezione l'uso di test e questionari, limitando la valutazione all'esame dei titoli e a un colloquio.

Sarebbero auspicabili miglioramenti nelle procedure come ad esempio:

- nominare nella commissione regionale esponenti delle maggiori società di ricerca e selezione di personale dirigente, la cui professionalità assicuri valutazioni indipendenti e legate alle esigenze aziendali
- precisare preventivamente, per ogni azienda per la quale si ricerca il DG, le specifiche esigenze aziendali (in termini di gestione economica, di politica del personale, di obiettivi di ristrutturazione e sviluppo dei servizi, di strategia sul

territorio e di obiettivi di salute, scadenze nel tempo e misurate in termini il più possibile quantitativi) e conseguentemente individuare il candidato più idoneo a quelle esigenze

- richiedere che la scelta finale del nominato sia approfonditamente motivata, soprattutto se dovesse essere diversa dalle indicazioni della Commissione.

Sistemi di valutazione e informazione

La proposta contiene apprezzabili riferimenti a “*periodiche valutazioni circa l’attività svolta all’interno del SSL*” e alla loro pubblicazione sul sito di Regione, ma non introduce significativi sviluppi.

Valutare il sistema sanitario nel suo insieme, le singole strutture e servizi, i percorsi di cura e di assistenza è essenziale per migliorare governo ed efficacia del sistema. La pubblicizzazione degli esiti è inoltre necessaria per la partecipazione attiva di cittadini e associazioni.

Potrebbe essere utile ai meccanismi di governo, controllo e partecipazione l’introduzione, a livello centrale, di un Centro di Valutazione delle politiche, delle strutture e centri di cura e assistenza che a) raccolga gli esiti degli attuali modelli e indici di valutazione e all’occorrenza ne definisca ulteriori, b) garantisca la loro pubblicità, pubblicizzazione e facile accessibilità, c) misuri in modo diffuso opinioni, soddisfazione e suggerimenti operativi degli utenti e ne promuova forme di partecipazione attiva, d) estenda al settore sociosanitario (strutture per anziani, RSA ecc.) i sistemi di valutazione applicati a quello sanitario.

7. Considerazioni conclusive

Il sistema sociosanitario lombardo attuale, oltre ad oggettivi punti di forza legati soprattutto all’ottimo livello qualitativo di molte sue strutture ospedaliere, presenta alcune criticità; le maggiori sono l’attenuazione delle caratteristiche di sistema, per cui appare opportuno rafforzare alcune parti e rendere più solide le connessioni, e la fragilità della medicina territoriale nel suo complesso.

Su quest'ultimo settore la proposta di riforma interviene in maniera chiara e quantitativamente apprezzabile, traducendo a livello regionale le decisioni nazionali contenute nel PNRR e precisandone opportunamente la tempistica.

Appaiono peraltro meno incisivi gli interventi proposti sui meccanismi di controllo e di governo del sistema.

In conclusione, in questa fase di discussione e messa a punto della riforma, si ritiene opportuno prospettare all'attività di Giunta e di Consiglio regionali di prendere in considerazione i seguenti profili:

- 1.** rivolgere l'attenzione allo strumento principale della programmazione sociosanitaria pluriennale (Piano Sociosanitario lombardo) sia a livello di predisposizione che di discussione e approvazione; garantire maggior rigore di contenuti e tempistica di presentazione annuale della Delibera di Regole, per indirizzare compiutamente il sistema sociosanitario lombardo
- 2.** approfondire la riflessione sull'equilibrio generale del sistema relativamente al rapporto ATS/ASST e ai loro compiti, con particolare riferimento al rapporto tra la gestione delle cure per acuti e la gestione della medicina territoriale
- 3.** semplificare i finanziamenti alle aziende sanitarie, sia nella tipologia che nei percorsi, sciogliendo l'attuale intreccio tra ATS e ASST, rendendo più verificabile nei bilanci il rapporto tra costi e risultati di ciascuna azienda
- 4.** rafforzare il ruolo di Regione e delle sue strutture centrali
 - quanto alla funzione di finanziamento e di programmazione
 - riportando a livello centrale la politica e le decisioni in materia di accreditamento
 - creando un centro di valutazione che misuri e valuti politiche, prestazioni, centri di cura e servizi secondo i migliori indici e modelli di valutazione e che ne pubblicizzi e renda facilmente accessibili a tutti gli esiti
- 5.** migliorare i meccanismi di nomina dei Direttori Generali e dei responsabili aziendali
- 6.** rafforzare i compiti e la struttura operativa di ACSS
- 7.** qualificare e rafforzare gli strumenti di tutela degli utenti e di partecipazione di cittadini e Comuni

