



Delibera n. 69 del 26/02/2025

OGGETTO: PIANO DEI CONTROLLI - DOCUMENTO OPERATIVO PROGRAMMATARIO DELLE ATTIVITA' DI CONTROLLO DI ATS DELLA BRIANZA PER L'ANNO 2025 - DGR N. XII/3720 DEL 30/12/2024

IL DIRETTORE GENERALE – Dott. Michele Brait

Nominato in forza della Deliberazione della Giunta Regionale di Lombardia n. XII/1653 del 21/12/23

ACQUISITI i pareri del

Direttore Sanitario	Dr. Aldo Bellini	Favorevole
---------------------	------------------	------------

Direttore SocioSanitario	Dr. Antonio Colaianni	Favorevole
--------------------------	-----------------------	------------

Direttore Amministrativo	Dott. Giuseppe Matozzo	Favorevole
--------------------------	------------------------	------------

PREMESSO che la L.R. 30/12/2009 n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e s.m.i., all'art. 11, istituisce l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS) e, al comma 4, stabilisce che ACSS, quale organismo tecnico-scientifico terzo ed indipendente, *“predisporre e propone alla Giunta Regionale che lo approva, previo parere della Commissione Consiliare competente, il Piano annuale dei controlli e dei protocolli; la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS deve essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei medesimi”*;

RICHIAMATE:

- la DGR n. XI/7315 del 14/11/2022, con la quale la Giunta Regionale ha approvato il Piano dei Controlli e dei Protocolli proposto da ACSS;
- la DGR n. XII/3720 del 30/12/2024, ad oggetto *“Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025”* – (di concerto con il Vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi), che fornisce indicazioni per le attività di controllo e prevede la predisposizione del Piano dei Controlli relativo all'esercizio 2025 entro il 28/02/2025 ed il suo invio alla DG Welfare e all'ACSS;

CONSIDERATO che il Piano dei Controlli è il principale strumento di programmazione di cui le ATS dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo sugli Erogatori, e che le ATS, come esplicitato all'art. 11, comma 4 della L.R. 30/12/2009 n. 33 e ss.mm.ii., sono titolari della funzione di controllo nel loro ambito territoriale;

RITENUTO pertanto di adottare, ai sensi e per gli effetti della L.R. 33/09 e ss.mm.ii. e secondo le indicazioni contenute nella DGR n. XI/7315 del 14/11/2022, il *“Piano dei Controlli anno 2025”* quale documento operativo-programmatorio delle attività di controllo per l'anno 2025;

DATO ATTO che con nota dei Direttori Sociosanitario e Sanitario di ATS Brianza, prot. n. 0004346/25 del 20/01/2025, il Dr. Alberto Lombardi, Direttore del Dipartimento PAAPSS, è stato individuato quale referente per il coordinamento della raccolta dei contributi provenienti dalle diverse articolazioni di ATS coinvolte nella stesura del documento sopra citato;

VISTO il documento all'uopo redatto e allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

VISTA la proposta presentata dal Direttore del Dipartimento PAAPSS, Dr. Alberto Lombardi che, anche in qualità di Responsabile del procedimento, attesta la regolarità tecnica e la legittimità del presente atto;

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa:

- di adottare, ai sensi e per gli effetti della L.R. 33/09 e ss.mm.ii. e secondo le indicazioni contenute nella DGR n. XI/7315 del 14/11/2022, il *“Piano dei Controlli anno 2025”*, quale documento operativo-programmatorio delle attività di controllo di ATS della Brianza per l'anno 2025, in attuazione della DGR n. XII/3720 del 30/12/2024, punto 4.11.1. *“Programmazione dei controlli”*, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- di trasmettere il presente provvedimento, in formato elettronico, alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia e all'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo;
- di dare mandato al Responsabile del Procedimento per tutti i necessari successivi adempimenti di attuazione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 6 della L. 241/1990;

- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico di questa ATS;
- di dare atto che ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dei commi 4 e 6 dell'art. 17 della L.R. n. 33/2009, come modificata dall'art. 1 della L.R. n. 23/2015, il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;
- di disporre, ai sensi del medesimo art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, la pubblicazione del presente provvedimento all'albo on line dell'Ente;
- di comunicare l'adozione del presente provvedimento alle Strutture aziendali.

Documento firmato digitalmente
IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Michele Brait)

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E LEGITTIMITA'

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE, ACCREDITAMENTO, ACQUISTO PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

**Il Dirigente Responsabile
Alberto Lombardi**

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE

S.C. BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA'

Si attesta la regolarità contabile del presente provvedimento:

Bilancio anno _____: Sanitario Socio Sanitario Integrato (ASSI) Sociale

Programma di spesa: _____

Conto n.: _____ Importo: _____

NOTE

Sistema Socio Sanitario



ATS Brianza

PIANO DEI CONTROLLI

ANNO 2025

Sommario

Premessa	1
1. AREA SANITARIA.....	2
1.1. Contesto territoriale.....	2
1.2. Risorse umane	5
1.3. Programmazione 2025	5
1.3.1. Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie	5
1.3.2. Vigilanza strutture sanitarie	6
1.3.3. Controllo prestazioni sanitarie di ricovero	9
1.3.4. Controllo prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale	17
2. AREA SOCIOSANITARIA.....	27
2.1. Contesto territoriale.....	27
2.2. Risorse umane	31
2.3. Scheda struttura e Scheda struttura personale	32
2.4. Autorizzazione e accreditamento strutture sociosanitarie	32
2.5. Vigilanza strutture sociosanitarie	33
2.6. Programmazione attività SSD VRST Strutture Socio Sanitarie	36
3. AREA SOCIALE.....	38
3.1. Contesto territoriale.....	38
3.2. Risorse umane	39
3.3. Programmazione Vigilanza Sociale.....	39
4. AREA VERIFICHE REQUISITI CONTRATTUALI	42
4.1. Contesto territoriale.....	42
4.2. Risorse umane	44
4.3. Verifiche requisiti contrattuali delle strutture	45
5. AREA FARMACEUTICA	50
5.1. Farmaceutica	50
5.2. Appropriata prescrizione.....	60
6. AREA PROTESICA	63
7. ALTRE AREE DI CONTROLLO	65
7.1. Tempi di attesa.....	65
7.2. PNRR Missione 6 C1: Realizzazione Case e Ospedali di Comunità e Assistenza domiciliare	67
7.3. Presa in carico dei pazienti cronici (PIC).....	68
7.4. Programmazione Risk Management per l'anno 2025.....	69
7.5. Qualità percepita.....	71

Premessa

L'art. 6, lettera i) della Legge regionale n. 33/2009, conferisce ad ATS la titolarità dell'attività di vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'art. 10 del D.Lgs. n. 502/1992, secondo le scadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo.

Le funzioni di controllo esercitate dall'ATS riguardano le seguenti aree:

- vigilanza e accreditamento degli enti sanitari
- vigilanza e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie
- vigilanza delle unità di offerta sociali
- controlli di appropriatezza sui ricoveri e sulle prestazioni ambulatoriali
- controlli di appropriatezza in ambito sociosanitario
- controlli sui requisiti della contrattualizzazione sanitaria e sociosanitaria
- controlli sulla farmaceutica e sulla protesica
- controlli sul rispetto dei tempi di attesa

Il Piano dei controlli è il principale strumento di programmazione di cui l'ATS dispone per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo.

I principali riferimenti normativi per la stesura del Piano sono:

- DGR n. 7315 del 14/11/2022 "Approvazione del Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022 – 2023";
- DGR n. 3720 del 30/12/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025";
- Nota ACSSL.2024.0000246 del 08/02/2024 "Comunicazione in materia dei Piani dei Controlli ATS".

Il presente Piano dei Controlli descrive, per ciascuna area, il contesto territoriale e la programmazione delle attività di controllo per l'anno 2025, secondo le linee generali indicate dall'ACSS nel vigente PCPQ, tenuto conto del contesto territoriale di ATS Brianza.

Il documento è stato redatto con i contributi delle seguenti articolazioni di ATS della Brianza:

- Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto Delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie
- SC Servizio farmaceutico
- Dipartimento Programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali
- Risk Management
- SC Innovazione e comunicazione

1. AREA SANITARIA

1.1. Contesto territoriale

Nella Tabella 1 viene riportato il quadro di sintesi dell'offerta di posti letto accreditati e a contratto delle strutture di ricovero e cura dell'ATS al 01/01/2025.

Tabella 1 - Offerta di posti letto accreditati e a contratto delle Strutture di ricovero e cura al 01/01/2025 suddivisi per distretto

AREA	DISTRETTO	ENTE	STRUTTURA	Pubblica/Privata	ACUTI	RIABILITAZIONE	DH/DS	DH RIABILITAZIONE	SUBACUTE	TOTALE
AREA LECCO	LECCO	ASST LECCO	Presidio Alessandro Manzoni di Lecco	Pubblica	551	25	49		16	641
		G.B. Mangioni Hospital S.r.l	G.B. Mangioni Hospital S.r.l	Privata	76		2		7	85
		Congregazione Suore Misericordine di S.Gerardo-Monza	Casa d Cura Lecco "B.L. Talamoni"	Privata	58	20	8		10	96
		Congregazione Suore Infermiere dell'Addolorata	Villa Beretta	Privata		87		2		89
		Associazione la Nostra Famiglia	Istituto scientifico Eugenio Medea	Privata		112		13		125
	MERATE	ASST LECCO	Ospedale San Leopoldo Mandic Merate	Pubblica	288		27		10	325
		INRCA IRCCS	INRCA- Presidio di Casatenovo	Pubblica	36	32			18	86
	BELLANO	ASST LECCO	Ospedale Umberto I Bellano	Pubblica		55		1		56
	Totale Area					1009	331	86	16	61
AREA MONZA	MONZA	Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza	Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza	Pubblica	875	25	61			961
		Istituti clinici Zucchi spa	Istituti Clinici Zucchi spa di Monza	Privata	120	56	25		16	217
		Casa di Cura Privata Policlinico di Monza spa	Casa di Cura Privata Policlinico di Monza spa	Privata	139	47	13	1		200
	Totale Area					1134	128	99	1	16
AREA BRIANZA	VIMERCATE	ASST della BRIANZA	Nuovo Ospedale di Vimercate	Pubblica	423	20	45		13	501
	DESIO	ASST della BRIANZA	Ospedale Pio XI	Pubblica	318		23		10	351
		Multimedica spa	Villa Bianca Casa di Cura	Privata		69		1		70
	CARATE BRIANZA	ASST della BRIANZA	Ospedale Civile V. Emanuele III	Pubblica	151		13			164
		Istituti clinici Zucchi spa	Istituti Clinici Zucchi spa di Carate	Privata	10	138		4		152
		Istituti clinici Scientifici Maugeri spa	Centro Medico di Lissone	Privata		44				44
	SEREGNO	ASST della BRIANZA	P.O. Trabattoni Ronzoni di Seregno	Pubblica	-	81		4		85
		ASST della BRIANZA	P.O. G. Borella Giussano	Pubblica	52	-	17		20	89
	Totale Area					954	352	98	9	43
TOTALE ATS					3097	811	283	26	120	4337

Tra le strutture del territorio n. 3 presidi ospedalieri sono sede di Pronto Soccorso (n. 1 struttura pubblica e n. 2 strutture private), n. 5 presidi ospedalieri pubblici sono sede di DEA, 3 presidi sono sede di DEA di I Livello mentre n. 2 presidi sono sede di DEA di II Livello (n. 1 struttura pubblica e n. 1 IRCCS pubblico).

Nella Tabella 2 viene riportato il quadro di sintesi dell'offerta delle strutture di residenzialità psichiatrica accreditate a contratto, al 01/01/2025.

Tabella 2 - Offerta delle strutture di residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica e neuropsichiatrica accreditate a contratto al 01/01/2025

DISTRETTO	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	ENTE	PL A CONTRATTO
LECCO	SRP3.3-Comunità Protetta a Bassa Protezione	L'ARCOBALENO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE - ONLUS	2
	SRP2-CPM-Comunità Protetta a Media Assistenza	ASST LECCO-PRESIDIO MANZONI	10
	SRP2-CPA-Comunità Protetta ad Alta Assistenza	SERVIZI INTEGRATIVI SRL	10
	Struttura psichiatrica semiresidenziale	ASST LECCO-PRESIDIO LECCO	20
MERATE	SRP1-CRM-Comunità Riabilitativa a Media Assistenza	ASST LECCO-PRESIDIO MERATE	16
	SRP1-CRA-Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza	ASST LECCO-PRESIDIO MERATE	12
	Struttura psichiatrica semiresidenziale	ASST LECCO-PRESIDIO MERATE	16
BELLANO	SRP1-CRA-Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza	ASST LECCO-PRESIDIO LECCO	16
DESIO	SRP2-CPM-Comunità Protetta a Media Assistenza	ASST BRIANZA-PRESIDIO DESIO	8
		ASST BRIANZA-PRESIDIO DESIO	10
		ASST BRIANZA-PRESIDIO DESIO	8
		ASSOCIAZIONE SAN FRANCESCO	19
	SRP1-CRA-Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza	ASST BRIANZA-PRESIDIO VIMERCATE	16
	SRP2-CPA-Comunità Protetta ad Alta Assistenza	RECOVERY FOR LIFE SRL	16
	Struttura psichiatrica semiresidenziale	ASST BRIANZA-PRESIDIO DESIO	15
CARATE BRIANZA	SRP2-CPA-Comunità Protetta ad Alta Assistenza	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI PRESIDIO DI CARATE	20
		FONDAZIONE AS.FRA ONLUS	20
		FONDAZIONE AS.FRA ONLUS	20
		ASST BRIANZA-PRESIDIO DESIO	4
	SRP1-CRA-Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI PRESIDIO DI CARATE	20
		FONDAZIONE AS.FRA ONLUS	20
		FONDAZIONE AS.FRA ONLUS	20
		ASST BRIANZA-PRESIDIO DESIO	12
	Struttura psichiatrica semiresidenziale	FONDAZIONE AS.FRA ONLUS	7
		FONDAZIONE AS.FRA ONLUS	20
		SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE LUCIANO DONGHI - ONLUS	20
		ASST BRIANZA-PRESIDIO VIMERCATE	25
		ASST BRIANZA-PRESIDIO VIMERCATE	10
MONZA	Struttura psichiatrica semiresidenziale	NOVO MILLENNIO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	18
		ASST BRIANZA-PRESIDIO VIMERCATE	15
		FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA	5
		FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA	20
		FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA	10
	SRP2-CPM-Comunità Protetta a Media Assistenza	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA	10
SRP1-CRA-Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA	18	
SEREGNO	Struttura psichiatrica semiresidenziale	ASST BRIANZA-PRESIDIO VIMERCATE	20
		ASST BRIANZA-PRESIDIO VIMERCATE	15
	SRP2-CPA-Comunità Protetta ad Alta Assistenza	ASST BRIANZA-PRESIDIO DESIO	16

A questi si aggiungono, nel distretto di Desio, 1 pl di SRP2-CPM dell'Ente Associazione San Francesco e 4 pl di SRP2-CPA dell'Ente Recovery for Life autorizzati e accreditati, ma non a contratto.

Tabella 3 - Offerta delle strutture di residenzialità e semi residenzialità neuropsichiatrica accreditate al 01/01/2025

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	DISTRETTO	ENTE	PL SOLO ACCREDITATI	PL A CONTRATTO
Struttura neuropsichiatrica residenziale	LECCO	L'Arcobaleno Società Cooperativa Sociale - Onlus	0	10
	DESIO	Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza	0	8
		Recovery for Life Srl	17	3
	CARATE	ASST Brianza	4	16
Struttura neuropsichiatrica semiresidenziale	CARATE	ASST Brianza - Presidio Vimercate	0	20
		ASST Brianza - Presidio Vimercate	0	10
	DESIO	Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza	0	5
		Recovery for Life Srl	6	14
	LECCO	L'Arcobaleno Società Cooperativa Sociale - Onlus	3	9

La rete ambulatoriale di ATS Brianza è composta da:

- ambulatori afferenti alle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate,
- poliambulatori privati accreditati a contratto,
- poliambulatori privati accreditati non a contratto.

Nelle tabelle 4 e 5 è riportato il quadro di sintesi dell'offerta delle strutture ambulatoriali accreditate e a contratto e di quelle accreditate non a contratto al 01/01/2025.

Tabella 4 – Offerta di strutture ambulatoriali accreditate e a contratto al 01/01/2025

POLIAMBULATORI PRIVATI ACCREDITATI A CONTRATTO	NUMERO
Ambulatoriali	22
Medicina di Laboratorio	2
Medicina dello sport	5
Ambulatori odontoiatrici	3
TOTALE	32

Tabella 5 - Offerta di strutture ambulatoriali accreditate non a contratto al 01/01/2025

POLIAMBULATORI PRIVATI ACCREDITATI NON A CONTRATTO	NUMERO
Ambulatoriali	4
Medicina di Laboratorio	1
Medicina dello sport	2
Ambulatori odontoiatrici	9
TOTALE	16

1.2. Risorse umane

Per l'ambito sanitario il personale dedicato all'attività di controllo e vigilanza afferisce alla SC Accreditamento, controllo e vigilanza strutture sanitarie del Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie e alle sue tre articolazioni: SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie, SS Controllo Qualità e Appropriately Prestazioni di Ricovero Sanitario e SS Controllo Appropriately e Equità di Accesso Prestazioni Ambulatoriali e Governo dei Tempi di Attesa.

Al 01/01/2025, nello specifico si tratta di:

- n. 3 dirigenti medici
- n. 1 dirigente professioni sanitarie – area prevenzione
- n. 4 assistenti sanitari
- n. 1 personale tecnico
- n. 4 personale amministrativo

Inoltre, per la verifica dei requisiti strutturali e tecnologici, si precisa che ci si avvale del personale afferente alla SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici Strutture erogatrici.

1.3. Programmazione 2025

1.3.1. Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie

Con L.R. n. 8 del 20/05/2022 è stato riportato in capo alla Regione l'accREDITamento delle Strutture Sanitarie e sociosanitarie demandando alle ATS lo svolgimento dell'istruttoria, pertanto con DGR n. 6677 del 18/07/2022 Regione Lombardia ha definito la nuova procedura di accREDITamento delle Strutture Sanitarie.

Con la DGR n. 3720 del 30/12/2024 Regione Lombardia ha definito che nel corso del 2025 si provvederà alla stesura di una procedura per l'applicazione graduale di quanto contenuto nel D.M. del 19/12/2022 "Valutazione in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza delle attività erogate per l'accREDITamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" e che inoltre si provvederà, con il supporto di ACSS, alla riattualizzazione dei requisiti organizzativi generali.

Dal 1° gennaio 2025 gli accREDITamenti per nuove MAC e BIC sono sospesi e a partire dal mese di giugno 2025 non sarà consentita l'apertura di nuovi punti prelievo accREDITati.

Nelle more di ulteriori indicazioni normative, continuerà l'attività istituzionale di accREDITamento in merito alla processazione di:

- istanze di autorizzazione e accREDITamento delle Strutture Sanitarie nelle fattispecie e con le modalità previste dalla normativa vigente;
- istanze di voltura.

Relativamente alle procedure di accREDITamento, nella DGR sopra citata, si è definito inoltre che l'istruttoria da parte di ATS inizi solo dopo il ricevimento delle istanze complete tramite PEC o consegna diretta.

Pertanto per tutte le istanze presentate alla SS AccREDITamento e Vigilanza Strutture Sanitarie, previa verifica della correttezza e completezza formale, gli operatori della SS procederanno, in collaborazione con la SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici delle strutture erogatrici (VRST) e per le strutture di Medicina dello Sport anche con la SS Gestione e Sviluppo Programmi Intersettoriali, alla valutazione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici previsti dalle normative in materia di accREDITamento sia attraverso l'esame documentale sia mediante sopralluoghi, così come previsto dalla procedura interna di processo "AccREDITamento Ambito Sanitario: Nuove istanze" ID2542 Rev.3 del 12/10/2022. Per il 2025, inoltre, tenuto

conto che con Delibera n. 158 del 09/05/2024 è stata attivata una convenzione con il servizio di Fisica Sanitaria che prevede tra le attività la verifica dei requisiti generali e specifici organizzativi e tecnico – strutturali (SGTEC 07, SSDIM e OSDIM) per le istanze relative a UO di Radiologia e diagnostica per immagini, verrà richiesto anche il parere della Fisica Sanitaria. E' possibile infine, per il tramite della SSD VRST e in particolari situazioni, procedere alla richiesta di parere anche alla SSD Impiantistica e alla SC Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro.