8. identificare percorsi chiari per la costruzione di politiche di salute attente anche ai determinanti non sanitari.

Riferimenti:

(1) *“Regioni e Aziende: modelli di coordinamento a confronto”*, in Rapporto OASI 2020, CERGAS, Università Bocconi, dicembre 2020

(2) *“Strumenti e sedi decisionali in materia di gestione della sanità”*, ORAC, Deliberazione n. 14 del 14 dicembre 2020

(3) *“Monitoraggio della spesa sanitaria”*, Ragioneria Generale dello Stato, agosto 2020

(4) *“Case della Salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale”*, Camera dei deputati XVIII Legislatura, Documentazione e ricerche, n. 144, 1° marzo 2021

Allegato:

Processo di Accreditazione: confronto tra Lombardia e alcune regioni comparabili (Emilia-Romagna, Lazio, Toscana, Veneto)

Per le Regioni considerate sono state analizzate (a dicembre 2020) le seguenti caratteristiche del Processo di Accreditazione:

A. Richiesta di accreditamento istituzionale:

1. Necessità di istanza corredata da un'autocertificazione del possesso dei requisiti richiesti
2. Possibilità di richiedere l'accredimento istituzionale contemporaneamente alla autorizzazione all'esercizio

B. Istruttoria amministrativa:

1. Ente predisposto
2. Tempistiche
3. Correlazione dell'accredimento con la programmazione regionale

C. Istruttoria tecnica:

1. Ente predisposto
2. Tempistiche
3. Antecedenza rispetto alla formalizzazione dell'accredimento

D. Formalizzazione dell'accredimento:

1. Ente predisposto
2. Tempistiche
3. Possibilità di ottenere l'accredimento temporaneo

E. Durata:

1. Tempistiche

F. Verifiche successive:

1. Ente predisposto

G. Sanzioni:

1. Possibilità di sospensione e revoca dell'accredimento.

L'analisi ha portato ai risultati sintetizzati nella Tabella seguente:

		EMILIA ROMAGNA	LAZIO	LOMBARDIA
NORMATIVA VIGENTE	Data e numero normativa	6 novembre 2019 - LR n.22	6 novembre 2019 - Regolamento Regionale n.20	2 marzo 2018 - DGR n. 2955
RICHIESTA	Istanza da parte della struttura richiedente con autocertificazione	SI	SI	SI
	Autorizzazione esercizio + accreditamento contemporaneamente	NON POSSIBILE	NON POSSIBILE	POSSIBILE
ISTRUTTORIA AMMINISTRATIVA	Ente predisposto	Regione (Coordinatore Regionale per l'autorizzazione e l'accreditamento)	Regione (Direzione competente)	OTA (il Responsabile dell'UOC afferente ad OTA della ATS competente)
	Tempistiche	Entro 90 giorni	Entro 20 giorni dalla richiesta (10 gg per verifica compatibilità programmatoria + 10 gg per verifica correttezza e regolarità domanda)	Indefinite
	Correlazione dell'accreditamento con la programmazione regionale	SI	SI	NO
ISTRUTTORIA TECNICA	Ente predisposto	OTA	OTA	OTA
	Tempistiche	Entro 6 mesi dalla formalizzazione	Entro 60 giorni dall'istruttoria amministrativa	Entro 60 giorni dalla richiesta di accreditamento
	Antecedenza rispetto alla formalizzazione dell'accreditamento	NO	SI	SI
FORMALIZZAZIONE	Ente predisposto	Regione (Direttore della Direzione Generale competente)	Regione (Giunta Regionale)	Provvedimento conclusivo: ASL. Iscrizione registro regionale: Regione (Direzione Generale competente)
	Tempistiche	Entro 90 giorni dalla richiesta	Entro 20 giorni dall'istruttoria tecnica e 120 dalla richiesta	Entro 15 giorni dal termine dell'istruttoria tecnica
	Accreditamento temporaneo	POSSIBILE	POSSIBILE	NON POSSIBILE
DURATA ACCREDITAMENTO	Tempistiche	5 anni	Massimo 5 anni	Indefinite
VERIFICHE SUCCESSIVE	Ente predisposto	Regione (Coordinatore Regionale) + OTA (non necessariamente)	OTA	OTA
SANZIONI	Possibilità di sospensione e revoca dell'accreditamento	SI	SI - sospensione fino a 3 anni ed eventuale revoca	SI - sospensione dai 3 ai 180 giorni + eventuale revoca
COMPONENTI PRINCIPALI OTA	Ente a cui afferisce il personale OTA	Regione (Direttore della Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale)	Regione (staff Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria)	ATS (8 soggetti corrispondenti ai direttori o responsabili dell'ufficio accreditamento delle ATS)
ALTRO PERSONALE OTA	Ente a cui afferiscono i valutatori aggiuntivi	Regione (nominati dal Direttore ASSR dall'elenco regionale dei valutatori, nel quale possono rientrare persone superanti apposito esame qualificante)	Regione (nominati dall'elenco regionale dei valutatori, nel quale possono rientrare persone superanti apposito esame qualificante)	ATS (scelti dal direttore dell' UOC afferente ad OTA presso l'ATS interessata)

		TOSCANA	VENETO
NORMATIVA VIGENTE	Data e numero normativa	17 novembre 2016 - D.p.r.g. n. 79	25 ottobre 2016 - L.R. n.19
RICHIESTA	Istanza da parte della struttura richiedente con autocertificazione	SI	SI - Entro il 30 aprile dell'anno di interesse
	Autorizzazione esercizio + accreditamento contemporaneamente	NON POSSIBILE	NON POSSIBILE
ISTRUTTORIA AMMINISTRATIVA	Ente predisposto	Regione (Direzione Regionale competente della Giunta Regionale)	Regione (Direzione Regionale competente)
	Tempistiche	Entro 30 giorni dalla richiesta	Entro 31 Luglio dell'anno di richiesta
	Correlazione dell'accREDITAMENTO con la programmazione regionale	SI	SI
ISTRUTTORIA TECNICA	Ente predisposto	OTA (Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione)	OTA (Azienda Zero)
	Tempistiche	Indefinite	Entro il 31 Luglio dell'anno di richiesta
	Antecedenza rispetto alla formalizzazione dell'accREDITAMENTO	Non necessariamente	SI
FORMALIZZAZIONE	Ente predisposto	Regione (Giunta Regionale)	Regione (Giunta Regionale)
	Tempistiche	Entro 30 giorni dalla richiesta	Entro il 30 novembre dell'anno di richiesta
	AccREDITAMENTO temporaneo	POSSIBILE	NON POSSIBILE
DURATA ACCREDITAMENTO	Tempistiche	5 anni	3 anni
VERIFICHE SUCCESSIVE	Ente predisposto	OTA (Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione)	OTA (Azienda Zero)
SANZIONI	Possibilità di sospensione e revoca dell'accREDITAMENTO	SI - solo revoca	SI
COMPONENTI PRINCIPALI OTA	Ente a cui afferisce il personale OTA	Regione (Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione e Commissione Qualità e Sicurezza)	Regione (Azienda Zero)
ALTRO PERSONALE OTA	Ente a cui afferiscono i valutatori aggiuntivi	Regione (nominati dal Direttore generale competente in base alla graduatoria dell'elenco regionale predisposto)	Regione (nominati dall'elenco del registro regionale dei valutatori)

Il processo di accreditamento inizia in seguito alla domanda di accreditamento inoltrata dalla struttura interessata, corredata da un'autocertificazione in cui il legale rappresentante la struttura dichiara il possesso o meno dei requisiti minimi nazionali e di quelli aggiuntivi richiesti dalla regione di appartenenza.