L'iter valutativo si concluderà con l'espressione, da parte della SC Accreditamento Controllo e Vigilanza Strutture Sanitarie, del parere in merito alla valutazione tecnica relativa al possesso dei requisiti, adottato tramite un provvedimento a firma del Direttore Generale, che verrà inviato alla DG Welfare che a sua volta lo proporrà alla Giunta Regionale per la delibera di accreditamento o di variazione dell'accreditamento con conseguente iscrizione/aggiornamento del Registro Regionale delle strutture accreditate.

Le istanze verranno infine processate tramite l'utilizzo del nuovo applicativo Regionale "SIGAUSS", che ha sostituito nel corso del 2024 il portale regionale ASAN, dalla SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie.

Inoltre con DGR XII/3414 del 18/11/2024 che ha per oggetto "SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO: determinazione in merito ai requisiti specifici autorizzativi e di accreditamento e ai criteri di qualità e appropriatezza per la gestione della medicina di laboratorio decentrata" viene stabilito che i laboratori clinici già autorizzati o accreditati, che attuano l'offerta di "diagnostica di medicina di laboratorio decentrata" devono adeguarsi ai nuovi requisiti previsti (DGR XII/3414 del 18/11/2024), entro le tempistiche di seguito definite, che decorreranno dal 30 giugno 2025:

- entro sei mesi per la presentazione delle istanze di ampliamento dell'assetto autorizzativo e/o di accreditamento (entro il 31 dicembre 2025);
- entro 18 mesi per il possesso dei nuovi requisiti minimi specifici organizzativi e tecnologici (entro il 31 dicembre 2026);

i Laboratori Clinici che richiederanno nuove autorizzazioni o che attueranno l'offerta di "Diagnostica di Medicina di Laboratorio Decentrata (POCT)", a partire dal 30 giugno 2025, dovranno possedere dal momento di presentazione dell'istanza, tutti i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi.

Vista la DGR sopra riportata, nelle more di ulteriori disposizioni da parte di DG Welfare, si procederà alla gestione delle istanze di ampliamento dei POCT.

1.3.2. Vigilanza strutture sanitarie

La pianificazione delle attività istituzionali ordinarie è effettuata tenendo conto delle indicazioni contenute nella DGR n. 3720 del 30/12/2024 e di quanto stabilito dalle vigenti norme in materia di accreditamento. L'iter di verifica viene condotto secondo quanto indicato nella procedura interna di processo "Accreditamento ambito sanitario: Vigilanza" ID03123 Rev. 3 del 30/11/2023.

Nella programmazione si è ritenuto di orientare le attività di vigilanza alle seguenti tipologie di verifica:

1. Mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle Strutture Sanitarie di ricovero e cura, psichiatriche e neuropsichiatriche, servizi di medicina di laboratorio e ambulatoriali (ambulatori territoriali e ambulatori di medicina sportiva) (controllo di routine);
2. Verifiche finalizzate alla richiesta di riconoscimento/rinnovo (di regola ogni tre anni) delle idoneità alla sperimentazione clinica ai sensi del DM 19/03/1998;
3. Comunicazioni relative a modifiche organizzative/strutturali da parte delle Strutture Sanitarie;
4. Verifiche derivanti da segnalazioni/ricieste da parte di privati cittadini, altri servizi di ATS Brianza, Enti terzi (altre ATS, NAS, Guardia di Finanza, Difensore Civico ecc.);
5. Verifiche di ottemperanza a diffide;

6. Verifiche nell'ambito del percorso di accreditamento con perizia asseverata prevista dalla DGR n. 3312/2001;
7. Verifiche su eventuali criticità riscontrate durante i controlli NOC e vigilanza della SS Gestione e Sviluppo Programmi Intersectoriali;
8. Riclassificazione Unità Operative di Neuroriabilitazione (cod. 75) e Unità Spinale (cod. 28);
9. Riclassificazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio.

La pianificazione delle attività potrà essere rimodulata in funzione di ulteriori indicazioni o normative nazionali e regionali.

Vigilanza Strutture Sanitarie di ricovero e cura, strutture psichiatriche, neuropsichiatriche e ambulatoriali

L'attività periodica di vigilanza, finalizzata alla verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento strutturali, tecnologici e organizzativi, coinvolgerà un determinato **campione** di Strutture Sanitarie sulla base di un criterio di esito (es: diffida), di temporalità (strutture non vigilate negli ultimi 5 anni) o a seguito di comunicazioni/segnalazioni (tipologia di verifica n.4, n.5, n.7 e n.8).

Modalità operative di esecuzione: sul campo, da remoto o mista; **campione:** la numerosità non è quantificabile a priori, ad eccezione delle verifiche effettuate sulla base del criterio temporale per le quali sono stati pianificati 13 sopralluoghi.

Nelle more della revisione dei requisiti specifici in corso, si è deciso per il 2025 di non inserire nei controlli routinari le strutture psichiatriche.

Per il 2025 tenuto conto che con Delibera n. 158 del 09/05/2024 è stata attivata una convenzione con il servizio di Fisica Sanitaria, che prevede tra le attività la verifica dei requisiti generali e specifici organizzativi e tecnico – strutturali (SGTEC 07, SSDIM e OSDIM) delle strutture sanitarie con assetto organizzativo comprendente la UO di Radiologia e diagnostica per immagini, si è deciso di inserire tra le strutture da vigilare quelle con la UO sopra citata.

È possibile inoltre, per il tramite della SSD VRST e in particolari situazioni, procedere alla richiesta di parere anche alla SSD Impiantistica e alla SC Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro.

Verifiche finalizzate alla richiesta di riconoscimento/rinnovo delle idoneità alla sperimentazione clinica

L'attività di vigilanza, il cui esito è preliminare alla richiesta di riconoscimento/rinnovo delle idoneità alla sperimentazione clinica da presentare al comitato etico da parte delle strutture interessate (DM 19 marzo 1998), riguarda la verifica del possesso dei requisiti minimi di autorizzazione contenuti nel DPR 14 gennaio 1997.

Modalità operative di esecuzione: sul campo, da remoto o mista; il **campione** di Strutture Sanitarie deriva dalle richieste pervenute dalle strutture interessate al riconoscimento/rinnovo delle idoneità alla sperimentazione (non quantificabile).

Riclassificazione Unità Operative di Neuroriabilitazione (cod. 75) e Unità Spinale (cod. 28)

Ai sensi della DGR 3720/2024 nel corso del 2025 è data attuazione alla D.G.R. n. 1477/2023 attraverso l'avvio della riclassificazione e revisione delle tariffe relative ai ricoveri di neuroriabilitazione (cod. 75). Tale attività di verifica dei requisiti di accreditamento dovrà essere completata entro il 30 giugno 2025.

Modalità operative di esecuzione: sul campo, da remoto o mista; **campione:** Strutture Sanitarie individuate con DGR. n. XII /1477 del 04/12/2023.

Riclassificazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio

A seguito della conclusione della prima fase del percorso di riclassificazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio che ha previsto nel corso del 2023 la verifica di congruenza tra quanto presentato dall'Ente nella proposta di riclassificazione e quanto presente nell'assetto accreditato, per il 2024 si è proceduto a selezionare un campione di requisiti (tra quelli per cui è previsto l'assolvimento "immediato" da ottemperare entro il 31/12/2023 e in proroga a 18 mesi quindi scaduti il 31.08.2024) da valutare mediante verifiche documentali per tutte le UU.OO. di Laboratorio Clinico e per le relative macroattività afferenti. Pertanto si è provveduto ad avviare l'attività di verifica richiedendo alle strutture sede di laboratorio, tutta la documentazione necessaria per l'assolvimento dei requisiti, prevedendo, inoltre, la possibilità di effettuare dei sopralluoghi in loco presso i Laboratori per i quali vengano rilevati aspetti meritevoli di approfondimento

a seguito della valutazione della documentazione trasmessa. Tale attività si concluderà entro il 28/02/2025 (data prevista per l'adeguamento ai requisiti strutturali e tecnologici specifici).

Modalità operative di esecuzione: sul campo, da remoto o mista; **campione:** 17 Strutture Sanitarie sedi di uno o più laboratori clinici.

Verifiche finalizzate all'accertamento dell'adeguamento tecnologico e strutturale delle strutture sanitarie

Per quanto riguarda l'attività di monitoraggio annuale dell'andamento dei lavori di adeguamento strutturale ai sensi della DGR 5806 del 29/12/2021 "Proroga dei termini per l'adeguamento tecnologico e strutturale delle strutture sanitarie e per la conclusione dei piani programma delle unità di offerta sociosanitarie", la SSD VRST proseguirà l'attività di verifica dei piani di adeguamento programma delle seguenti strutture sanitarie:

- 13 Strutture di ricovero e cura
- 12 Strutture ambulatoriali.

L'attività di monitoraggio verrà effettuata in loco utilizzando la check list del verbale di sopralluogo redatta dalla SSD VRST e relativa ai requisiti generali SGTEC e strutturali specifici precisando che per i requisiti specifici gli stessi variano in funzione delle macroattività vigilate.

I sopralluoghi per ogni fattispecie sopra descritta verranno pianificati prevedendo il seguente team di verifica:

- per la valutazione dei requisiti organizzativi almeno due operatori di cui un dirigente e un sanitario della SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie

e la collaborazione:

- per la verifica dei requisiti tecnologici e strutturali della SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici e del fisico sanitario qualora in assetto sia presente la UO di Radiologia e diagnostica per immagini; qualora lo ritenesse opportuno la SSD VRST può inoltre procedere alla richiesta di parere alla SSD Impiantistica e alla SC Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro;
- per la verifica di requisiti di competenza della SS Gestione e Sviluppo Programmi Intersectoriali per le strutture di Medicina dello Sport.

Proseguiranno inoltre le attività relative a:

- verifica quali-quantitativa degli standard di dotazione organica che saranno oggetto di controllo durante le verifiche espletate nell'ambito dei sopralluoghi di accreditamento e di vigilanza, tramite l'acquisizione di dichiarazione sostitutiva di certificazione per il possesso dei titoli di studio e non incompatibilità per il personale di ruolo sanitario, organigrammi e turnistiche. Si potrà inoltre, qualora lo si ritenga necessario, procedere alla valutazione della congruenza fra le turnistiche e le timbrature del personale delle Unità Operative/macroattività oggetto di verifica;
- verifica sulle segnalazioni periodiche del Centro di Riferimento Regionale per la qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio relative a non conformità legate alla partecipazione ai programmi di Verifiche Esterne di Qualità (VEQ) non giustificate (mancata partecipazione/partecipazione per analisi non autorizzate).

Vista inoltre la nota di DGW prot. n. G1.2023.0051337 del 22/12/2023 si procederà, ai sensi DGR n. 3264 del 16/06/2020, alla riclassificazione della UO Terapia Semintensiva Multidisciplinare afferente alla struttura sanitaria Ospedale Civile Vittorio Emanuele III dell'ente ASST della Brianza a seguito di presentazione di istanza di riclassificazione a conclusione dei lavori di ristrutturazione attualmente in corso.

1.3.3. Controllo prestazioni sanitarie di ricovero

Analisi della produzione ricoveri 2024 e degli indicatori del Portale di Governo Regionale

Al fine di meglio definire i criteri di campionamento e di identificare eventuali inapproprietezze di codifica e scostamenti significativi rispetto alla produzione dell'anno precedente, si è provveduto a effettuare l'analisi della produzione dell'anno 2024, calcolando una stima sulla base della produzione disponibile attualmente (1° invio mese di dicembre 2024).

La Tabella 6 riporta la numerosità della produzione delle Strutture erogatrici di ATS Brianza per setting di erogazione (acuto, riabilitazione, subacuto).

Tabella 6 – Analisi produzione per setting di erogazione e struttura erogatrice

Strut.	2021				2022				2023				2024			
	Acuti	Riab.	SA	Tot.	Acuti	Riab.	SA	Tot.	Acuti	Riab.	SA	Tot.	Acuti	Riab.	SA	Tot.
1	0	279	0	279	0	392	0	392	0	285	73	358	0	283	0	283
2	6.771	0	221	6.992	6.726	0	171	7.068	6.501	167	163	6.831	6.326	155	154	6.635
3	882	226	90	1.198	1.225	264	94	1.677	1.495	315	99	1.909	1.512	323	74	1.909
4	1.844	0	186	2.030	1.999	0	97	2.193	1.763	0	93	1.856	1.945	0	103	2.048
5	10.604	0	0	10.604	11.711	0	41	11.793	12.651	0	0	12.651	12.333	0	0	12.333
6	5.480	0	108	5.588	5.602	0	0	5.602	5.557	0	0	5.557	5.613	0	0	5.613
7	13.502	27	0	13.529	14.367	0	0	14.367	14.453	66	0	14.519	14.312	101	0	14.413
8	0	0	174	174	0	0	175	350	0	0	242	242	0	0	226	226
9	0	680	0	680	0	776	0	776	0	970	0	970	0	1.051	0	1.051
10	6.131	449	0	6.580	7.385	557	0	7.942	7.827	718	0	8.545	7.453	631	0	8.084
11	7.518	808	172	8.498	7.861	1.099	202	9.364	7.599	1.200	179	8.978	7.749	1.217	192	9.158
12	17	986	31	1.034	26	798	0	824	0	815	0	815	0	783	0	783
13	0	552	0	552	0	628	0	628	0	640	0	640	0	589	0	589
14	0	909	0	909	0	911	0	911	0	907	0	907	0	881	0	881
15	0	349	0	349	0	344	0	344	0	316	0	316	0	295	0	295
16	18.011	106	392	18.509	19.557	85	423	20.488	19.594	268	303	20.165	19.743	263	287	20.293
17	412	126	0	538	656	529	0	1.185	626	561	0	1.187	626	549	0	1.175
18	28.563	50	0	28.613	30.547	59	22	30.650	31.090	53	0	31.143	29.941	0	0	29.941
19	0	1.719	0	1.719	0	1.859	0	1.859	0	2.066	0	2.066	449	1.582	0	2.031
Tot.	99.735	7.266	1.374	108.375	107.662	8.301	1.225	118.413	109.156	9.347	1.152	119.655	108.002	8.703	1.036	117.741

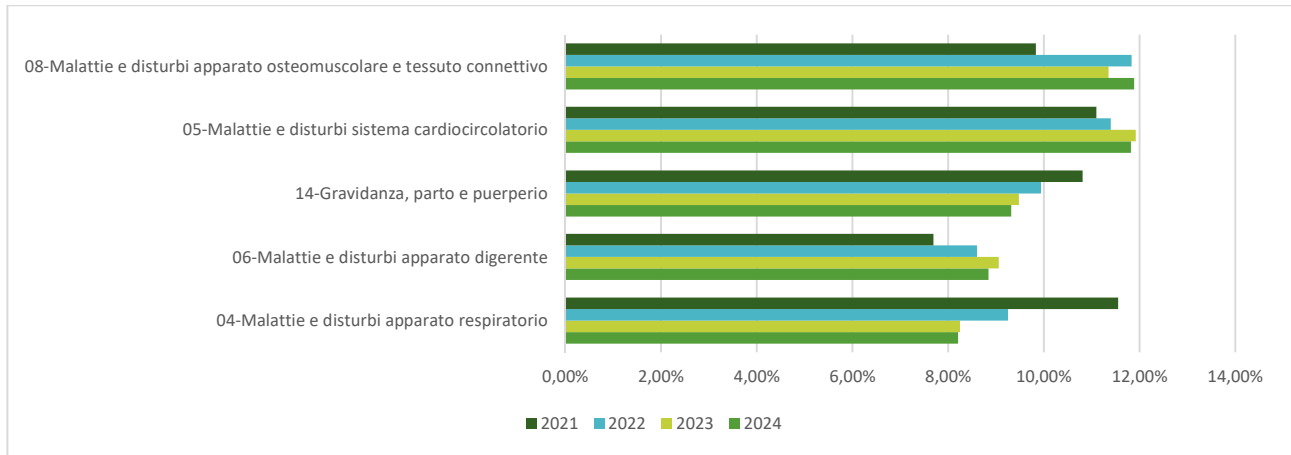
Nel setting acuto (Tabella 7), gli MDC maggiormente prodotti sono gli MDC 05 e MDC 08.

Tabella 7 – Produzione MDC in setting acuto – anno 2024

MDC	%
08-Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	11,89%
05-Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	11,82%
14-Gravidanza, parto e puerperio	9,32%
06-Malattie e disturbi apparato digerente	8,84%
04-Malattie e disturbi apparato respiratorio	8,21%
15-Malattie e disturbi periodo perinatale	6,83%
13-Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	6,65%
11-Malattie e disturbi rene e vie urinarie	6,05%
01-Malattie e disturbi sistema nervoso	5,33%
07-Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	3,64%
09-Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	3,44%
03-Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	3,31%
19-Malattie e disturbi mentali	2,32%
12-Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	1,87%
18-Malattie infettive e parassitarie	1,86%
23-Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1,78%
10-Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	1,71%
02-Malattie e disturbi occhio	1,60%
17-Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1,34%
16-Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	0,86%
21-Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	0,56%
PR-Pre-MDC	0,42%
24-Traumatismi multipli	0,09%
25-Infezioni da HIV	0,08%
NA-Non attribuibile	0,08%
20-Usi di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	0,07%
22-Ustioni	0,02%
Totale	100,00%

Prendendo in esame i primi MDC prodotti nel setting acuto nell’anno 2024, si è fatta un’analisi del trend di produzione degli anni precedenti (Grafico 1) da cui si rileva un leggero decremento degli MDC 14 e 04.

Grafico 1 – Produzione MDC in setting acuto – Trend (2021-2024)



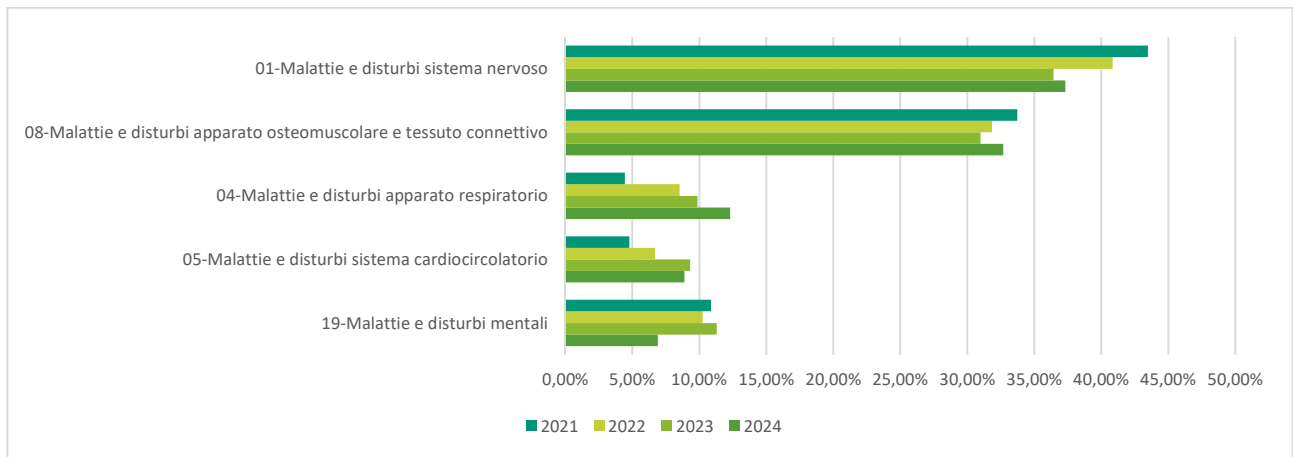
Nel setting riabilitativo (Tabella 8), gli MDC maggiormente prodotti sono gli MDC 01 e MDC 08.