Le strutture interessate possono inoltrare la **richiesta** in ogni periodo dell'anno, ad eccezione del Veneto in cui essa deve avvenire entro il 30 aprile dell'anno di interesse, ma solo successivamente al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio; su questo aspetto, la Lombardia si differenzia dalle altre Regioni in quanto offre la possibilità di inoltrare l'istanza per l'ottenimento all'autorizzazione all'esercizio contemporaneamente a quella di accreditamento.

Una volta inoltrata la richiesta di accreditamento a chi di competenza, si entra nella fase dell'**istruttoria amministrativa**, ovvero il controllo della regolarità della domanda pervenuta e, in alcuni casi, la verifica della compatibilità della domanda con la programmazione regionale. È importante soffermarsi proprio su questo aspetto. In Emilia-Romagna, Lazio, Toscana e Veneto l'avvio dell'iter procedurale è posteriore alla valutazione positiva della compatibilità della domanda di accreditamento con la programmazione regionale, valutazione che viene effettuata a livello centrale dal Coordinatore Regionale per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO in Emilia-Romagna e dalla Direzione Regionale competente in materia sanitaria dalle altre Regioni elencate. Nonostante il D.lgs. n.229/1999 (Art. 8-*quater* comma 1) espliciti la necessità della subordinazione della concessione dell'accREDITAMENTO istituzionale alle linee guida programmatiche regionali (oltre ad altre condizioni), la Lombardia ha previsto un modello che possiamo definire di "accREDITAMENTO libero", nel senso che l'atto programmatico vero e proprio viene spostato al momento della stipulazione degli accordi contrattuali tra le Aziende Territoriali Socio-sanitarie e le strutture interessate, rilasciando pertanto l'accREDITAMENTO istituzionale a tutte le strutture richiedenti che rispettino i requisiti imposti.

Le **tempistiche** per l'istruttoria amministrativa, indipendentemente da cosa essa comprenda, sono differenti. In alcune regioni si identifica un limite di giorni ben preciso (20 giorni per il Lazio, 30 per la Toscana, e 90 per l'Emilia - Romagna), in Veneto viene invece stabilita una data ultima entro la quale terminare questa fase (il 31 luglio dell'anno di richiesta), mentre in Lombardia questa fase non possiede tempistiche definite. Successivamente all'istruttoria amministrativa, le scelte regionali si diversificano in merito all'obbligatorietà dell'istruttoria tecnica, al momento in cui essa viene eventualmente effettuata, ai responsabili di tale fase e alle relative tempistiche. In particolare, la verifica del rispetto dei requisiti autocertificati viene effettuata: prima della conclusione del processo di accREDITAMENTO in Lazio (entro 60 giorni dal termine dell'istruttoria amministrativa), in Lombardia (entro 60 giorni dalla richiesta di accREDITAMENTO) ed in Veneto (entro il 31 luglio dell'anno di richiesta), a campione con tempistiche indefinite in Toscana, e posteriormente alla formalizzazione dell'accREDITAMENTO (entro sei mesi dallo stesso) in Emilia-Romagna.

È interessante osservare le scelte regionali in merito a chi affidare la responsabilità delle verifiche tecniche per il controllo sia del possesso dei requisiti richiesti, sia del loro mantenimento. L'Intesa Stato – Regioni del 19 febbraio 2015 ha definito l'obbligo per le Regioni di creare l'**Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA)** al fine di assicurare uniformità nazionale relativamente all'ente predisposto alle verifiche tecniche; tuttavia, alle Regioni spetta il compito di definire a chi fisicamente attribuire queste responsabilità. Anche in questo caso si ha una diversa scelta regionale tra la Lombardia e le altre regioni analizzate. Il Lazio attualmente identifica come membri OTA alcune personalità interne allo staff della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociale, lasciando pertanto il compito dell'istruttoria tecnica al ruolo centrale della Regione. Emilia-Romagna, Toscana e Veneto invece affidano attualmente l'istruttoria tecnica a organismi regionali esterni alla direzione sanitaria. In particolare: l'Emilia-Romagna identifica l'OTA nel Direttore della Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, la Toscana nel Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione e il Veneto in Azienda Zero. La Lombardia si differenzia in quanto attribuisce questo compito non a membri correlati

a enti o direzioni regionali, bensì alle Aziende Territoriali Socio-Sanitarie; in particolare, per ciascuna ATS, viene nominato un Dirigente Responsabile della Unità Operativa Complessa afferente ad OTA che, tra i suoi incarichi, oltre ad assicurare l'espletamento delle procedure per l'accreditamento e/o il mantenimento dei requisiti, ha anche quello di nominare i componenti del *team* di verifica.

La definizione del gruppo di verifica a cui si appoggia l'Organismo Tecnicamente Accreditante per l'istruttoria tecnica è un altro aspetto in cui le Regioni hanno libertà decisionale. Anche in questo caso, le Regioni Emilia-Romagna, Lazio, Toscana e Veneto sono accumulate dalla scelta di redigere un Registro Regionale predisponente un elenco di valutatori internamente al quale scegliere, in base alla graduatoria predisposta, i membri del gruppo di verifica; le Regioni Veneto ed Emilia-Romagna sottolineano inoltre che tra i requisiti per rientrare nell'elenco regionale dei valutatori vi è il superamento di un apposito esame qualificante, a riprova della necessità di affidare questo incarico a persone competenti in materia. La Lombardia, analogamente alla scelta attuata per i membri dell'OTA, nomina i valutatori membri del gruppo di verifica non da un elenco regionale, ma aprendo un bando di concorso al quale possono partecipare membri dello staff sanitario, amministrativo o tecnico della stessa ATS; esperite le procedure di assunzione/mobilità gli operatori scelti saranno inseriti in un percorso di formazione sulla base dei profili personali. Si può pertanto notare l'ulteriore peculiarità della Lombardia di non nominare persone già ritenute esperte e competenti nel settore, ma di formarle successivamente all'inserimento del gruppo di valutazione.

Al termine dell'istruttoria tecnica, se presente, viene formalizzato l'atto di **concessione o di diniego dell'accreditamento**. Il compito spetta, comunemente a tutte le Regioni, alla Direzione Generale competente in materia sanitaria della Giunta Regionale, ma con tempistiche massimali differenti: entro 90 giorni dalla richiesta in Emilia-Romagna, 30 giorni dalla richiesta in Toscana, 120 giorni dalla richiesta e 20 giorni dall'istruttoria tecnica per il Lazio, entro 15 giorni dall'istruttoria tecnica per la Lombardia ed infine entro il 30 novembre dell'anno di richiesta per il Veneto. Per alcune Regioni vi è la possibilità di formalizzare l'accreditamento come temporaneo/provisorio in attesa di ulteriori verifiche a seguito del riscontro di mancanze relativamente al rispetto di particolari requisiti, come in Emilia-Romagna e in Lazio, o, nel caso della Toscana, in attesa della valutazione dei requisiti di processo in caso di nuove strutture o strutture avvianti nuove attività.

Anche la **durata dell'accreditamento** è diversa da Regione a Regione: pari a 3 anni per il Veneto, 5 anni per l'Emilia-Romagna e la Toscana, variabile, ma fino a un massimo di 5 anni per il Lazio, mentre per la Lombardia non vi sono tempistiche, prevedendosi il tacito rinnovo dell'accreditamento istituzionale successivamente al superamento delle verifiche di controllo del mantenimento dei requisiti necessari, decisione che può essere giustificata dalla volontà di non correlare l'accreditamento istituzionale alla programmazione regionale.

Riferimenti:

Legislazioni regionali

V. Melocchi, *Accreditamento istituzionale ed evoluzione delle normative nazionali e regionali. Confronto tra Lombardia e Emilia-Romagna, Lazio, Toscana e Veneto*, Politecnico di Milano, Tesi di Laurea, aprile 2021, Milano.