Tabella 8 – Produzione MDC in setting riabilitativo – anno 2024

MDC	%
01-Malattie e disturbi sistema nervoso	37,31%
08-Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	32,68%
04-Malattie e disturbi apparato respiratorio	12,30%
05-Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	8,88%
19-Malattie e disturbi mentali	6,92%
03-Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	0,77%
23-Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	0,70%
02-Malattie e disturbi occhio	0,20%
10-Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	0,08%
06-Malattie e disturbi apparato digerente	0,05%
15-Malattie e disturbi periodo perinatale	0,04%
NA-Non attribuibile	0,04%
12-Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	0,01%
16-Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	0,01%
17-Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	0,01%
18-Malattie infettive e parassitarie	0,01%
Totale	100,00%

Prendendo in esame i primi MDC prodotti nel setting riabilitativo nell’anno 2024, si è fatta un’analisi del trend di produzione degli anni precedenti (Grafico 2) da cui si rileva un incremento del MDC 04.

Grafico 2 – Produzione MDC in setting riabilitativo – Trend (2021-2024)



L’analisi degli indicatori del Portale di Governo Regionale per l’anno 2024 ha considerato diversi parametri di valutazione, tra cui:

- Indicatori NOC
- Indicatori di efficacia
- Indicatori di appropriatezza
- Indicatori di esito

Dall’analisi emerge che alcune Strutture erogatrici del territorio di ATS Brianza presentano valori superiori alla media regionale per i seguenti indicatori:

- Indicatore **NOC I3** – “Incidenza di un DRG sul mix dell’unità operativa”
- Indicatore **NOC I5** – “% ricoveri ripetuti per la stessa MDC ed all’interno dello stesso ospedale”
- Indicatore **NOC I8** – “Importo medio per reparto”
- Indicatore di efficacia **RISK I5** – “Durata media degenza”
- Indicatore di efficacia **RISK I6** – “Peso medio DRG”
- Indicatore di appropriatezza **I1** – “Degenza Media Pre-operatoria”
- Indicatore di appropriatezza **I2** – “% Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari”
- Indicatore di appropriatezza **I3** – “% Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital”
- Indicatore di appropriatezza **I5** – “% Ricoveri Ripetuti entro 30 Giorni con stesso MDC”
- Indicatore di appropriatezza **I6** – “% Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri”
- Indicatore di appropriatezza **I10** – “Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri con DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario”

Sono stati individuati solo quelli che potrebbero indicare un rischio di inapproprietezza e che saranno oggetto di particolare attenzione nella fase di campionamento preliminare ai controlli.

Criteri di campionamento

Il campionamento per l’esercizio 2025 è stato definito utilizzando i criteri indicati in Tabella 9, che include i criteri di campionamento definiti a livello regionale (tipo da 1 a 7), quelli correlati agli indicatori NOC del Portale di Governo Regionale (tipo da R a Z) e n. 34 criteri mirati di interesse locale aggiornati annualmente (tipo 8).

Tabella 9 - Criteri campionamento controlli NOC ricoveri - anno 2025

CAMP	SUB_COD	CRITERIO DESCRITTIVO	RIFERIMENTI NORMATIVI
1	100	Ripetuti	DGR 12692/2003 e DGR 4799/2007
2	200	Complicati	DGR 12692/2003 e DGR 4799/2007
3	300	DRG Anomali	DGR 12692/2003 e DGR 4799/2007
4	400	DRG medici < 4 gg con DP di NPL	DGR 12692/2003 e DGR 4799/2007
5	500	DH diagnostici	DGR 12692/2003 e DGR 4799/2007
6	600	Riabilitazione	DGR 12692/2003 e DGR 4799/2007
7	700	Riabilitazione (PRI e pri)	DGR 12692/2003 e DGR 4799/2007
8	801	8 - Chirurgici brevi	Regole di sistema consolidate

CAMP	SUB_COD	CRITERIO DESCRITTIVO	RIFERIMENTI NORMATIVI
8	802	8 - DRG a rischio inappropriatazza - chi	DGR 1185/2013 e DGR 1046/2018
8	803	8 - DRG a rischio inappropriatazza - med	DGR 2057/2011
8	804	8 - DRG chemioterapia	DGR 6006/2016
8	805	8 - PTCA	Regole di sistema consolidate, DGR 3976/2012
8	806	8 - IMA	DGR 6006/2016
8	807	8 - Nefrostomie	Regole di sistema consolidate, DGR 34869/1998
8	808	8 - DRG ginecologia	Regole di sistema consolidate
8	809	8 - Neoplasie	Regole di sistema consolidate, DGR 4799/2007
8	810	8 - Ricoveri contemporanei	Regole di sistema consolidate
8	811	8 - Setticemie	DGR 2057/2011, Interpello GdL del 23/03/2017
8	812	8 - DRG complicati in DH	Regole di sistema consolidate
8	813	8 - DRG dermatologici	Regole di sistema consolidate
8	814	8 - DRG mammella	DGR 2645/2006 e DGR 1185/2013
8	815	8 - PMA	Regole di sistema consolidate
8	816	8 - Subacuti	DGR 1479/2011
8	817	8 - Ricoveri rinviati	Regole di sistema consolidate
8	818	8 - Ricoveri con procedure BIC	Regole di sistema consolidate
8	819	8 - Chirurgia bariatrica e post bariatrica	Regole di sistema consolidate
8	820	8 - Neonati patologici	DGR 2418/2000, DGR 2989/2014 e DGR 3993/2015
8	821	8 - Tracheostomie	Regole di sistema consolidate
8	822	8 - Parti complicati	DDG 32013/2001
8	823	Endoprotesi	DGR 5924/2022, Decreto 14040/2022, DGR 285/2023
8	824	8 - Artrodesi	Regole di sistema consolidate
8	825	8 - DRG costosi	Regole di sistema consolidate; DRG 7758/2022
8	826	8 - Ustioni	DGR 1185/2013
8	827	8 - Innesti cutanei	Regole di sistema consolidate
8	828	8 - Riabilitazione - DH	DGR 6006/2016
8	829	8 - Riabilitazione - costosi	DGR 6006/2016
8	830	8 - Riabilitazione - fratture	DGR 6006/2016
8	831	8 - Riabilitazione - plegie	DGR 1046/2018, DGR 1986/2019, nota DGW G1.2019.0009622
8	832	8 - Trasferimenti intra-ente	DGR 7758/2022
8	833	8 - Psichiatria	Regole di sistema consolidate
8	834	8 - Medici brevi	Regole di sistema consolidate
R	R00	Ind. Reg. I/9	% di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni
S	S00	Ind. Reg. I/8	Importo medio per reparto
T	T00	Ind. Reg. I/7	% di procedure effettuate in ambulatorio
U	U00	Ind. Reg. I/6	Numero di accessi per SDO in regime di day hospital
V	V00	Ind. Reg. I/5	% di ricoveri ripetuti nello stesso ospedale
W	W00	Ind. Reg. I/4	% di ricoveri ripetuti per la stessa MDC ed all'interno dello stesso ospedale
X	X00	Ind. Reg. I/3	Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa
Y	Y00	Ind. Reg. I/2	% casi complicati
Z	Z00	Ind. Reg. I/1	% di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni

Pianificazione attività di controllo

Secondo quanto disposto nella DGR n. 3720 del 30/12/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025”, l’attività del NOC della ATS si svolge dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025. In particolare, il volume dei controlli sulle prestazioni di ricovero è determinato in almeno il 12,5% calcolato sulla produzione dell’anno 2024 e così suddiviso:

- quota di almeno il 6% riferita ai controlli di congruenza e appropriatezza generica in carico alla ATS;
- quota fino al 3,5% riferita all’attività di autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica, effettuata a cura degli Erogatori, come previsto dalle DGR n. 1185/2013 e n. 2313/2014 e s.m.i., prediligendo la modalità di campionamento mirato;
- quota fino al 3% riferita all’attività di autocontrollo effettuata dagli Erogatori, relativi alla qualità documentale, come previsto dalle DGR n. 621/2010 e n. 4334/2012 e s.m.i., con campionamento casuale a cura dell’ATS.

Autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica e autocontrollo di qualità documentale

È stata programmata la verifica della quota del 3,5% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica, effettuata a cura dei soggetti Erogatori, con le modalità di cui alla DGR n. 1185/2013, n. 2313/2014 e s.m.i. e riferita ai dimessi nel periodo gennaio – aprile 2025. Le Strutture hanno provveduto a inviare entro il 15/02/2025 i Piani di Controllo Aziendali per le prestazioni di ricovero con i criteri mirati di

campionamento da applicare alle cartelle cliniche. I Piani sono stati sottoposti a verifica da parte del NOC per la formulazione di eventuali osservazioni con richieste di integrazioni o aggiornamenti.

È stata inoltre programmata la verifica della quota del 3% riferita ad attività di autocontrollo di qualità documentale per la quale è prevista l'estrazione casuale da parte di ATS, nel corso del mese di maggio, di un elenco di cartelle cliniche riferite al periodo gennaio – marzo 2025.

La DGR 3720/2024, al § 14.5.6. - Flusso SDO per ricoveri di riabilitazione (SDO-R), indica che “Gli Enti SSR sono tenuti a proseguire la rilevazione dei ricoveri di riabilitazione secondo le modalità definite a livello ministeriale, integrate da quelle regionali di cui alla nota Prot. G1.2024.0023847 del 19.06.2024”. La citata nota regionale obbliga a conferire i tracciati SDO-D e SDO-R a decorrere dalle dimissioni del 1° luglio 2024. Stante la natura dei controlli sulle prestazioni sanitarie, tesi a garantire la corretta allocazione delle risorse finanziate dal SSR, per quanto riguarda le prestazioni di ricovero afferenti alle UU.OO. di Riabilitazione, l'attività di autocontrollo deve essere effettuato sulle informazioni inserite nella SDO-D.

Controlli mirati di congruenza e appropriatezza generica

Per l'esercizio 2025, la selezione delle cartelle cliniche tiene conto delle indicazioni previste dalla normativa regionale (criteri introdotti dalla DGR n. 12692/2003 e s.m.i., indirizzi di programmazione, rimodulazioni tariffarie ecc.) e delle analisi elaborate a livello locale, anche sulla base degli esiti delle attività di controllo svolte negli anni precedenti. I controlli mirati di congruenza e appropriatezza generica per l'anno 2025 sono riferiti principalmente a cartelle cliniche prodotte nell'anno 2024. Si precisa che relativamente alla numerosità dei campioni questo NOC applica un coefficiente di equità come fattore moltiplicativo della numerosità definita dagli indirizzi di programmazione, così specificato:

INTERVALLI DI PRODUZIONE	COEFFICIENTE DI EQUITÀ
< 1.000	0,2
1.000 - 1.600	0,12
1.600 - 3.000	0,1
3.000 - 10.000	0,06
10.000 - 20.000	0,04
> 20.000	0,02

Nelle more della nota regionale contenente le indicazioni relative alla numerosità dell'atteso definitivo calcolato sulla produzione consolidata dell'anno 2024, si è provveduto a stimare il debito in base alla produzione attualmente disponibile (1° invio mese di dicembre 2024), come da Tabella 10:

Tabella 10 – Stima del debito NOC – anno 2025

	Produzione anno 2024	Volume totale controlli (12,5%)	Mirato congruenza (6%)	Autocontrollo congruenza (3,5%)			Autocontrollo qualità documentale (3%)	
			Campione NOC	Campione Erogatore	Sub-campione NOC*	Campione Erogatore	Sub-campione NOC*	
STRUTTURA 1	283	35	17	10	10	8	8	
STRUTTURA 2	6.635	829	398	232	67	199	67	
STRUTTURA 3	1.909	239	115	67	37	57	37	
STRUTTURA 4	1.970	246	118	69	43	59	37	
STRUTTURA 5	12.333	1.542	740	432	79	370	76	
STRUTTURA 6	5.613	702	337	196	77	168	61	
STRUTTURA 7	14.413	1.802	865	504	79	432	79	
STRUTTURA 8	226	28	14	8	8	7	7	
STRUTTURA 9	1.051	131	63	37	33	32	32	
STRUTTURA 10	8.084	1.011	485	283	72	243	72	
STRUTTURA 11	9.158	1.145	549	321	76	275	72	
STRUTTURA 12	783	98	47	27	27	23	23	
STRUTTURA 13	607	76	36	21	21	18	18	
STRUTTURA 14	974	122	58	34	37	29	31	
STRUTTURA 15	302	38	18	11	10	9	9	
STRUTTURA 16	20.293	2.537	1.218	710	85	609	83	
STRUTTURA 17	1.174	147	70	41	33	35	33	

	Produzione anno 2024	Volume totale controlli (12,5%)	Mirato congruenza (6%)	Autocontrollo congruenza (3,5%)		Autocontrollo qualità documentale (3%)	
			Campione NOC	Campione Erogatore	Sub-campione NOC*	Campione Erogatore	Sub-campione NOC*
STRUTTURA 18	29.941	3.743	1.796	1048	87	898	87
STRUTTURA 19	2.031	254	122	71	43	61	37
TOTALE	117.780	14.723	7.067	4.122	924	3.533	869

* calcolato con la formula di Levi-Lemeshow (DGR 1185/2013)

La programmazione dei controlli sull’attività di ricovero per l’anno 2025, sintetizzata di seguito, tiene conto dell’atteso calcolato, delle risorse professionali disponibili e della possibilità di svolgere l’attività da remoto.

Figura 1 – Cronoprogramma controlli NOC ricoveri – anno 2025

	gen-25	feb-25	mar-25	apr-25	mag-25	giu-25	lug-25	ago-25	set-25	ott-25	nov-25	dic-25
STRUTTURA 1										M AC AQ		
STRUTTURA 2									M AC AQ			
STRUTTURA 3								M AC AQ				
STRUTTURA 4								M AC AQ				
STRUTTURA 5					M						AC AQ	
STRUTTURA 6					M						AC AQ	
STRUTTURA 7			M								AC AQ	
STRUTTURA 8											M AC AQ	
STRUTTURA 9											M AC AQ	
STRUTTURA 10			M						AC AQ			
STRUTTURA 11				M			AC AQ					
STRUTTURA 12							M AC AQ					
STRUTTURA 13								M AC AQ				
STRUTTURA 14								M AC AQ				
STRUTTURA 15							M AC AQ					
STRUTTURA 16		M								AC AQ		
STRUTTURA 17									M AC AQ			
STRUTTURA 18				M1						M2 AC AQ		
STRUTTURA 19							M AC AQ					

Legenda:

- M controllo mirato di congruenza e appropriatezza generica
- AC autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica
- AQ autocontrollo di qualità documentale
- attività da remoto
- attività in loco

Approfondimenti tematici

Si specificano di seguito alcuni ambiti di interesse che il NOC ritiene di precisare al fine di fornire indicazioni e chiarimenti in tema di corretta rappresentazione delle prestazioni sanitarie erogate e raggiungere un’uniforme aderenza alla normativa regionale e nazionale.

A. Completezza della cartella clinica

Su iniziativa della Struttura Complessa Controlli Sanitari e Sociosanitari Integrati di ACSS è stato istituito un tavolo di lavoro composto da un rappresentante per ogni ATS e dedicato all’elaborazione di un documento contenente indicazioni operative condivise per l’applicazione della DGR n. 621/2010. Nelle more della definizione di questo documento, si richiamano alcuni elementi utili alla compilazione e all’archiviazione completa e corretta delle cartelle cliniche.

Lettera di dimissione: qualora, successivamente all’emissione della prima lettera - in occasione della dimissione della persona assistita - pervenissero risultati di accertamenti diagnostici eseguiti durante la degenza che completano le valutazioni precedenti (es. un referto istologico attestante una condizione patologica non emersa in precedenza), è necessario che la lettera di dimissione sia aggiornata. In tal caso, il medico è tenuto a stilare un nuovo documento, nella data effettiva di compilazione, recante i dati di nuova acquisizione. La lettera di dimissione così aggiornata, sotto il profilo documentale, è da considerarsi definitiva e da archiviare nel fascicolo di ricovero (DGR n. 4298/2021 - Manuale del Fascicolo di Ricovero - 3a edizione rev. 01-2021).

Documento di Heart Team (HT): al fine di garantire che l’impianto di TAVI venga effettuato secondo criteri di appropriatezza è reso obbligatorio il documento di Heart Team a decorrere dal 01/01/2014 (DGR 1185/2013). L’Heart Team è formato da un gruppo di specialisti che collaborano con la finalità di elaborare il trattamento più adeguato a un paziente affetto da patologia cardiaca. Perché la discussione in HT sia valida, deve essere ritenuta indispensabile la presenza di:

- Esperto di Imaging, rappresentato in genere da un Cardiologo Ecocardiografista, egli stesso esperto di imaging cardiologico, in alcuni casi affiancato da un Radiologo;
- Cardiologo Interventista e dal Cardiochirurgo, entrambi esperti nel trattamento della Patologia e della tecnica necessaria al trattamento e normalmente addetti all’impianto del dispositivo;
- Anestesista Intensivista, indispensabile per il trattamento in sedazione o in anestesia generale ed eventualmente segue il paziente in Terapia Intensiva.

L’HT può inoltre comprendere Specialisti di seguito indicati:

- Cardiologo Clinico, che normalmente valuta per primo il paziente e pone la prima indicazione al trattamento della Patologia;
- Geriatra o Internista, in quanto spesso si tratta di pazienti anziani;
- Altri Specialisti possono poi essere convocati come l’Elettrofisiologo, il Neurologo, il Nefrologo, l’Ematologo, il Radiologo, il Chirurgo Vascolare e altri, ove la presenza di patologie associate a quella cardiaca ne richiedano la qualificata presenza.

L’analisi della documentazione clinica, degli esami strumentali e la successiva discussione sono orientati a elaborare il piano terapeutico più idoneo per il paziente, che potrà essere indirizzato verso un trattamento chirurgico, verso l’impianto di una protesi transcateretere o verso la terapia medica ottimale. Il documento prodotto dall’HT assume la responsabilità condivisa della decisione (Decreto n. 15121 del 02/12/2020).

Di conseguenza, l’Heart Team deve fornire un parere documentato che sarà parte integrante della cartella clinica (rif. DGR 3720/2024).

Screening nutrizionale: Lo screening nutrizionale è stato riconosciuto come strumento fondamentale per valutare il rischio nutrizionale e garantire un supporto nutrizionale adeguato ai soggetti fragili in strutture sanitarie, sociosanitarie e in assistenza domiciliare. La scheda dello screening nutrizionale, compilata per ogni nuovo ingresso, deve essere obbligatoriamente presente nella documentazione sanitaria del paziente per tutti i ricoveri ordinari a eccezione dei ricoveri dei reparti di Neonatologia e di Terapia Intensiva (DGR 1812/2024 e nota DGW prot. G1. 2024.0019431 del 23/05/2024).

B. Ricoveri riabilitativi (sperimentazione SDO-R)

La sperimentazione della SDO-R continuerà anche per tutto il 2025, pertanto le cartelle cliniche relative a ricoveri di dimessi dalle UO 28, 56 e 75, dovranno contenere, oltre ai classici elementi:

- le **scale di valutazione** della compromissione funzionale e della complessità riabilitativo-assistenziale (così come individuate dalle “Linee di indirizzo per la compilazione e la codifica della DO in caso di ricoveri in reparti di riabilitazione” del Ministero della Salute);
- la **Scheda di Dimissione Ospedaliera sia nella versione “SDO-D”, sia nella versione “SDO-R”** ognuna delle quali compilata seguendo le specifiche indicazioni previste per la codifica delle diagnosi (come indicato nella nota DGW prot. n. G1.2024.0023847 del 19/06/2024).

Per tutte le finalità amministrative, nelle more della conclusione della fase sperimentale di applicazione della SDO-R e della successiva attribuzione delle tariffe da parte del Ministero della Salute per macro-livelli di complessità dei casi, valgono le norme regionali in essere in merito alla riabilitazione ospedaliera in tutti i setting codice 56, 28 e 75; pertanto si specifica che il tracciato SDO-D dovrà riportare i codici diagnosi per produrre una valorizzazione economica coerente con la normativa regionale “pre SDO-R” (DGR 2418/2000, Decreto 9772/2009, DGR 1185/2013 e, per la neuroriabilitazione, DGR 6006/2016).

C. Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Gli Enti SSR sono obbligati a compilare il flusso informativo Scheda di Dimissione Ospedaliera, istituito con DM del 28.12.1991, per ogni dimissione. La compilazione deve rispettare il disciplinare tecnico “Istruzioni per la compilazione e la codifica delle informazioni riportate nella scheda di dimissione ospedaliera e per il corretto utilizzo della classificazione ICD-9-CM - versione italiana” (allegato A al DM n. 380 del 27 ottobre 2000, modificato e integrato dai DM n. 261 del 7 dicembre 2016 e dal DM n. 165 del 26 settembre 2023), con particolare attenzione alla qualità dei dati, che costituisce un obbligo LEA.

La DGR n. 1697 del 03/06/2019 “Aggiornamento flussi informativi connessi all’erogazione delle prestazioni sanitarie” approva il Manuale per la rilevazione del flusso informativo – Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) 2019 – versione 2.1, successivamente modificato dalla v. 2.2 – 2022 che dettaglia le istruzioni per la raccolta e la codifica dei dati nelle SDO.

La DGR n. 3720 del 30/12/2024 richiama l’importanza della compilazione accurata delle informazioni anagrafiche e stato civile (file sdo1.txt), finalizzata alla creazione di indicatori di equità nell’accesso alle cure (PNE). Inoltre, ricorda l’obbligo sulla corretta compilazione della sezione "Onere della degenza" (file sdo2.txt), secondo le indicazioni del Manuale SDO.

D. Rendicontazione utilizzo pompa coassiale

L’impianto dei dispositivi di assistenza cardiaca tipo «pompa coassiale» (cod. procedura 37.68 “inserzione di dispositivo di assistenza cardiaca esterno percutaneo” + cod. dispositivo SDO4 23B) può essere rendicontato solo in presenza di una delle fattispecie descritte nell’Appendice 4 della DGR 3720 del 30/12/2024 cui si rimanda per le opportune specifiche:

- Pz. con shock cardiogeno
- Pz. con scompenso cardiaco acuto sottoposto a angioplastica coronarica percutanea (PCI)
- Pz. in elezione sottoposto a angioplastica coronarica percutanea (PCI) ad alto rischio (previa valutazione dell’Heart Team).

In assenza di una di queste fattispecie, l’impianto della pompa coassiale (cod. procedura 37.68 “inserzione di dispositivo di assistenza cardiaca esterno percutaneo”), qualora rendicontato, non sarà ritenuto finanziabile. Da ciò, durante l’attività di controllo, ne conseguirà:

- la riattribuzione a un diverso tipo tariffa del DRG 104 (esito P)
- la riattribuzione a differenti DRG a seconda della codifica esposta (esito E).

1.3.4. Controllo prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

Secondo quanto disposto nella DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025”, l’attività del NOC della ATS si svolge dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025. Per le prestazioni ambulatoriali, il controllo sarà almeno del 3,5%, con una percentuale dello 0,15% sulle prestazioni contraddistinte dai flag 1 e 3.

Nelle more della nota regionale contenente le indicazioni relative alla numerosità dell’atteso definitivo, si è provveduto a stimare il debito in base allo storico, ipotizzando un volume pari a n. 175.000 record ambulatoriali, di cui circa 7.500 dedicati ai record contraddistinti dal flag 1 e 3.

Analisi produzione ambulatoriale 2024

Come di consueto è stata effettuata un’analisi generale della produzione di tutte le strutture erogatrici del territorio di ATS Brianza.

Di seguito si riporta l’analisi sulla variazione percentuale 2023 – 2024 della produzione di prestazioni ambulatoriali nei diversi distretti del territorio di ATS Brianza. Si rileva un incremento sul totale delle prestazioni con, tuttavia, un calo della produzione negli ambiti di Diagnostica e Terapia; si conferma, inoltre, il trend decrescente della Riabilitazione.

Tabella 11 - variazione numero prestazioni erogate 2023 – 2024 per distretto

Provincia	Distretto	Incremento percentuale - prestazioni valorizzate					
		(primi accessi, controlli, prevenzione individuale)					
		Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Terapie	Visite	Totali
Lecco	Bellano	-25%	-9%	-6%	-3%	-20%	-13%
	Lecco	-1%	3%	0%	-6%	2%	4%
	Merate	-6%	4%	2%	5%	-3%	2%
	Totali	-3%	4%	0%	-4%	0%	3%
Monza e Brianza	Carate Brianza	8%	22%	-5%	-7%	-2%	21%
	Desio	3%	0%	5%	6%	10%	2%
	Monza	1%	-3%	-1%	-5%	-1%	-1%
	Seregno	-10%	-1%	-2%	16%	1%	-3%
	Vimercate	-7%	11%	-4%	5%	3%	9%
	Totali	0%	12%	-1%	-1%	2%	10%
ATS Brianza	-1%	11%	-1%	-2%	1%	8%	

Di seguito il confronto della produzione delle prestazioni classificate secondo classificazione Fa-Re. Si registra, nel confronto con l’anno 2023, un aumento della produzione in termini di volumi prodotti con un contestuale calo del valore delle prestazioni, con alcune eccezioni, come il laboratorio e le visite.

Tabella 12 - produzione prestazioni ambulatoriali ATS Brianza 2023-2024 – classificazione Fa-Re

Tipologia prestazione		Volumi		Valori		Incrementi percentuali	
		2023	2024	2023	2024	Volumi	Valori
Diagnostica	Radiologia tradiz. RX	500.725	488.967	14.269.230	13.986.636	-2%	-2%
	Tac	121.200	121.677	18.295.131	18.451.580	0%	1%
	Diagnostica vascolare	20	42	5.711	13.128	110%	130%
	Medicina nucleare	11.128	9.927	7.463.949	7.580.979	-11%	2%
	Ecografia	273.343	263.164	12.813.158	12.322.728	-4%	-4%
	Ecocolordoppler	148.102	149.415	7.847.022	7.932.109	1%	1%
	Elettromiografia	125.536	129.963	1.324.430	1.371.132	4%	4%
	Endoscopia	41.401	38.717	3.333.646	3.111.637	-6%	-7%
	Risonanza magnetica	111.826	111.820	22.763.385	22.827.339	0%	0%
	Altra diagnostica senza radiazioni	290.471	296.109	8.874.973	9.005.982	2%	1%
	Biopsia	14.427	13.999	1.734.397	1.318.311	-3%	-24%
	Altra diagnostica	114.457	109.864	1.914.570	1.846.952	-4%	-4%
	Totale	1.752.636	1.733.664	100.639.602	99.768.514	-1%	-1%
Laboratorio	Prelievi	1.139.461	1.220.641	3.310.516	3.546.576	7%	7%
	Chimica clinica	8.892.220	10.052.843	41.638.402	47.400.761	13%	14%
	Ematologia	1.152.257	1.235.349	4.500.880	4.803.607	7%	7%
	Immunoematologia	32.418	30.088	279.701	253.770	-7%	-9%
	Microbiologia	558.023	564.835	8.599.116	8.434.745	1%	-2%
	Anatomia/istologia patologica	119.627	96.633	4.141.424	2.731.487	-19%	-34%
	Genetica/citogenetica	80.702	60.795	6.997.620	4.876.365	-25%	-30%
	Totale	11.974.708	13.261.184	69.467.658	72.047.312	11%	4%
Riabilitazione	Diagnostiche	24.479	25.775	407.535	446.053	5%	9%
	Rieducazione funz.le	316.336	319.894	11.720.179	11.999.719	1%	2%
	Terapie fisiche	384.032	376.314	1.247.140	1.208.364	-2%	-3%
	Altro	38.005	36.703	556.457	513.108	-3%	-8%
	Totale	762.852	758.686	13.931.310	14.167.244	-1%	2%
Terapie	Radioterapia	34.505	22.306	16.284.656	5.793.320	-35%	-64%
	Chemioterapia	64.718	67.239	11.001.164	10.346.448	4%	-6%
	Dialisi	177.027	172.226	25.496.723	22.685.584	-3%	-11%
	Odontoiatria	48.091	45.749	956.632	887.375	-5%	-7%
	Trasfusioni	3.900	4.820	133.890	347.478	24%	160%
	Chirurgia ambulatoriale minore	45.945	43.490	6.066.254	5.390.919	-5%	-11%
	Chirurgia ambulatoriale magg.	13.569	13.175	14.621.173	14.384.876	-3%	-2%
	Altre prestazioni terapeutiche	319.866	324.299	11.757.233	12.450.730	1%	6%
Totale	707.621	693.304	86.317.724	72.286.729	-2%	-16%	
Visite	Prima visita	476.678	480.606	10.374.175	10.474.520	1%	1%
	Visita di controllo	603.334	611.163	10.799.679	10.939.818	1%	1%
	Totale	1.080.012	1.091.769	21.173.853	21.414.338	1%	1%
Totale		16.277.829	17.538.607	291.530.147	279.684.137	8%	-4%

I paragrafi seguenti riportano approfondimenti su alcune tipologie di prestazioni significative.

Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa e assistenziale (BIC)

Si evidenzia una riduzione nei volumi complessivi, con andamenti marcatamente diversi per tipologia di Struttura (pubblica/privata) e branca di riferimento. In particolare si evidenzia il decremento della produzione di prestazioni appartenenti alle branche di Oculistica, Gastroenterologia e Ginecologia, verosimilmente legato alla difficoltà nel reclutamento degli specialisti delle singole branche.

Tabella 13 - Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa e assistenziale 2023-2024 per struttura erogatrice

ENTE	Chirurgia ambulatoriale a bassa complessità					
	Volumi			Valori		
	2023	2024	Incr. %	2023	2024	Incr. %
ASST Lecco	2.286	1.878	-18%	2.377.209	1.960.778	-18%
ASST Brianza	4.126	3.769	-9%	4.071.236	3.838.200	-6%
IRCCS San Gerardo	3.766	3.889	3%	3.692.976	3.849.280	4%
Strutture pubbliche	10.178	9.536	-6%	10.141.420	9.648.258	-5%
Casa di Cura Lecco "Beato Luigi Talamoni"	934	976	4%	1.123.516	1.188.737	6%
Casa di Cura G.B. Mangioni Hospital	807	626	-22%	1.066.327	871.071	-18%
Policlinico di Monza	869	940	8%	1.088.537	1.129.676	4%
Istituti clinici Zucchi	2.266	2.345	3%	2.469.506	2.598.984	5%
Strutture private	4.876	4.887	0%	5.747.885	5.788.468	1%
Totali	15.054	14.423	-4%	15.889.305	15.436.726	-3%

Tabella 14 - Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa e assistenziale 2023 - 2024 per branca specialistica – volumi.

Branca principale chirurgia ambulatoriale a bassa complessità	Strutture pubbliche			Strutture private			Erogatori ATS Brianza		
	2023	2024	Incr. %	2023	2024	Incr. %	2023	2024	Incr. %
CHIRURGIA VASCOLARE	297	312	5%	350	403	15%	647	715	11%
GASTROENTEROLOGIA	242	142	-41%	135	192	42%	377	334	-11%
OCULISTICA	7.145	6.469	-9%	2.045	2.049	0%	9.190	8.518	-7%
ODONTOSTOMATOLOGIA	28	35	25%	-	-	-	28	35	25%
ORTOPEDIA	1.299	1.408	8%	1.662	1.690	2%	2.961	3.098	5%
GINECOLOGIA	395	286	-28%	154	94	-39%	549	380	-31%
UROLOGIA	289	285	-1%	150	158	5%	439	443	1%
CHIRURGIA GENERALE	71	121	70%	337	284	-16%	408	405	-1%
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	6	1	-83%	-	-	-	6	1	-83%
CHIRURGIA PLASTICA	162	166	2%	29	1	-97%	191	167	-13%
NEUROCHIRURGIA	244	311	27%	14	11	-21%	258	322	25%
ALTRO	-	-	-	-	5	-	-	5	-
Totali	10.178	9.536	-6%	4.876	4.887	0%	15.054	14.423	-4%

Visite

Si conferma il trend in incremento della produzione di visite specialistiche sia per le prime visite che per i controlli, quest'ultimo legato alle strutture pubbliche. Si riscontra un calo della produzione in ambito cardiologico e si confermano le già note criticità in ambito oculistico, dermatologico e gastroenterologico, legate verosimilmente alla difficoltà di reclutamento di specialisti.

Tabella 15 - visite 2023-2024 per struttura

Ente	Volumi 2023			Volumi 2024			Incrementi percentuali		
	Prima visita	Visita di controllo	Totali	Prima visita	Visita di controllo	Totali	Prima visita	Visita di controllo	Totali
ASST Brianza	132.792	167.405	300.197	137.715	174.857	312.572	4%	4%	4%
ASST Lecco	106.752	153.927	260.679	104.859	155.217	260.076	-2%	1%	0%
IRCCS San Gerardo	100.095	151.282	251.377	99.275	153.902	253.177	-1%	2%	1%
Policlinico	34.642	53.132	87.774	32.274	53.089	85.363	-7%	0%	-3%
Istituti clinici Zucchi	31.426	38.439	69.865	31.465	34.429	65.894	0%	-10%	-6%

Ente	Volumi 2023			Volumi 2024			Incrementi percentuali		
	Prima visita	Visita di controllo	Totali	Prima visita	Visita di controllo	Totali	Prima visita	Visita di controllo	Totali
Centro Diagnostica Meda	5.784	8.948	14.732	6.161	9.078	15.239	7%	1%	3%
Casa di cura Mangioni	9.873	4.049	13.922	9.375	4.014	13.389	-5%	-1%	-4%
Casa di cura Talamoni	6.752	4.816	11.568	7.897	5.324	13.221	17%	11%	14%
Ist. Medea	4.502	5.724	10.226	4.894	6.291	11.185	9%	10%	9%
Multimedica	4.694	2.992	7.686	6.085	3.509	9.594	30%	17%	25%
Altre Strutture	39.366	12.620	51.986	40.606	11.453	52.059	3%	-9%	0%
Totali	476.678	603.334	1.080.012	480.606	611.163	1.091.769	1%	1%	1%

Tabella 16 - visite 2023-2024 per branca

BRANCA	Incrementi percentuali					
	Publicco	Privato	Totali	Publicco	Privato	Totali
	PRIME VISITE			VISITE DI CONTROLLO		
ALTRE PRESTAZIONI	4%	6%	4%	1%	1%	1%
ANESTESIA	1%	8%	3%	6%	42%	10%
CARDIOLOGIA	-1%	-9%	-4%	-2%	-7%	-4%
CHIRURGIA GENERALE	-2%	9%	2%	3%	2%	2%
CHIRURGIA PLASTICA	-8%	26%	1%	-7%	-25%	-9%
CHIRURGIA VASCOLARE	6%	-15%	-2%	-2%	-30%	-13%
DERMOSIFILOPATIA	-7%	-28%	-10%	1%	-19%	-2%
MEDICINA NUCLEARE	40%	-	40%	-1%	-	-1%
ENDOCRINOLOGIA	1%	-4%	-1%	13%	3%	9%
GASTROENTEROLOGIA	-11%	35%	-2%	-1%	-20%	-2%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	4%	3%	4%	7%	-5%	2%
NEFROLOGIA	-15%	0%	-13%	7%	-6%	6%
NEUROLOGIA E NEUROCHIRURGIA	7%	-15%	2%	4%	-12%	0%
OCULISTICA	-26%	1%	-18%	-9%	-22%	-12%
ODONTOSTOMATOLOGIA	0%	5%	1%	-12%	17%	-8%
ONCOLOGIA	12%	4%	11%	9%	-3%	8%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8%	9%	8%	4%	0%	3%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	15%	5%	12%	1%	0%	1%
OTORINOLARINGOIATRIA	-5%	3%	-3%	0%	8%	2%
PNEUMOLOGIA	22%	16%	21%	22%	-3%	19%
PSICHIATRIA	15%	-21%	7%	9%	-16%	1%
RADIOTERAPIA	-3%	-8%	-3%	-15%	-10%	-14%
UROLOGIA	4%	6%	5%	-3%	11%	2%
TOTALI	1%	2%	1%	2%	-2%	1%

Analisi produzione contrassegnata dai “Flag percorso interno di cura”

In merito all’utilizzo del “flag percorso interno di cura”, si evidenziano comportamenti differenti tra strutture pubbliche e private accreditate; si segnala, in particolare, il mancato utilizzo del flag 3 per le strutture pubbliche e del flag 2 per le strutture private accreditate.

Tabella 17 – distribuzione “flag percorso interno di cura” in ATS Brianza

Ente	Volumi prod. 2024	No flag	Flag 1	Flag 2	Flag 3	% no flag	% flag 1	% flag 2	% flag 3
ASST Brianza	3.557.345	3.443.990	99.853	13.502	-	96,8%	2,8%	0,4%	0,0%
ASST Lecco	2.818.568	2.693.486	106.232	18.850	-	95,6%	3,8%	0,7%	0,0%
IRCCS San Gerardo	1.931.866	1.902.677	23.138	6.051	-	98,5%	1,2%	0,3%	0,0%
IRCCS INRCA	243.506	239.158	4.347	-	1	98,2%	1,8%	0,0%	0,0%
Enti Privati Accreditati	9.112.700	8.855.651	204.758	59	52.232	97,2%	2,2%	0,0%	0,6%
Totale ATS Brianza	17.663.985	17.134.962	438.328	38.462	52.233	97,0%	2,5%	0,2%	0,3%

Tabella 18 - distribuzione “flag percorso interno di cura” tra Enti Privati Accreditati del territorio di ATS Brianza

Ente	Volumi prod. 2024	% no flag	Flag 1	Flag 2	Flag 3	% flag 1	% flag 2	% flag 3
Policlinico di Monza	653.681	80,6%	122.436	54	4.233	18,7%	0,0%	0,6%
Istituti Clinici Zucchi	460.969	91,0%	30.899	-	10.481	6,7%	0,0%	2,3%
G.B. Mangioni Hospital	74.993	78,1%	15.984	-	458	21,3%	0,0%	0,6%
Casa di Cura Talamoni	251.310	99,3%	1.215	1	638	0,5%	0,0%	0,3%
Istituto Auxologico Italiano	80.314	93,3%	3.376	-	2.026	4,2%	0,0%	2,5%
Multimedica - Villa Bianca	229.589	95,3%	4.098	-	6.648	1,8%	0,0%	2,9%
IRCCS Medea	46.752	96,2%	1.306	-	458	2,8%	0,0%	1,0%
Alliance Medical Diagnostic	128.990	81,8%	834	-	22.625	0,6%	0,0%	17,5%
Bianalisi	5.913.783	100,0%	1.009	-	428	0,0%	0,0%	0,0%
Mediplus	48.717	66,4%	16.346	-	15	33,6%	0,0%	0,0%
Politerapico	65.818	94,6%	3.527	-	2	5,4%	0,0%	0,0%
Valduce - Villa Beretta	64.560	93,6%	2.713	-	1.449	4,2%	0,0%	2,2%
CDM	27.342	95,4%	89	1	1.157	0,3%	0,0%	4,2%
Altri EEPA	1.065.882	99,8%	926	3	1.614	0,1%	0,0%	0,2%
Totale ATS Brianza	9.112.700	97,2%	204.758	59	52.232	2,2%	0,0%	0,6%

Analisi del rischio sulla produzione a flusso aperto

Al fine di selezionare le tipologie di prestazioni da porre a controllo nell’anno 2025, sono state effettuate delle analisi a flusso aperto 2024 estese a tutte le prestazioni rendicontate presenti nel flusso. La valutazione ha permesso di individuare le aree a maggior rischio di criticità su cui orientare l’attività di controllo per l’anno corrente.

Preliminarmente sono state effettuate alcune delle analisi suggerite nell’allegato 13 della DGR 10804/2009. Si precisa che tali campionamenti sono stati effettuati sui record valorizzati SSR relativi alle prestazioni di primo accesso o di controllo e che, come da indicazioni della normativa citata, le verifiche sono state effettuate tenendo conto del contatore prescrizione e ignorando il contenuto del campo "Codice prestazione SISS".

Tabella 19 - Analisi produzione criteri DGR 10804/2009

Indicatori	Accessi interessati da potenziali criticità
A - prestazioni diagnostiche senza e con contrasto	110
B - prestazioni diagnostiche stesso distretto corporeo rendicontate nello stesso accesso	1.182
D - prestazioni diagnostiche multirendicontate	1.284
E - prestazioni di laboratorio rendicontate nello stesso accesso di prestazioni di dialisi	41
F, G, H, I, J, K, O prestazioni di laboratorio non rendicontabili nello stesso accesso	3.437
P – congruenza fra codice esenzione e compartecipazione dell’assistito	46.708
R – prestazioni in corso di ricovero	5.436
S – prestazioni effettuate in data successiva a quella nota di decesso	770
U - prestazioni diagnostiche non rendicontabili nello stesso accesso	72
V - prestazioni diagnostiche e di visita non rendicontabili nell’ambito dello stesso accesso	287

In merito ai risultati, si segnala che:

- Indicatore B - il 99% delle potenziali criticità riguardano radiografie della colonna. Verifiche sul campo effettuate negli anni precedenti hanno evidenziato che, nella quasi totalità dei casi, le rendicontazioni risultavano corrette, con l’effettiva refertazione di tutte le procedure rendicontate, nonché il riscontro dell’appropriatezza delle prestazioni;
- Indicatore D – il 78% delle potenziali criticità riguardano la radiografia della rotula e il 14% la radiografia della colonna cervicale. Per quanto riguarda la radiografia della rotula le verifiche sul campo effettuate negli anni precedenti hanno evidenziato che, nella quasi totalità dei casi, le rendicontazioni risultavano corrette, con l’effettiva refertazione di tutte le procedure rendicontate, nonché il riscontro dell’appropriatezza delle prestazioni;
- Indicatori F, G, H, I, J, K, O - l'87% delle potenziali criticità riguarda l'elettroforesi delle proteine;

- Indicatore P - l'analisi è stata effettuata sulle esenzioni per patologia cronica dove la norma indica un set di prestazioni che possono essere effettuate in esenzione. Le criticità riguardano per lo più le Strutture pubbliche (91%). Nella tabella successiva i codici di esenzione nell'ambito dei quali si riscontrano oltre il 95% delle criticità.

Tabella 20 - Condizioni di esenzione con maggiori criticità

Codice	Condizione di esenzione
023	insufficienza renale cronica
013	diabete mellito
0A02	affezioni del sistema circolatorio - malattie cardiache e del circolo polmonare
006	artrite reumatoide
007	asma
0031	ipertensione arteriosa - in presenza di danno d'organo
0A31	ipertensione arteriosa - senza danno d'organo
009	colite ulcerosa e malattia di crohn

- Indicatore R - l'analisi, effettuata su tutti i record valorizzati, a prescindere dal contenuto del campo "Identificativo tipo di prestazione", è stata limitata ai casi in cui la data di contatto risultava maggiore alla data di ricovero e minore della data di dimissione, escludendo la casistica di cui alla prestazione codice 39.95.A "Emodialisi extracorporea in costanza di ricovero" per la quale si precisa che il requisito della degenza risultava soddisfatto per tutti gli accessi analizzati. In merito agli accessi rilevati critici, legati a prestazioni di primo accesso e di controllo, si evidenzia che la quasi totalità è erogata da una Struttura Pubblica;
- Indicatore S - l'analisi è stata effettuata su tutti i record valorizzati, a prescindere dal contenuto del campo "Identificativo tipo di prestazione". Il 97% dei record riguarda prestazioni di primo accesso e controllo e le criticità riguardano quasi esclusivamente le Strutture pubbliche. Si evidenzia, tuttavia, che nelle verifiche effettuate in passato, le criticità risultavano quasi integralmente attribuibili alla scarsa qualità di compilazione del tracciato "Assistiti" con conferma dell'effettuazione delle prestazioni rendicontate;
- Indicatore V - le criticità risultano esclusivamente in ambito oculistico.

Per quanto riguarda l'indicatore M (antibiogramma M.I.C.), il 92% delle prestazioni rendicontate afferiscono a due Strutture private, già sottoposte a controllo nel corso degli anni precedenti, con sostanziale conferma dei record interessati.

In merito alle prestazioni di Chirurgia ambulatoriale a bassa complessità (BIC), sono stati analizzati i record contenenti tale tipologia. A una prima analisi si riscontrano 657 potenziali criticità, legate a carenze di compilazione del tracciato (26% dei casi, per lo più per mancata identificazione dell'assistito), rendicontazione multipla di prestazioni (19% dei casi, o nello stesso accesso o in altro accesso nella stessa data, o in regime di ricovero), nonché indicazioni di controllo conseguenti a riscontro di un numero anomalo di prestazioni per tipologie con vincolo numerico (6% dei casi, prevalentemente in ambito oculistico). Le restanti criticità (49%) sono legate a rendicontazioni delle prestazioni in regime di esenzione per patologia, con conseguente mancata compartecipazione dell'assistito e richiederanno una verifica della documentazione.

È stata inoltre effettuata la verifica delle prestazioni non associabili, come da indicazione di ACSS. L'analisi è stata effettuata sui primi accessi e i controlli, con data di contatto uguale a data di fine erogazione; la tabella seguente contiene i risultati preliminari che potranno essere confermati solamente dopo l'analisi della documentazione. Al riguardo, si conferma quanto emerso nell'ambito delle verifiche legate alla DGR 10804/2009, ovvero che la branca maggiormente interessata da criticità risulta essere quella di laboratorio. Si rilevano inoltre anomalie nella branca riabilitazione.

Tabella 21 - Analisi del rischio prestazioni non associabili

ENTE	Presidio	Branca principale						Totali
		Cardiol.	Gastr.	Labor.	Riabil.	Neurol	Ocul.	
ASST Lecco	Poliamb. Calolziocorte						8	8
	Poliamb. Lecco			612	411	5	7	1.035
	Poliamb. Merate			213	130		21	364
	Totali			825	541	5	36	1.407
ASST Brianza	Osp. Trabattoni Ronzoni				7			7
	Poliamb. Macherio						18	18
	Poliamb. Monza						5	5
	Poliamb. Vimercate	271	5	1.352	71	2	108	1.809
	Poliamb. Desio		1	150	145	6	10	312
	Totali	271	6	1.502	223	8	141	2.151
Poliamb. I.N.R.C.A.				15				15
Poliamb. IRCCS Fond. San Gerardo dei Tintori		5		630	137	7	106	885
Ist. E. Medea				12				12
Totali		276	6	2.984	901	20	283	4.470

La tabella seguente riporta la distribuzione del flag “percorso interno di cura” per gli Erogatori, in relazione alla tipologia di accesso. Si rileva che la compilazione del flag è per il 59% effettuata dagli Erogatori privati. Per il flag 1, si rileva come atteso una prevalenza dell’utilizzo in ambito di controllo (68%).

Tabella 22 – Distribuzione flag percorso interno di cura

Ente		Flag percorso interno di cura	Controllo	Primo accesso	Prev. Ind.	Screening
Pubblici	ASST Brianza	1	73%	27%	0%	0%
		2	48%	52%	0%	0%
		Totali	72%	28%	0%	0%
	ASST Lecco	1	94%	6%	0%	0%
		2	100%	0%	0%	0%
		Totali	95%	5%	0%	0%
	IRCCS Fondazione San Gerardo dei Tintori	1	41%	59%	0%	0%
		2	100%	0%	0%	0%
		Totali	43%	57%	0%	0%
	INRCA	1	32%	68%	0%	0%
		3	0%	100%	0%	0%
		Totali	32%	68%	0%	0%
	Totali	1	69%	31%		
		2	81%	19%		
		3		100%		
Totali		70%	30%			
Privati	EEPA - Ricovero e cura	1	66%	33%	0%	0%
		2	38%	63%	0%	0%
		3	26%	72%	1%	1%
		Totali	62%	37%	0%	0%
	EEPA - Ambulatoriali	1	62%	35%	3%	0%
		2	0%	100%	0%	0%
		3	61%	37%	2%	0%
		Totali	61%	37%	2%	0%
	EEPA	1	66%	33%	1%	0%
		2	36%	64%		
		3	48%	50%	2%	0%
		Totali	62%	37%	1%	0%
ATS Brianza	1	68%	32%	0%	0%	
	2	80%	20%	0%	0%	
	3	48%	50%	2%	0%	
	Totali	65%	34%	1%	0%	

Per il flag1, limitandosi alle prestazioni di primo accesso e controllo, non si evidenzia un legame con la PIC.

Tabella 23 – Distribuzione flag 1 in relazione alla presa in carico

Ente		Controllo	Primo accesso	Totali
Pubblici	ASST Brianza	0,10%	0,15%	0,12%
	ASST Lecco	0,00%	0,00%	0,00%
	IRCCS Fond. San Gerardo dei Tintori	0,16%	0,51%	0,37%
	INRCA	0,36%	0,17%	0,23%
	Totali	0,09%	0,29%	0,15%
Privati	EEPA - Ricovero e cura	0,71%	1,12%	0,84%
	EEPA - Ambulatoriali	7,65%	0,40%	5,01%
	Totali	1,14%	1,07%	1,12%
ATS Brianza		0,66%	0,74%	0,68%

Si riscontra una distribuzione percentuale difforme per quanto riguarda la tipologia di pazienti assistiti fra gli Erogatori pubblici e privati. Si rileva infatti che gli Erogatori privati appongono il flag 1 per il 33% dei pazienti non esenti, mentre per i pubblici la percentuale scende al 17%.

Tabella 24 – Distribuzione flag 1 in relazione alla posizione ticket

Ente		Distribuzione flag 1 per posizione ticket					
		50 - patologia	40 - non esente	20 - età/età e reddito	10 - esente totale	60 - categoria	Altre esenzioni
Pubblici	ASST Brianza	54%	15%	15%	4%	12%	1%
	ASST Lecco	64%	11%	13%	10%	1%	0%
	IRCCS Fondazione San Gerardo dei Tintori	27%	27%	19%	5%	19%	3%
	INRCA	26%	37%	25%	11%	0%	1%
	Totali	49%	17%	16%	5%	11%	1%
Privati	EEPA - Ricovero e cura	27%	32%	29%	8%	0%	3%
	EEPA - Ambulatoriali	12%	44%	33%	6%	0%	4%
	Totali	26%	33%	29%	8%	0%	3%
Totali		37%	26%	23%	7%	5%	2%

Sempre per il flag 1, si riscontra che, come atteso, la percentuale maggiore di prescrizioni (74%) risulta effettuata dagli specialisti.

Tabella 25 – Distribuzione flag 1 in relazione alla provenienza

Ente		Distribuzione flag 1 per provenienza			
		2 - Specialista	1 - MMG	4 - Altro	Altre
Pubblici	ASST Brianza	79%	11%	10%	0%
	ASST Lecco	78%	17%	5%	0%
	IRCCS Fondazione San Gerardo dei Tintori	93%	7%	0%	0%
	INRCA	48%	52%	0%	0%
	Totali	81%	12%	7%	0%
Privati	EEPA - Ricovero e cura	69%	30%	0%	1%
	EEPA - Ambulatoriali	69%	28%	0%	2%
	Totali	69%	30%	0%	1%
Totali		74%	22%	3%	1%

Criteria di campionamento e pianificazione attività di controllo

In generale, la scelta dei criteri di selezione dei campionamenti, è dettata dai seguenti fattori:

- analisi produzione e verifica anomalie emerse;
- indicazioni contenute nelle regole di sistema, nei relativi aggiornamenti o in provvedimenti emanati dall'ACSS;
- indicazioni pervenute dalla Direzione Generale dell'ATS;
- tipologie ed esiti dei controlli effettuati nel corso degli anni precedenti;
- eventuali segnalazioni agli atti.

Dato atto dei criteri sopra-esposti, l'introduzione del Nuovo Nomenclatore tariffario (DGR XII/3630 del 16/12/2024) potrà condizionare i criteri di campionamento nonché le modalità di controllo; pertanto, l'attività del NOC dell'ATS sarà dedicata anche all'analisi e trasmissione delle criticità individuate alla competente struttura organizzativa regionale. Saranno inoltre approfondite le tematiche riguardanti il nuovo nomenclatore al fine di evidenziare le discontinuità rispetto al passato e monitorare l'andamento della produzione per verificare che le nuove modalità di erogazione siano correttamente adottate dagli Erogatori e la produzione sia correttamente rappresentata.

L'attività di controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è svolta in conformità alla Procedura interna di Processo ID 02948 rev.5 "Prestazioni sanitarie SSR: controllo di prestazioni di specialistica ambulatoriale a cura dell'ATS" e della Istruzione Operativa ID 02954 rev.4 "Manuale dei controlli ambulatoriali".

Nella prima parte dell'anno verranno verbalizzati due controlli già avviati nel corso dell'anno precedente.

Controlli secondo le DGR 10804/2009 e 8078/2002

In riferimento alla DGR 10804/2009 saranno controllati:

- P – esenzioni - Il campionamento è effettuato sugli anni 2021-2023 sugli accessi senza compartecipazione da parte degli assistiti e per assistiti che risultano non avere altre esenzioni;
- Q – ricette multirendicontate – il controllo sarà effettuato se la criticità risulta presente nei campionamenti già previsti;
- R – prestazioni in corso di ricovero – saranno sottoposte a controllo le prestazioni con data di contatto uguale a data di fine erogazione;
- Altri indicatori – le analisi saranno effettuate sulle aree ritenute a rischio emerse dall'analisi dei rischi (v. § 7.6.1.5).

Per quanto riguarda i controlli di cui alla DGR 8078/2002 e ss.mm.ii., si decide di selezionare gli accessi contenenti prestazioni di visita (prima visita e controllo) prima di un ricovero chirurgico programmato e dopo un ricovero chirurgico. In particolare, si cercherà di individuare le cosiddette "visite filtro". L'analisi sarà effettuata sugli anni 2021-2023.

Controlli sulle prestazioni di chirurgia a bassa complessità operativa e assistenziale (BIC) 2021-2023

Sarà verificata l'eventuale rendicontazione multipla anche in regime di ricovero, l'appropriatezza del setting di erogazione e la correttezza della prescrizione. Oltre che il controllo sui tracciati, verrà effettuato un controllo sul campo finalizzato alla verifica della completezza della documentazione. Sarà inoltre analizzato il percorso dell'assistito preintervento, al fine di chiarire l'iter diagnostico anche in termini di accesso alla prestazioni e di tempi di attesa, e postintervento, al fine di verificare l'effettiva presa in carico.

Controlli sulle prestazioni ambulatoriali nell'ambito di percorsi di cura

Con DGR XII/1938 del 26.02.2024 Regione Lombardia riconosce l'erogazione di prestazioni ambulatoriali nell'ambito di percorsi di cura che, per loro natura, devono essere esclusi dall'applicabilità del regime sanzionatorio (DGR XII/1129 del 16.10.2023 e DGRXII/2852 del 29.07.2024) qualora non prenotate/notificate all'interno della Rete Regionale di Prenotazione e specifica le modalità di codifica delle prestazioni erogate all'interno dei percorsi di cura attraverso il flusso 28/SAN.

ATS Brianza, nell’anno 2025, non appena disponibile la nuova versione del flusso con l’aggiornamento del flag di controllo, provvederà al campionamento e al successivo controllo degli accessi caratterizzati dalla presenza del flag 1 e 3. Il volume dei controlli sarà almeno pari al 0,15% della produzione dell’anno precedente

Cronoprogramma attività di controllo sulle prestazioni ambulatoriali

I controlli saranno effettuati come da cronoprogramma di seguito:

Figura 2 – Cronoprogramma controlli specialistica ambulatoriale 2025

Erogatori	gen-25	feb-25	mar-25	apr-25	mag-25	giu-25	lug-25	ago-25	set-25	ott-25	nov-25	dic-25
CdC G.B. Mangioni Hospital	■											
ASST Brianza	■											
Erogatori di prestazioni BIC	■											
Controlli flag 1 e 3							■					

Legenda	
■	Controllo misto sul campo e logico formale

2. AREA SOCIOSANITARIA

2.1. Contesto territoriale

Il contesto territoriale delle Unità d’Offerta (UdO) Sociosanitarie si sviluppa in diverse tipologie caratterizzate dal setting di erogazione delle prestazioni/servizi (residenziale, semi-residenziale, ambulatoriale, domiciliare) e rispettivamente dalla tipologia di utenza fragile ospitata, come di seguito dettagliato:

Tabella 26 - Offerta UdO Sociosanitarie per setting e utenza

	RESIDENZIALI	SEMI - RESIDENZIALI	AMBULATORIALI	DOMICILIARI
ANZIANI	- RSA (Residenza Sanitario Assistenziale) - Residenzialità Assistita (Misura) - Residenzialità 906a Assistita per Religiosi (Misura) - Sperimentazione: Villaggio Alzheimer	CDI (Centro Diurno Integrato)		RSA aperta (Misura)
DISABILI	- RSD (Residenza Sanitario Assistenziale per Persone con Disabilità) - CSS (Comunità Socio Sanitaria)	CDD (Centro Diurno Disabili)		
RIA	- SRM (Servizio Riabilitativo Minori) - INT (Cure Intermedie)/Post Acuti	RIA-CDC (Ciclo Diurno Continuo)	RIA ambulatoriali	RIA domiciliari
TOX	- DIP COM (Comunità Tossicodipendenze) - DIP BIA (Bassa Intensità Dipendenze)		DIP AMB: SERT/NOA e SMI (Servizio Multidisciplinare Integrato)	
PALLIATIVE	HOSPICE	UO CP (DH)	UO CP (MAC-amb)	UCP-DOM
ALTRO	OSPEDALI DI COMUNITA’		CF (Consultori Familiari)	C-DOM (Ex ADI)

Le suddette tipologie di Unità d’Offerta, distribuite in base al Distretto inteso ai sensi della L.R. n. 22/2021, presenti al 01/01/2025 sono dettagliate in tabella n. 27. Per ogni Unità d’Offerta è stata rappresentata anche la numerosità per tipologia di posti/posti letto solo autorizzati, accreditati o contrattualizzati.

Tabella 27 - Rete UdO sociosanitarie al 01/01/2025

TIPOLOGIA UD	DISTRETTI									Totale ATS
	BELLANO	CARATE BRIANZA	DESIO	LECCO	MERATE	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE		
N. UdO	8	8	8	10	7	11	10	10	72	
RSA Posti Letto Autorizzati	347	761	864	1095	761	1093	911	806	6638	
Posti Letto Accreditati	322	664	864	1042	751	1093	587	741	6064	
Posti Letto a Contratto	295	664	496	984	719	1039	571	543	5311	
POST ACUTI N. UdO					1	2			3	
Posti Letto a Contratto					10	40			50	
CURE INTERMEDIE N. UdO	1				1				2	
Posti Letto Autorizzati	15				40				55	
Posti Letto Accreditati	15				40				55	

	TIPOLOGIA UDO	DISTRETTI								Totale ATS
		BELLANO	CARATE BRIANZA	DESIO	LECCO	MERATE	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	
	Posti Letto a Contratto	15				40				55
RSD	N. UdO	3		2		2	1	1	1	10
	Posti Letto Autorizzati	113		84		79	60	65	52	453
	Posti Letto Accreditati	113		84		79	60	65	52	453
	Posti Letto a Contratto	113		84		36	60	65	52	410
CDD	N. UdO	2	4	5	4	3	4	4	6	32
	Posti Letto Autorizzati	45	90	135	105	80	95	113	127	790
	Posti Letto Accreditati	45	90	135	105	80	95	113	127	790
	Posti Letto a Contratto	45	90	135	105	71	95	113	127	781
CSS	N. UdO	5	2	1		5		1	2	16
	Posti Letto Autorizzati	50	20	10		50		10	20	160
	Posti Letto Accreditati	49	20	10		50		10	20	159
	Posti Letto a Contratto	39	20	10		50		10	20	149
CDI	N. UdO		2	4	5	1	8	4	7	31
	Posti Letto Autorizzati		54	122	177	30	240	102	185	910
	Posti Letto Accreditati		54	122	177	30	240	102	175	900
	Posti Letto a Contratto		34	64	140	30	240	70	150	728
CONSULTORI FAMILIARI PRIVATI	N. UdO			1	1	1	1	1	1	6
CONSULTORI FAMILIARI PUBBLICI (sedi principali)	N. UdO	3	1	2	4	2	1	1	1	15
DIP-AMB (SERT-NOA)	N. UdO		1	1	2	1	4	1	1	11
DIP-AMB (SMI)	N. UdO				1			1		2
DIP-BIA	N. UdO				3				1	4
	Posti Letto Autorizzati				18				5	23
	Posti Letto Accreditati				18				5	23
	Posti Letto a Contratto				18				5	23
DIP-COM	N. UdO	1	3	2	3	1				10
	Posti Letto Autorizzati	24	58	29	64	15				190
	Posti Letto Accreditati	24	58	29	64	15				190
	Posti Letto a Contratto	24	58	29	48	15				174
RIA AMB DOM CDC	N. UdO	2	1		2		1	1	1	8
	Posti Letto Autorizzati				294		15			309
	Posti Letto Accreditati				294		15			309
	Posti Letto a Contratto				294		15			309
SRM	N. UdO				1			1		2
	Posti Letto Autorizzati				40			36		76
	Posti Letto Accreditati				40			36		76

	TIPOLOGIA UDO	DISTRETTI								Totale ATS
		BELLANO	CARATE BRIANZA	DESIO	LECCO	MERATE	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	
	Posti Letto a Contratto				40			36		76
C-DOM	N. UdO	1	2		1	4	9	5	4	26
C-DOM LIMITROFI (sede operativa fuori ATS con Distretto ATS accreditato)	N. UdO									10
HOSPICE	N. UdO		1		1	1	2	1		6
	Posti Letto Autorizzati		13		10	12	31	19		85
	Posti Letto Accreditati		13		10	12	31	19		85
	Posti Letto a Contratto		13		10	12	31	19		85
UCP-DOM	N. UdO		1			2	1	1		5
UCP-DOM Limitrofe (Accreditate Fuori ATS con Contratto in ATS Brianza)	N. UdO									4
UOCP	N. UdO		1		1			1		3
RSA APERTA	N. UdO	2		4	3	1	5	3	2	20
MISURA RESIDENZIALITA' ASSISTITA RELIGIOSI	N. UdO				1	1	2	1	2	7
	Posti Letto Autorizzati				20	15	22	3	17	77
	Posti Letto a Contratto				20	15	22	3	17	77
MISURA RESIDENZIALITA' ASSISTITA	N. UdO	1			6	1	2		1	11
	Posti Letto Autorizzati	24			84	9	57		17	191
	Posti Letto a Contratto	24			84	9	57		17	191
VILLAGGIO ALZHEIMER	N. UdO						1			1
	Posti Letto Autorizzati						64			64
	Posti Letto a Contratto						64			64
OSPEDALI DI COMUNITA'	N. UdO	1		1	1			1		4
	Posti Letto Autorizzati	10		40	20			10		80
	Posti Letto Accreditati	10		40	20			10		80
	Posti Letto a Contratto			40						
	N. UDO totale	30	27	31	50	35	55	39	40	307*

* 307 UdO autorizzate/accreditate su ATS Brianza + 10 C-DOM con sede operativa sita fuori ATS ma con almeno 1 distretto di ATS Brianza accreditato + 4 UCP-DOM Accreditate fuori ATS con contratto in ATS Brianza (tot. 321).

Di seguito si dettaglia la dotazione di posti letto in Nucleo Alzheimer e dedicati agli Stati Vegetativi di cui dispongono le RSA e RSD del territorio di ATS Brianza:

Tabella 28 - posti letto in Nucleo Alzheimer e SV

TIPOLOGIA UdO	N. UdO	PL ALZHEIMER	PL Stati Vegetativi
RSA	72	561	10
BELLANO	8	10	0
CARATE BRIANZA	8	55	0
DESIO	8	105	0
LECCO	10	107	10
MERATE	7	87	0

TIPOLOGIA UdO	N. UdO	PL ALZHEIMER	PL Stati Vegetativi
MONZA	11	75	0
SEREGNO	10	57	0
VIMERCATE	10	65	0
RSD	10	0	32
BELLANO	3	0	0
DESIO	2	0	0
MERATE	2	0	0
MONZA	1	0	32
SEREGNO	1	0	0
VIMERCATE	1	0	0

Di seguito viene presentata invece la distribuzione delle diverse tipologie di UdO per ogni area di utenza fragile interessata, con il dettaglio della dotazione per ogni Distretto, così da illustrare le risorse rivolte alla popolazione in termini di offerta.

Tabella 29 - Disponibilità di UdO per area di fragilità

	TIPOLOGIA UdO	DISTRETTI							TOTALE	
		CARATE BRIANZA	DESIO	SEREGNO	VIMERCATE	MONZA	BELLANO	LECCO		MERATE
AREA ANZIANI	CDI	2	4	4	7	8		5	1	31
	RSA	8	8	10	10	11	8	10	7	72
	Res. Assistita Religiosi			1	2	2		1	1	7
	Residenzialità Assistita				1	2	1	6	1	11
	Villaggio Alzheimer					1				1
AREA DIPENDENZE	DIP-AMB	1	1	2	1	4		3	1	13
	DIP-BIA				1			3		4
	DIP-COM	3	2				1	3	1	10
AREA DISABILI	CDD	4	5	4	6	4	2	4	3	32
	CSS	2	1	1	2		5		5	16
	RSD		2	1	1	1	3		2	10
CURE PALLIATIVE	HOSPICE	1		1		2		1	1	6
	UOCP	1		1					1	3
RIABILITAZIONE	CURE INTERMEDIE						1		1	2
	POST ACUTI					2			1	3
	SRM			1				1		2
	OSPEDALI DI COMUNITA'		1	1			1	1		4
TOTALE		22	24	27	31	37	22	38	26	227
TOTALE PER ASST		141					86			

Di seguito l'offerta di servizi domiciliari, con la specifica dei territori su cui risultano accreditati per l'erogazione enti gestori di Cure Domiciliari (C-Dom), Cure Palliative domiciliari (UCP-Dom), riabilitazione domiciliare e RSA collocate sullo stesso territorio, contrattualizzate per la misura RSA Aperta.

In riferimento ai servizi di riabilitazione, sono state evidenziate le collocazioni delle sedi secondarie di cui alcune unità d'offerta dispongono, proprio per aggiungere maggiore capillarità di servizi a disposizione della popolazione.

Tabella 30 - Offerta domiciliare

TIPOLOGIA Udo	DISTRETTI							
	CARATE BRIANZA	DESIO	SEREGNO	VIMERCATE	MONZA	BELLANO	LECCO	MERATE
C-DOM	20	18	19	21	19	5	6	8
C-DOM con sede fuori dal territorio dell'ATS Brianza	1	4	4	5	3			
RSA Aperta		4	3	2	5	2	3	1
UCPDOM	3	3	3	3	3	2	2	2
UCPDOM con sede fuori dal territorio dell'ATS Brianza	4	4	4	4	4			
RIA AMB DOM sede principale	1		1	1	1	2	2	
RIA AMB DOM sedi secondarie			2	1		2		
RIA AMB DOM - CDC					1		2	
TOTALE	29	33	36	37	36	13	15	11

Infine si presenta anche la disponibilità territoriale delle sedi consultoriali, pubbliche e private.

Tabella 31 - Sedi dei consultori suddivise per distretti di appartenenza

TIPOLOGIA Udo	DISTRETTI								TOTALE
	CARATE BRIANZA	DESIO	SEREGNO	VIMERCATE	MONZA	BELLANO	LECCO	MERATE	
CF PRIVATI		1	1	1	1		1	1	6
CF PUBBLICI sedi principali	1	2	1	1	1	3	4	2	15
CF PUBBLICI sedi secondarie	1	5	3	2	3				14
TOTALE	2	8	5	4	5	3	5	3	35
TOTALE PER ASST	24					11			

Si segnala che alcune delle suddette sedi secondarie di Consultori pubblici potrebbero essere temporaneamente chiuse al pubblico, per criticità strutturali o interventi di riqualificazione, con l'erogazione dei servizi al pubblico assicurate da altre sedi limitrofe della stessa azienda.

2.2. Risorse umane

La SC Accreditamento, Controllo e Vigilanza Strutture Sociosanitarie e Sociali dispone di n. 1 Dirigente amministrativo e n. 1 Assistente Amministrativo.

La SS Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie dispone della seguente dotazione di personale, anche assegnata alla SC ACSO ma con attività prevalente in ambito sociosanitario:

- N. 3 dirigenti, di cui 1 responsabile della Struttura Semplice,
- N. 2 educatori, con incarico di funzione,
- N. 1 assistente sociale,
- N. 3 assistenti sanitari,
- N. 3 amministrativi.

Le équipe individuate per ogni tipologia di unità d'offerta sono multi professionali, con almeno due funzionari presenti per ogni sopralluogo, e una rotazione sulle tipologie di unità d'offerta nelle diverse annualità, per rispondere ai dettami dell'anticorruzione. La stessa équipe si occupa dei procedimenti legati sia ai controlli di appropriatezza che di vigilanza sul mantenimento dei requisiti organizzativo gestionali.

Generalmente, la stessa équipe garantisce il controllo sull'intero campione previsto per ogni tipologia di unità d'offerta su tutto il territorio di ATS Brianza, a garanzia di uniformità di controllo.

L'équipe che svolge il sopralluogo imposta e monitora anche gli atti esiti dei controlli stessi, con eventuale impostazione di diffida, sanzione e decurtazione.

Per i procedimenti di SCIA/SCIA contestuale la Responsabile del Servizio con una équipe dedicata, affiancata dal personale amministrativo, gestisce le pratiche compresi tutti i sopralluoghi e gli atti conseguenti.

Relativamente alle segnalazioni che pervengono in corso d'anno su Unità d'Offerta sociosanitarie, la Responsabile SS gestisce i sopralluoghi affiancata dagli incarichi di funzione, anche per la specificità e complessità dei procedimenti stessi, che possono esitare in successivi atti di competenza.

Il personale amministrativo, oltre a supportare l'équipe nell'archiviazione e monitoraggio delle fasi precedenti e successive ai sopralluoghi, si occupa della richiesta delle autocertificazioni legate ai requisiti soggettivi, con i successivi controlli di competenza, secondo il campione definito annualmente.

Il personale della SS Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie, specificatamente formato, dedica annualmente una quota parte di tempo lavoro, per gli adempimenti di competenza legati al debito informativo "Scheda Struttura Personale" e "Scheda Struttura".

La dotazione organica risente della difficoltà di reperire nuove risorse in sostituzione del personale messo in collocamento a riposo e del personale in mobilità.

2.3. Scheda struttura e Scheda struttura personale

Alle UdO RSD, CSS, CURE INTERMEDIE e CDD, abilitate o accreditate nel 2024, è richiesto l'assolvimento del debito informativo "SCHSTR - Personale", come stabilito con DGR XII/850/2023 al fine di alimentare il Tracciato 3 del flusso ministeriale SIAR per la rilevazione delle ore annuali di personale dedicato all'assistenza distintamente per figura professionale (scadenza 28 Febbraio).

Il personale della SS Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie avvia un'intensa attività di monitoraggio e di sollecitazione alle Unità d'Offerta, affinché si garantisca l'adempimento nei tempi dettati, assicurando costante supporto per la risoluzione di problematiche di tipo contenutistico riscontrate durante la compilazione e il caricamento della Scheda Struttura personale su SMAF.

L'assolvimento del debito informativo "Scheda Struttura" è richiesto nel periodo da Maggio a Settembre, a tutte le UdO Sociosanitarie risultanti come "abilitate" o "accreditate" nel 2024. Anche per questo adempimento il personale della SS Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie assicura ai gestori il necessario supporto tecnico e contenutistico, mediante monitoraggio dello stato di avanzamento dei caricamenti sulla piattaforma regionale SMAF.

2.4. Autorizzazione e accreditamento strutture sociosanitarie

Come disposto da DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 – "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli assessori Lucchini e Fermi)" verrà garantita la verifica del possesso dei requisiti di esercizio e accreditamento sul 100% delle istanze di accreditamento, delle SCIA e delle SCIA Contestuale accreditamento, che verranno inviate in corso d'anno e saranno processate ai sensi DGR n. 2569/2014 e DGR n. 6788/2022.

I sopralluoghi saranno garantiti in collaborazione con la SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici Strutture Erogatrici, con modalità congiunta.

Verrà inoltre garantito l'espletamento delle istruttorie per il 100% delle istanze di voltura, riconoscimento o modifica di enti unici.

2.5. Vigilanza strutture sociosanitarie

Come disposto da DGR n. 3720/2024 verrà garantita la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento di almeno il 33% per ciascuna tipologia di UdO Sociosanitaria, comprese misure e sperimentazioni, in continuità con quanto previsto nell'anno 2024 per il triennio 2024/2026.

La programmazione dei sopralluoghi di vigilanza viene calendarizzata, di norma, dopo il controllo di appropriatezza poiché quest'ultimo, oltre alla valutazione della completezza della documentazione sociosanitaria (FaSAS), considera la presenza e l'applicazione di procedure/protocolli assistenziali e la conoscenza degli stessi da parte degli operatori; permette anche di evidenziare l'esito delle scelte organizzative e formative che ricadono sulla presa in carico degli ospiti.

Il cronoprogramma di attività della SS Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie prevede di privilegiare nel primo semestre la maggior parte dei controlli di appropriatezza, con l'obiettivo di terminare l'importante carico di lavoro richiesto dal controllo dei FASAS entro i primi tre trimestri, dedicando l'ultima parte dell'anno ai sopralluoghi di vigilanza.

I criteri di campionamento delle unità d'offerta da vigilare, oltre alla tempistica dell'ultimo sopralluogo di vigilanza o controllo di appropriatezza, comprenderanno:

- diverse unità d'offerta o diverse tipologie di UdO gestite dallo stesso ente, comprese le misure;
- primo controllo di appropriatezza dopo istanza;
- strutture che continuano a subire sanzioni o segnalazioni ovvero a non modificare comportamenti già rilevati come inappropriati, come anche previsto dalla DGR n. XII/3720 del 30/12/2024;
- verifica a 90 giorni dal provvedimento regionale per la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento.

Si ritiene di non programmare vigilanze contestuali su due tipologie di unità d'offerta site nello stesso stabile, per non impattare sull'organizzazione dell'unità d'offerta, che deve garantire la presenza di interlocutori in grado di sostenere i controlli di appropriatezza.

I sopralluoghi per la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento saranno effettuati senza preavviso, come previsto da DGR n. 2569/2014.

Per le verifiche saranno utilizzati i verbali trasmessi da Regione Lombardia, con le relative check list regionali specifiche per tipologia di UdO.

Per la verifica dei requisiti specifici dei nuclei Alzheimer e dei post acuti, in assenza di check list regionali, è stato predisposto dall'équipe apposito verbale ai sensi rispettivamente DGR 1046/2018 e DGR 3383/2014.

Il calcolo dello standard, ove previsto, viene verificato sulla medesima settimana per tutte le UdO, a meno di criticità particolari o segnalazioni. Se il personale risulta a scavalco su più unità d'offerta viene verificata la modalità di rendicontazione separata, a garanzia della tracciabilità dell'effettiva presenza del personale ed erogazione per ogni specifica UdO.

Anche per ridurre il tempo di permanenza presso la UdO, può essere richiesto alla struttura l'invio di documentazione per una valutazione in sede ATS, rimandando a successivo eventuale approfondimento con il gestore i rilievi emersi. In particolare è possibile venga richiesto: carta dei servizi, contratto di ingresso, documentazione per il calcolo dello standard assistenziale su una settimana campione. Di conseguenza, per tutte le unità d'offerta la vigilanza, si prevede di poter condurre il controllo con metodologia mista.

Durante il sopralluogo viene controllata la corrispondenza del personale in servizio con la programmazione/turnistica degli operatori.

Durante la verifica del mantenimento dei requisiti organizzativo gestionali, oltre a protocolli/procedure della specifica UdO, verrà preso atto anche della presenza e dell'aggiornamento del Piano Operativo Pandemico (POP). Per le Unità d'offerta residenziali, inoltre, in corso di valutazione della procedura su sorveglianza e

prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza che, come il requisito di accreditamento 3.2.4.g prevede comprenda anche l'adozione di adeguate strategie vaccinali, verrà verificato che sia specificata anche la modalità di registrazione delle vaccinazioni effettuate presso la UdO secondo le indicazioni regionali vigenti (Piano Regionale Prevenzione Vaccinale Aggiornamento 2024-2025, rev. 01 del 05/09/2024, Regione Lombardia DG Welfare – UO prevenzione).

Le verifiche sui requisiti igienico-sanitari, strutturali e tecnologici saranno effettuate dagli operatori della SSD VRST, in modalità generalmente disgiunta, ovvero in giornate differenti rispetto ai sopralluoghi per la verifica dei requisiti organizzativo gestionali. Il campionamento delle strutture oggetto di vigilanza è tuttavia condiviso all'inizio dell'anno, con disponibilità reciproca da parte di entrambi i servizi a intervenire, anche anticipatamente rispetto alla propria programmazione, sulla specifica struttura nel caso vengano riscontrate criticità.

Di seguito i volumi di campionamento programmati per l'anno 2025:

Tabella 32 - Sopralluoghi previsti per la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento organizzativo gestionali

Tipologia UdO	Tot. UdO	n. SOPRALLUOGHI previsti anno 2025 (33%)
RSA	72	24
RSD	10	4
CSS	16	6
DIP-COM	10	4
DIP-BIA	4	1
CURE INT/POST ACUTI	5	2
HOSPICE	6	2
CDD	32	11
CDI	31	10
DIP-AMB	13	4
RIA AMB DOM CDC	8	3
CONS-FAM	21	7
UCP-DOM	5	2
C-DOM	26	9
UO-CP	3	1
MISURA RSA APERTA	20	7
MISURA RESIDENZIALITÀ ASSISTITA	11	3
MISURA RESIDENZIALITÀ ASSISTITA RELIGIOSI	7	2
OSPEDALI DI COMUNITÀ	4	1
	304	103

In riferimento ai requisiti soggettivi, come previsto da DGR n. 3720/2024, oltre a garantire i controlli di competenza per il 100% delle istanze (SCIA/SCIA contestuali/volture), verranno richieste le autocertificazioni ai sensi DGR 2569/2014 a tutti i soggetti gestori.

Si procederà quindi con la verifica del 10% delle autocertificazioni presentate entro il 31/01/2025.

Specificatamente, si prevede il controllo di **n. 13** Enti Gestori che saranno scelti tra quanti hanno almeno una UdO campionata per la verifica del mantenimento dei requisiti per il Piano controlli 2025 e che non siano già stati verificati negli ultimi 3 anni. Nel campione 2025 rientreranno anche gli Enti Gestori:

- di UdO non contrattualizzate;
- iscritti nello specifico registro delle persone giuridiche private;
- di più UdO inserite nel Piano controlli 2025;
- che presentano autocertificazioni contenenti anomalie intercettate nella prima fase di verifica della del materiale ricevuto;

- enti attenzionati per specifico monitoraggio legato a modifiche aziendali.

Per il suddetto campione verranno avviati i seguenti controlli:

1. Requisiti soggettivi di esercizio:

- per Enti gestori con contratto superiore a 150.000 euro, verrà acquisita dal competente servizio ATS l’informativa antimafia, la comunicazione antimafia o l’inserimento nel portale BDNA;
- per gli Enti Gestori con contratto inferiore a 150.000, non a contratto o solo autorizzati, verranno acquisite le autocertificazioni antimafia dovute, verificandone la completezza e la correttezza.

2. Requisiti soggettivi di accreditamento:

- **verifica possesso della personalità giuridica:** per gli enti iscritti alla CCIAA mediante richiesta di visura storica; per le persone giuridiche private verifica iscrizione al registro regionale o alla Prefettura;
- **verifica della continuità gestionale e finanziaria:** acquisizione e analisi della relazione sull’ultimo bilancio approvato, e verifica che la società di revisione contabile - o l’organo di controllo con funzioni di revisore contabile - dichiarino in modo esplicito che il bilancio sia stato approvato sulla base della corretta applicazione del principio della continuità aziendale e che non vi siano incertezze significative sulla continuità aziendale, tali da darne informativa in bilancio.
- **verifica della presenza dell’organo di controllo economico e relativa composizione:** viene analizzata la dichiarazione prodotta, comparandola alla visura camerale. Viene verificata anche l’iscrizione dei revisori al relativo albo.
- **verifica dell’assenza di procedure concorsuali:** per gli Enti Gestori iscritti alla CCIAA viene acquisita la visura camerale con annotazione; per le persone giuridiche private viene inoltrata specifica richiesta al Tribunale fallimentare.

In riferimento al requisito organizzativo gestionale di accreditamento – Adozione del modello organizzativo e del Codice etico ai sensi del D. Lgs 231/2001, entro il 28 febbraio viene acquisita la relativa autodichiarazione da parte degli Enti Gestori accreditati privati e pubblici che svolgono attività economica, con capacità ricettiva pari o superiore agli 80 posti letto o con capacità contrattuale pari o superiore a 800.000 euro/anno a carico del Fondo Sanitario Regionale Lombardo.

In particolare, la dichiarazione deve esplicitare:

- l’adozione del codice etico comportamentale;
- la nomina dell’organismo di vigilanza con identificazione dei componenti e descrizione delle qualifiche;
- l’avvenuta formazione e informazione al proprio personale sulla materia;
- l’avvenuta acquisizione della relazione annuale dell’organismo di vigilanza.

Si verificherà che tutti gli Enti Gestori tenuti all’adempimento abbiano inviato le autocertificazioni entro i tempi previsti.

Per un campione del 10 % sul numero di enti gestori con capacità ricettiva pari o superiore agli 80 posti letto o con capacità contrattuale pari o superiore a 800.000 euro/anno a carico del Fondo Sanitario Regionale Lombardo, coincidente con n. 9 unità d’offerta previste nel Piano controlli 2025. La scelta delle suddette strutture può essere legata ai seguenti criteri:

- che non siano già stati verificati negli ultimi 3 anni;
- strutture oggetto di specifico monitoraggio per modifiche aziendali o situazioni specifiche.

Si procederà con le seguenti acquisizioni:

- trasmissione del Codice Etico adottato,
- evidenza della formazione/informazione del proprio personale con corsi specifici,
- atto di nomina dell’ODV.

Verrà infine verificato che sia agli atti di ATS Brianza la relazione annuale dell'ODV.

2.6. Programmazione attività SSD VRST Strutture Socio Sanitarie

Il personale dedicato all'attività di verifica in merito ai requisiti strutturali e tecnologici afferisce alla Struttura semplice dipartimentale denominata "Verifica Requisiti strutturali e tecnologici strutture erogatrici" è composto dalla seguenti figure professionali:

- N. 2 Architetti di cui uno ricopre il ruolo di Responsabile delle struttura e il secondo ricopre il ruolo di collaboratore professionale con contratto di lavoro a part time;
- N. 3 tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro di cui un collaboratore a part time;
- N. 1 dirigente delle professioni sanitarie;
- N. 1 assistente amministrativo

La SSD VRST in funzione della DGR 3720 del 30/12/2024 e in concertazione con la programmazione della SS Vigilanza e controllo strutture socio sanitarie, ha previsto n. 107 verifiche presso le seguenti UdO:

Tabella 33 – verifiche pianificate per tipologia UdO

Tipologia UdO	Numero strutture da vigilare
CDD	n. 8
RSD	n. 2
Hospice	n. 3
CSS	n. 5
CDI	n. 9
IDR/amb/RIA CDC	n. 6
NOA/SMI	n. 3
Religiosi	n. 1
Consultori familiari	n. 15
Bid/Bia	n. 1
C.T.	n. 3
SRM	n. 1
RSA	n. 25
RSA Aperta	n. 2
APA	n. 4
UCP DOM	n. 2
C-DOM/ADI	n. 10
Ospedale di comunità	n. 1
Totale	n. 107

Il dato totale di n. 107 verifiche presso le strutture socio sanitarie, a seguito di ulteriori indicazioni che perverranno dalla direzione generale Welfare, potrebbero subire un incremento il quale verrà rendicontato alla fine dell'anno.

Gli indicatori scelti che hanno sotteso la scelta dei campioni per la programmazione 2025, così come avvenuto per l'anno precedente, sono i seguenti:

- dati storici di rotazione delle verifiche precedenti sulle UdO
- criticità strutturali emerse dai precedenti sopralluoghi

Si precisa, che il campione scelto sopra riportato in tabella in funzione della tipologia di UdO da vigilare, si discosta in parte da quello della SS Vigilanza e controllo strutture socio sanitarie, visto che nell'anno 2023, a seguito della nota regionale n. G1.2023.0032013 avente per oggetto: "Implementazione delle verifiche sulla sicurezza delle strutture sociosanitarie della rete territoriale rispetto a quanto già previsto dal piano annuale

dei controlli in allineamento alle determinazioni di cui alla dgr xi/7758/2022”, la SSD ha effettuato un incremento dell’ attività di vigilanza strutturale pari al 10% portando il proprio dato dei controlli al 35%.

L’attività di vigilanza routinaria prevista verrà effettuata in loco utilizzando le check list regionali; la modalità di svolgimento avverrà in modalità disgiunta tra le due equipe.

Oltre la programmazione routinaria la SSD VRST effettuerà in loco il monitoraggio semestrale delle unità d’offerta sociosanitarie in piano programma.

La SSD assicurerà continuamente il supporto alla SS Vigilanza e controllo strutture socio sanitarie in merito la verifica sul possesso dei requisiti strutturali e tecnologici generali e specifici sul 100% delle SCIA presentate.

3. AREA SOCIALE

3.1. Contesto territoriale

Nel corso dell'anno ci sono stati diversi cambiamenti relativi alle unità d'offerta sociali ubicate nel territorio di ATS Brianza e hanno riguardato n. 80 strutture, come di seguito dettagliato:

- Area Prima Infanzia:
 - messa in esercizio di n. 14 UdO (8 Asili Nido, 5 Micronidi, n. 1 Centro Prima Infanzia);
 - cambio Ente Gestore di n. 8 UdO (1 Centro Prima Infanzia e 7 Asili Nido);
 - cessata attività di n. 8 UdO (1 Asilo Nido, 5 Nidi Famiglia, 1 Micronido e 1 Centro Prima Infanzia);
 - trasferimento sede per n. 3 UdO (2 Asili Nido e 1 Nido Famiglia);
 - variazione capacità ricettiva per n. 2 Asili Nido;
 - trasformazione in altra tipologia di UdO per n. 3 strutture (1 Micronido trasformato in Asilo Nido, 1 Nido Famiglia trasformati in Asilo Nido, 1 Nido Famiglia trasformato in Micronido).

- Area Minori:
 - messa in esercizio di n. 23 UdO (2 Alloggi per l'autonomia di Tipo Educativo, 1 Comunità Educativa, n. 1 Comunità Educativa Genitore Figli, 17 Centri Ricreativi Diurni per Minori e 1 Centro Educativo Diurno, n. 1 Centro di Aggregazione Giovanile);
 - cambio Ente Gestore di n. 4 UdO (2 Comunità Educative, n. 1 Centro Educativo Diurno e n. 1 Centro di Aggregazione Giovanile);
 - cessata attività n. di 8 UdO (n. 5 Centri di Aggregazione Giovanile e n. 3 Comunità Educative);
 - trasferimento sede di n. 1 Centro Ricreativo Diurno per Minori;
 - variazione capacità ricettiva di n. 1 Centro Ricreativo Diurno per Minori.

- Area Disabili:
 - trasferimento sede di n. 1 Centro Socio Educativo.

- Area Anziani
 - messa in esercizio di n. 1 CASA;
 - cessata attività di n. 1 Centro Diurno Anziani;
 - trasformazione UdO di n.1 CASA in Alloggio Protetto Anziani;
 - trasferimento sede di n. 1 CASA.

Pertanto al 1° gennaio 2025 la rete delle UdO sociali, nel territorio dell'ATS della Brianza, è costituita dalle tipologie riportate nella seguente tabella, con indicazione di numerosità e capacità ricettiva.

Tabella 34 - Rete Udo sociali ATS Brianza al 01/01/2025

Area	Tipologia	TOTALE ATS		MONZA (Distretto di Desio, Carate Brianza, Monza, Seregno e Vimercate)		LECCO (Distretti di Bellano, Lecco e Merate)	
		n. UdO Aut	n. Posti	n. UdO Aut	n. Posti	n. UdO Aut	n. Posti
Prima infanzia	asili nido	237	7204	182	5598	55	1606
	centri prima infanzia	21	417	3	58	18	359
	micronidi	27	260	15	147	12	113
	nidi famiglia	44	220	25	125	19	95
tot		329	8101	225	5928	104	2173
Minori	comunità educative	35	321	18	173	17	148
	comunità educativa genitore figli	3	35	2	24	1	11
	comunità familiari	3	18	1	6	2	12
	alloggi per l'autonomia	9	34	5	19	4	15
	alloggio autonomia di tipo educativo	9	29	3	11	6	18
	centri aggregazione giovanile	6	480	6	480		
	centri ricreativi diurni per minori	215	17797	131	10642	84	7155
	case vacanza	3	316			3	316
	comunità educativa diurna	1	12	1	12		
centro educativo diurno	9	273	8	238	1	35	
tot		293	19315	175	11605	118	7710
Disabili	comunità alloggio disabili	11	87	7	60	4	27
	comunità risocializzazione reinserimento	2	35			2	35
	centri socio-educativi	33	751	26	603	7	148
	servizi formazione all'autonomia	16	487	14	417	2	70
tot		62	1360	47	1080	15	280
Anziani	centri diurni per anziani	9	565	7	510	2	55
	alloggi protetti per anziani	17	312	8	169	9	143
	casa	6	54	4	33	2	21
	case albergo	1	17			1	17
tot		33	948	19	712	14	236
TOTALE		717	29724	466	19325	251	10399

3.2. Risorse umane

Il personale che si occupa di vigilanza in ambito Socio Assistenziale è costituito da:

- n. 1 Dirigente Psicologo (Responsabile della SS Vigilanza e Controllo strutture sociali e Sperimentazioni);
- n. 3 Assistenti Sociali, di cui uno con incarico di funzioni "Ufficio coordinamento delle attività di vigilanza delle Strutture sociali e delle Sperimentazioni" e una in maternità da novembre 2024;
- n. 1 Educatore Professionale;
- n. 1 Assistente Sanitaria;
- n. 1 Assistente Amministrativo Part Time;
- n. 1 Infermiera, Dirigente delle Professioni Sanitarie dal 01/10/2024.

3.3. Programmazione Vigilanza Sociale

A seguito dell'emanazione della D.G.R. 3720 del 30/12/2024, le verifiche in merito al mantenimento dei requisiti minimi di esercizio riguarderanno almeno il 25% delle unità d'offerta sociali.

Sulla base delle UdO sociali presenti al 01/01/2025 sono state infatti campionate almeno il 25% delle strutture per ogni area d'intervento. Il campione di n. 126 unità d'offerta è stato composto secondo questi criteri:

- a) a partire dal file contenente le UdO attive al 01/01/2022, aggiornato annualmente in considerazione delle cessazioni e delle messe in esercizio delle nuove unità d’offerta, arrivando pertanto in quest’anno 2025 al 100% del campione iniziale, per un totale di n. 30 udo;
- b) n. 9 udo campionate fra quelle viste lo scorso anno sia a seguito di vigilanza routinaria, che per vigilanza per CPE, che hanno avuto un esito sfavorevole delle verifiche;
- c) n. 87 scelte a campione, escluse quelle dei punti precedenti, nel file delle udo attive al 01/01/2025.

Il campionamento delle udo individuate nel punto b) è avvenuto facendo un’analisi del rischio di tali strutture, individuando i seguenti criteri, in base alle carenze rilevate:

- rischio basso: solo carenza di documentazione;
- rischio medio: carenze in merito a destinatari e/o superamento capacità ricettiva;
- rischio medio - alto: carenza relative allo standard di personale;
- rischio alto: carenza reiterata.

Si è scelto di utilizzare lo stesso indicatore definito dalla D.G.R. 3720 del 30/12/2024, ossia di vigilare il 25% delle UdO a rischio alto e rischio medio-alto. Tale analisi ha portato a individuare n. 9 unità d’offerta.

In merito la verifica dei requisiti strutturali, in relazione alle risorse presenti, e al campione iniziale di 126 UdO, la SSD VRST ha individuato come criterio di campionamento i seguenti indicatori:

- Fragilità dell’utenza;
- Capacità ricettiva dell’UdO.

L’esito di tale valutazione ha identificato n. 35 UdO dell’area della prima infanzia, nello specifico gli Asili Nido, con capacità ricettiva superiore alle 30 persone compresenti.

Tabella 35 - Verifiche ispettive di vigilanza routinaria per tipologia di udo programmate per l’anno 2025

Area	Tipologia UDO	n. UdO al 01/01/2025	N. UdO da vigilare 2025	% (>=25%)
Area Prima infanzia	asili nido	237	60	25,23%
	centro prima infanzia	21	5	
	micronido	27	7	
	nido famiglia	44	11	
Totale area prima infanzia		329	83	
Area minori	comunità educative per minori	35	10	25,33%
	comunità educative genitore figli	3	1	
	comunità educativa diurna	1	0	
	comunità familiari	3	1	
	alloggi per l’autonomia	9	2	
	alloggi per l’autonomia di tipo educativo	9	2	
	centro educativo minori	9	2	
	centri aggregazione giovanile	6	1	
Totale area minori		75	19	
Area disabili	comunità alloggio disabili	11	3	25,00%
	centri socio-educativi	33	8	
	servizi formazione all'autonomia	16	4	
Totale area disabili		60	15	
Area anziani	centri diurni per anziani	9	1	28,13%
	alloggi protetti anziani	17	4	
	comunità alloggio sociale anziani	6	4	
Totale area anziani		32	9	
TOTALE UDO		496	126	25,40%

Nell'area anziani, a seguito dei controlli effettuati lo scorso anno e delle criticità emerse, è stata fatta la scelta di verificare nel corso del 2025 tutte le "Comunità alloggio sociale anziani" presenti nel territorio Monzese, prevedendo pertanto di fare una percentuale più alta di controlli nella medesima area, rispetto all'indicatore regionale.

Saranno garantite inoltre le seguenti attività:

- le verifiche inerenti le CPE, tramite sopralluogo congiunto o disgiunto con la SSD VRST;
- la gestione delle eventuali segnalazioni;
- l'aggiornamento dell'anagrafica interna ATS della Brianza delle UdO sociali formalizzate;
- la collaborazione costante con Uffici Unici/Ufficio dei Piani dei Comuni del territorio ATS, con riunioni periodiche, relativamente all'attività di vigilanza routinaria e alla verifica delle CPE;
- la partecipazione agli incontri del gruppo di lavoro avviato dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità e i referenti ATS per le attività di vigilanza sulle UdO Sociali;
- l'effettuazione di eventuali sopralluoghi richiesti dalla Procura del Tribunale per i Minorenni, per tramite della Polizia Locale territorialmente competente, relative alle strutture residenziali per minori.

In tema di formazione, sono stati programmati per l'anno 2025 n. 4 eventi formativi:

- uno dedicato all'approfondimento della normativa vigente (leggi 241/90 e 689/81) che disciplina l'attività di vigilanza delle UdO sociali, con particolare riferimento al sistema sanzionatorio;
- uno dedicato alla formazione sul campo con l'obiettivo di elaborare la procedura del SGQ relativo al processo "Abilitazione all'esercizio in ambito sociale: nuove istanze";
- uno relativo agli strumenti per individuare eventuali criticità nell'appropriatezza dell'inserimento di ospiti in UdO sociali;
- uno relativo al tema della comunicazione, volto a potenziare le capacità relazionali all'interno e all'esterno dell'equipe di vigilanza, con utilizzo di role-playing.

4. AREA VERIFICHE REQUISITI CONTRATTUALI

Nell'ambito della negoziazione sanitaria e sociosanitaria, si intende fornire una panoramica complessiva degli enti erogatori di prestazioni e servizi a contratto con ATS Brianza nonché esplicitare la programmazione e le attività di verifica e controllo sulla sussistenza e sul mantenimento dei requisiti di accesso alla contrattualizzazione previsti dalla normativa vigente e ripresi dallo schema contrattuale approvato da Regione Lombardia.

4.1. Contesto territoriale

Area sanitaria

L'analisi di contesto per l'area sanitaria, condotta nel triennio 2023-2025, evidenzia come il numero degli enti gestori a contratto con ATS sia sostanzialmente stabile nel periodo di riferimento.

Per ogni ente gestore a contratto afferiscono una o più strutture sanitarie che erogano prestazioni in almeno uno dei seguenti setting assistenziali: ricoveri, cure subacute, specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, neuropsichiatria infantile (NPIA), psichiatria. Nei contratti ordinari stipulati tra ATS ed enti gestori viene definito, per ciascun setting, un budget di produzione con i relativi valori di riferimento, definiti dalla DG Welfare.

Al 01/01/2025 ATS Brianza ha nel proprio territorio 46 strutture a contratto ordinario per i setting di prestazioni sanitarie:

- n. 4 enti gestori pubblici (di cui 2 erogano prestazioni sia in ambito sanitario che sociosanitario)
- n. 42 enti gestori privati (di cui 4 erogano prestazioni sia in ambito sanitario che sociosanitario).

Il dettaglio degli enti gestori per ciascun setting contrattuale è riportato di seguito:

Tabella 36 - N. enti gestori per setting contrattuale (anno 2024)

Setting	N. Enti Gestori pubblico	N. Enti Gestori privato
NEUROPSICHIATRIA	3	3
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	4	34
PSICHIATRIA	3	9
RICOVERI	4	8
SUBACUTE	2	3
Totale	4	42

Agli enti gestori afferiscono complessivamente 197 strutture accreditate a contratto (n. 121 nel settore pubblico e n. 76 nel settore privato).

Tabella 37 - N. strutture accreditate a contratto per setting contrattuale (anno 2024)

Tipo contratto	N. Enti Gestori pubblico	N. Enti Gestori privato
NPI	23	6
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	64	48
PSICHIATRIA	45	15
RICOVERI	11	9
SUBACUTE	8	4
Totale	121	76

Area Sociosanitaria

L'analisi di contesto per l'area sociosanitaria, condotta sul triennio 2023 – 2025, evidenzia come il numero complessivo degli enti gestori a contratto ordinario sia variato da n. 131 gestori all'01/01/2023 a n. 127 gestori a contratto all'01/01/2025.

La variazione riguarda principalmente la mancata riclassificazione all'01/04/2023 in C-DOM di n. 4 Enti gestori di ADI sul territorio di ATS Brianza a seguito del processo di riordino della rete di cure domiciliari di cui alla DGR n. 6867 del 02/08/2022.

Ai sensi della DGR XII/715 del 24/07/2023, sono stati sottoscritti n. 62 contratti di scopo per l'acquisto di cure domiciliari dalla rete d'offerta pubblica e privata accreditata ex DGR XI/6867/2022, compresa l'erogazione di cure domiciliari in regime di RSA Aperta e dalla rete pubblica e privata accreditata per l'erogazione di cure palliative domiciliari per il raggiungimento dell'obiettivo target PNRR di cui alla Missione 6 - Componente 1 sub-investimento M6C1 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)".

Di seguito il dettaglio dei contratti sottoscritti:

- n. 33 contratti con Enti gestori di unità d'offerta C-DOM, di cui n. 26 già a contratto con ATS Brianza per lo stesso setting di cura e n. 7 contratti con nuovi Enti gestori in esito alle manifestazioni di interesse di cui al decreto di ATS n. 429 del 06/11/2023 e delibera n. 347 del 29/08/2024;
- n. 9 contratti di scopo con Enti gestori di unità d'offerta CP-DOM, di cui n. 7 già a contratto con ATS Brianza per lo stesso setting di cura e n. 2 nuovi contratti in esito alla manifestazione di interesse di cui al decreto di ATS n. 429 del 06/11/2023;
- n. 20 contratti di scopo con Enti gestori di unità d'offerta RSA Aperta, di cui n. 12 già a contratto con ATS Brianza per lo stesso setting di cura e n. 4 nuovi contratti in esito alla manifestazione di interesse di cui al decreto di ATS n. 429 del 06/11/2023 e delibera n. 347 del 29/08/2024.

Si segnala che nel 2024 si è provveduto alla sottoscrizione:

- del contratto, a seguito di voltura dell'accreditamento per la UdO RSA San Giorgio CUDES 001158, da Unison - Consorzio di Cooperative Sociali - Cooperativa Sociale al nuovo ente gestore Cooperativa sociale San Martino a far data dal 20/04/2024;
- dell'addendum contrattuale a seguito di voltura dell'accreditamento per la UdO CDI La Casa del Sorriso CUDES 001023, da Codess Sociale Società Cooperativa Sociale ONLUS al nuovo ente gestore Cooperativa Sociale San Nicolò Società Cooperativa Sociale a far data dal 15/07/2024;
- dell'addendum contrattuale per spostamento posti RSD di Olgiate Molgora CUDES 001122 e CUDES 093592 dell'ente gestore unico Casa Dei Ragazzi Istituto Assistenza Minori Ed Anziani ONLUS, a seguito di parere regionale favorevole di questa ATS e dopo aver acquisito nulla osta da parte di Regione Lombardia;
- del contratto e relativa scheda di budget a seguito dell'accreditamento dell'Ospedale di Comunità di Limbiate per n. 40 posti con decorrenza dal 02/12/2024 gestito dall'Ente gestore Gheron srl;

Al 01/01/2025 risultano contrattualizzati complessivamente:

- n. 16 enti gestori pubblici (con sede legale in ATS Brianza);
- n. 105 enti gestori privati (di cui 54 con sede legale in ATS Brianza);
- n. 4 enti gestori privati che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie (di cui n. 3 con sede legale in ATS Brianza);
- n. 2 enti gestori afferenti al SSL che erogano prestazioni sia di carattere sanitario che sociosanitario (ASST Brianza e ASST Lecco) indicati alla voce "altro" (intercompany).

Nel corso del 2024 sono stati sottoscritti n. 18 contratti di filiera con erogatori privati che ne hanno fatto richiesta a seguito del riconoscimento dello status di Ente Unico.

Si riportano di seguito le tipologie di Unità d'Offerta per l'area sociosanitaria al 01/01/2025:

Tabella 38 - N. strutture sociosanitarie per tipologia e natura giuridica

TIPOLOGIA DI UDO SOCIO SANITARIA	NATURA GIURIDICA (Pubblico/Privato)	N° UDO
C-DOM	Pubblico	1
	Privato	25
	ASST	1
CDD	Pubblico	17
	Privato	14
	ASST	1
CDI	Pubblico	5
	Privato	24
CONSULTORI	Privato	6
CSS	Pubblico	1
	Privato	14
CURE PALLIATIVE domiciliare*	Privato	9
	ASST	5
CURE PALLIATIVE residenziale**	Privato	4
	ASST	2
DIPENDENZE	Privato	13
RIABILITAZIONE/CURE INTERMEDIE	Pubblico	1
	Privato	8
POST ACUTA	Pubblico	1
POST ACUTA	Privato	2
RSA	Pubblico	3
	Privato	62
RSD	Privato	9
	ASST	1
SMI	Privato	2
SRM	Privato	2
ODC	Privato	1

* Sono stati conteggiati complessivamente gli assetti presenti in AFAM e nelle schede di budget allegate ai relativi contratti;

** Va, altresì, ricompresa n. 1 ulteriore UdO relativa alla ASST di Lecco per n. 2 posti di Day Hospital oltre ad ulteriori n. 2 posti di Day Hospital relativi alla ASST della Brianza.

4.2. Risorse umane

La Struttura Complessa Negoziazione e Governo delle Prestazioni, così come previsto dal nuovo POAS in vigore all'01/01/2025, è inserita all'interno del Dipartimento di Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie e svolge un ruolo centrale nella programmazione e governo della rete di offerta sanitaria e sociosanitaria attraverso la contrattualizzazione degli Erogatori pubblici e privati accreditati e l'attività di verifica del mantenimento dei requisiti richiesti dalla normativa vigente.

Sono previste, al suo interno, n. 2 Strutture Semplici cui sono affidate, rispettivamente, le funzioni di:

- negoziazione e contrattualizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
- gestione e analisi dei flussi informativi (sanitari, sociosanitari) per il monitoraggio dei contratti degli EEP/EEPA e, per gli EEPA di area sanitaria, degli obiettivi specifici contrattuali (es.: prescrizioni ricette DEM, tempi di attesa AMB: volumi prestazioni PNGLA, classi di priorità U-B-D, tempi di attesa RIC, etc);
- contrattualizzazione e verifica requisiti contrattuali delle Cooperative MMG nell'ambito della Presa in Carico dei Cronici (PIC). Remunerazione "quota PIC" e atti amministrativi conseguenti;
- Mobilità sanitaria internazionale

La dotazione organica della SC e delle due SS.SS. afferenti al 01/01/2025 è di seguito rappresentata:

- n. 1 Dirigente tecnico
- n. 1 Dirigente amministrativo

- n. 4 Funzionario - ruolo amministrativo
- n. 7 Assistente - ruolo amministrativo
- n. 1 Operatore - ruolo amministrativo

4.3. Verifiche requisiti contrattuali delle strutture

La presente sezione illustra i controlli previsti da questa ATS in merito alla sussistenza e al mantenimento dei requisiti di accesso alla contrattualizzazione in capo ai soggetti gestori/erogatori che intendano sottoscrivere il contratto per l'esercizio 2025, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Ai fini della sottoscrizione del contratto, la Struttura Complessa Negoziazione e Governo delle Prestazioni procede all'acquisizione della sottoelencata documentazione attestante il possesso dei requisiti per l'accesso alla contrattualizzazione:

- Documentazione antimafia dalla quale risulti che non sussistono cause di decadenza, sospensione, divieto previste dalla normativa antimafia né tentativi di infiltrazione mafiosa tendenti a condizionare le scelte dell'ente (acquisizione autocertificazione per tutti gli Enti gestori; comunicazione/informazione antimafia per contratti superiori a € 150.000,00);
- Attestazione di assenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, in merito al pagamento di contributi previdenziali, imposte e tasse;
- Dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. 445/2000, del legale rappresentante e dei componenti dell'organo di amministrazione (ove esistenti) circa l'insussistenza di sentenze penali, anche non definitive, per i reati indicati all'art. 94, comma 1, del D.Lgs. n. 36/2023;
- Acquisizione della relazione sull'ultimo bilancio approvato, redatta da soggetti tenuti alla revisione legale dei conti ai sensi dell'art. 2409 bis c.c., che attesti in modo esplicito la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità della struttura;
- Acquisizione di un estratto sintetico della relazione annuale dell'OdV che attesti l'adozione, da parte del gestore, del codice etico comportamentale e la corretta applicazione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 per Erogatori con capacità contrattuale \geq a € 800.000 annui (o UdO con capacità ricettiva \geq 80 PL per l'area sociosanitaria)

Area Sanitaria

Si evidenzia di seguito una sintesi dei controlli programmati per l'esercizio 2025 relativamente ai requisiti contrattuali per l'area sanitaria.

Tabella 39 - Programmazione 2025 per l'area sanitaria

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	N° CONTROLLI PROGRAMMATI	BASE DATI	CRITERI CAMPIONAMENTO	CRONOPROGRAMMA	STRUMENTI OPERATIVI
Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 94, comma 1, d. lgs. 36/2023)	Da remoto	42	Casellario giudiziale	100% degli Enti erogatori privati	100% Entro la data di sottoscrizione del contratto	Acquisizione autocertificazione da parte dei singoli Enti. Verifiche successive con Amministrazioni certificanti (richiesta casellario giudiziale per tutti i soggetti interessati)
Certificazione antimafia (art. 94, comma 2, d.lgs. 36/2023)	Da remoto	39	Portale Banca Dati Nazionale Antimafia (BDNA)	100% degli Enti erogatori privati con contratto superiore a € 150.000	Alla scadenza (ogni 6 mesi per Comunicazione, 1 anno per Informazione) o comunque ad ogni variazione dei soggetti sottoposti a controllo	Acquisizione autocertificazione da parte dei singoli Enti. Richiesta comunicazione/informazione tramite BDNA
Regolarità contributiva (art. 96, comma 6, d.lgs. 36/2023)	Da remoto	130	Portale INPS/INAIL	100% degli Enti erogatori (pubblici e privati)	Ogni 120 giorni (a scadenza) e ad ogni pagamento	Richiesta DURC tramite banca dati INPS/INAIL. Il numero si riferisce al totale dei controlli; gli Enti da controllare sono 4 pubblici e 42 privati
Regolarità contributiva (art. 96, comma 6, d.lgs. 36/2023)	Da remoto	42	Agenzia delle Entrate	100% degli Enti erogatori privati	100% Entro la data di sottoscrizione del contratto	Acquisizione autocertificazione da parte dei singoli Enti. Verifiche successive con Amministrazioni certificanti (richiesta ad Agenzia delle Entrate)
Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (art. 94, comma 5, lett. a), d.lgs. 36/2023)	Da remoto	42	Casellario giudiziale	100% degli Enti erogatori privati	100% Entro la data di sottoscrizione del contratto	Acquisizione autocertificazione da parte dei singoli Enti. Verifiche successive con Amministrazioni certificanti (richiesta a Procura della Repubblica) su sanzioni definitive
Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)	Da remoto	42	Relazione inviata da Soggetti tenuti alla revisione legale dei conti	100% degli Enti erogatori privati	100% Entro la data di sottoscrizione del contratto	Acquisizione e verifica relazione ultimo bilancio approvato

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	N° CONTROLLI PROGRAMMATI	BASE DATI	CRITERI CAMPIONAMENTO	CRONOPROGRAMMA	STRUMENTI OPERATIVI
Applicazione modello organizzativo (d.lgs. 231/2001)	Da remoto	20	Relazione annuale OdV (estratto sintetico)	100% Enti erogatori privati (con contratto >= 800mila € annui)	100% Entro la data di sottoscrizione del contratto	Acquisizione e verifica relazione Organismo di Vigilanza
Ulteriori requisiti (art. 94, comma 5, d.lgs. 36/2023) – lett. d)	Da remoto	42	Portale Telemaco	100% degli Enti erogatori privati	100% Entro la data di sottoscrizione del contratto	Acquisizione autocertificazione da parte dei singoli Enti. Verifiche successive con confronto dati CCIAA scaricati da portale https://telemaco.infocamere.it .
Ulteriori requisiti (art. 94, comma 5, d.lgs. 36/2023) – lett. e), f)	Da remoto	5	Casellario ANAC	10% delle dichiarazioni prodotte su campione casuale	100% Entro la data di sottoscrizione del contratto	Acquisizione autocertificazione da parte dei singoli Enti. Verifiche successive tramite casellario ANAC.
Ulteriori requisiti (art. 94, comma 5, d.lgs. 36/2023) – lett. b)	Da remoto	5	Casellario ANAC	10% delle dichiarazioni prodotte su campione casuale	100% Entro la data di sottoscrizione del contratto	Acquisizione autocertificazione da parte dei singoli Enti. Verifiche successive tramite richiesta a competenti servizi Politiche del Lavoro
Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013)	Da remoto	5	Siti web erogatori	10% delle dichiarazioni prodotte su campione casuale	100% Entro il 31/12	Acquisizione autocertificazione dell'EG. Verifica assolvimento obblighi nei siti web degli EE.GG.

Area Sociosanitaria

Si illustra di seguito una sintesi dei controlli programmati per l'esercizio 2025, tenuto conto che alcuni rappresentano, al contempo, anche requisiti di esercizio e di accreditamento ai sensi della DGR n. 2569/2014 e sono sottoposti a controllo e vigilanza da parte della SC Accreditamento, Controllo e Vigilanza Strutture Sociosanitarie e Sociali:

Tabella 40 - Programmazione 2025 per l'area sociosanitaria

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	N° CONTROLLI PROGR.TI	BASE DATI	CRITERI CAMPIONAMENTO	CRONOPROGRAMMA	STRUMENTI OPERATIVI
Ulteriori requisiti (art. 94, comma 5 D.Lgs. 36/2023)	Da remoto	13	AFAM	10% delle dichiarazioni prodotte su campione casuale	100% Entro il 31/12	lett. d) presso il portale https://telemaco.infocamere.it lett. e) lett. f) presso portale ANAC
Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 94, comma 1 lett. a), b), c), d), e), f), g), h) D.Lgs. 36/2023)	Da remoto	57	AFAM	50% delle dichiarazioni prodotte (EE.GG. privati). Primo anno campione casuale. 100% nel biennio	100% Entro il 31/12	Acquisizione autocertificazione comprovante assenza cause di esclusione. Verifiche successive con Amministrazioni certificanti
Certificazione antimafia (art. 94, comma 2 D.Lgs. 36/2023)	Da remoto	90	AFAM/ CONTRATTI WEB	100% delle UDO con BUDGET CONTRATTUALIZZATO MAGGIORE O UGUALE A €150.000,00	Alla scadenza (ogni 6 mesi per Comunicazione, 1 anno per Informazione) o comunque ad ogni variazione dei soggetti sottoposti a controllo	Per tutti i nuovi contratti viene acquisita autocertificazione dall'EG. Verifica attraverso la richiesta comunicazione/informazione tramite BANCA DATI PREFETTURA
Regolarità contributiva (art. 94, comma 6 D.Lgs. 36/2023)	Da remoto	385	AFAM	100% delle UdO. La verifica avviene ad ogni pagamento e comunque ogni 120 giorni.	Ogni 120 giorni (a scadenza) e ad ogni pagamento	Richiesta DURC tramite banca dati INPS/INAIL
Regolarità contributiva (art. 94, comma 6 D.Lgs. 36/2023)	Da remoto	115	AFAM	100% delle UdO (EE.GG. privati)	100% Entro il 30/06	Acquisizione autocertificazione comprovante assenza violazioni in merito a pagamento imposte/tasse. Verifiche successive con Agenzia delle Entrate
Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (art. 94, comma 5, lett. a) D.Lgs. 36/2023)	Da remoto	13	AFAM	10% delle dichiarazioni prodotte su campione casuale	100% Entro la data di sottoscrizione del contratto	Acquisizione autocertificazione comprovante assenza di sanzioni amm.ve dipendenti da reato. Verifica attraverso interrogazione Tribunale competente.
Obblighi di trasparenza (D.Lgs. 33/2013 e L. 124/2017 e s.m.i.)	Da remoto	13		10% delle dichiarazioni prodotte su campione casuale	100% Entro il 31/12	Acquisizione autocertificazione dell'EG. Verifica assolvimento obblighi nei siti web degli EE.GG.

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	N° CONTROLLI PROGR.TI	BASE DATI	CRITERI CAMPIONAMENTO	CRONOPROGRAMMA	STRUMENTI OPERATIVI
Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)	Da remoto	132	AFAM/ CONTRATTI WEB	100% delle UdO/EE.GG.	50% Entro il 30/06 50% Entro il 31/12	Acquisizione/Verifica relazione del revisore rispetto all'ultimo bilancio approvato
Applicazione modello organizzativo (D.Lgs. 231/2001)	Da remoto	60	AFAM/ CONTRATTI WEB	Soggetti con capacità ricettiva >= 80 PL o capacità contrattuale >= € 800.000	100% Entro il 31/12	Acquisizione/Verifica relazione dell'Organismo di Vigilanza

5. AREA FARMACEUTICA

5.1. Farmaceutica

FARMACIE E DISPENSARI FARMACEUTICI

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e modalità	Visita ispettiva in presenza presso le farmacie/dispensari secondo le modalità previste dalla normativa vigente. Ai sensi dell'art. 127 del T.U.LL.SS e della L.R. 33/2009 modificata dalla L.R. 6/2017 è previsto l'obbligo di ispezionare il 100% delle farmacie/dispensari aperti al pubblico in ciascun biennio (2025/2026), di cui almeno il 50% effettuato ogni anno solare.
Numerosità dei controlli programmati	Il numero totale delle farmacie/dispensari da ispezionare nel corso del 2025 è di n.168/336 farmacie e 6/12 dispensari (ispezione ordinaria) . In caso di segnalazioni pervenute in ATS Brianza o verifica delle prescrizioni impartite, viene svolta l'attività di Vigilanza Ispettiva Straordinaria senza preavviso mentre, al fine del rilascio di autorizzazioni per nuove aperture /trasferimento/ampliamento locali farmacie e dispensari viene svolta l'attività di Vigilanza Ispettiva Preventiva.
Flussi o basi dati utilizzati	Portale "Ispezioni Farmacie"
Modalità di campionamento e i criteri di selezione del campione.	Per l'attività di Vigilanza Ispettiva Ordinaria il campione viene selezionato in funzione delle irregolarità riscontrate nelle strutture ispezionate negli anni 2023/2024, in base alla data dell'ultima ispezione effettuata e alla posizione geografica.
Modalità operative di esecuzione (con preavviso), e descrizione sintetica delle attività di controllo.	L'attività di <i>Vigilanza ispettiva ordinaria</i> è programmata, con preavviso di 7 giorni alla farmacia oggetto di ispezione. Le verifiche sono: - amministrative (es. il controllo della presenza in loco del provvedimento di autorizzazione all'esercizio, della presenza della tassa regionale di esercizio annuale, dell'iscrizione al repertorio amministrativo- REA e del controllo dei collaboratori segnalati all'ATS) - sulla organizzazione del servizio (es: programmazione della croce verde, presenza turni/orari di apertura esposti al pubblico, presenza della lista di trasparenza dei medicinali, bombole di ossigeno custodite secondo il rispetto delle norme di sicurezza, presenza di sostanze medicinali con/senza documentazione giustificativa, ecc.) - sulla organizzazione dei locali (es: controllo che le destinazioni d'uso dei locali siano conformi alla planimetria depositata) - sulla gestione degli stupefacenti e tenuta registro entrata/uscita delle sostanze e preparazioni stupefacenti - sulle ricette (es: sulla conservazione delle ricette ministeriali a ricalco (RMR) e ricette non ripetibili, sulle ricette relative alla dispensazione dei farmaci in DPC e ricette veterinarie) - sui dispositivi medici

	<p>- sulla presenza dei servizi accessori (es. presenza di dispositivi per test autodiagnostici)</p> <p>- sulla informatizzazione (es. presenza di misure di sicurezza idonee a evitare rischi di distruzione o perdita dati archiviati informaticamente o pericoli di accesso non autorizzato).</p> <p>Al termine dell'ispezione viene steso un verbale di accertamento (format predisposto da R.L.) controfirmato dall'equipe di vigilanza e dal titolare e/o direttore della Farmacia/Dispensario contenente le eventuali prescrizioni e sottoscritto tra le parti.</p>
<p>Composizione équipe di vigilanza, dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le équipes sia ad eventuali gestioni integrate tra i diversi dipartimenti delle ATS (decreto ATS Brianza n. 217 del 26.05.23)</p>	<p>L'ATS esercita per mezzo di una commissione/sottocommissione ispettiva, che opera in autonomia, la vigilanza sulle farmacie nel rispetto del piano controlli annuale. La commissione/sottocommissione è costituita da: <i>Presidente</i> (dirigente farmacista di ATS Brianza) – <i>Componente farmacista</i> (designato dall'Ordine dei Farmacisti), <i>Segretario amministrativo ATS</i>. A seconda delle situazioni/necessità la commissione può essere integrata da altre figure professionali presenti in ATS di volta in volta individuate qualora specifiche situazioni lo dovessero richiedere (dirigenti medici veterinari/tecnici della prevenzione/UPG).</p>

VENDITA ON LINE DI MEDICINALI

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e modalità	<p>L'attività consiste nel controllo delle strutture erogatrici di farmaci tramite la vendita "on line".</p> <p>Il controllo viene effettuato senza preavviso, da remoto, a campione, con lo scopo di stabilire se il sito di "vendita on line" autorizzato risponda ai requisiti dell'art.112 quater del D.lvo 219/2006 e smi.</p>
Numerosità dei controlli programmati	<p>Verifiche sul 50% dei siti autorizzati alla vendita online di farmaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tot. n. 2/4 Farmacie autorizzate alla vendita on line - Tot n. n. 3/6 Parafarmacie autorizzate alla vendita on line
Flussi o basi dati utilizzati	Estrazione dal portale del Ministero della Salute al 31/12/2021
Modalità di campionamento e i criteri di selezione del campione	Il campione viene selezionato tra le farmacie e parafarmacie autorizzate alla vendita on line in funzione della data dell'ultima ispezione effettuata da remoto, garantendo la vigilanza biennale (2025/2026).
Modalità operative di esecuzione	<p>L'ispezione alle strutture dispensatrici di farmaci vengono effettuate senza preavviso con la stesura di un verbale sottoscritto da n.2 Farmacisti di ATS Brianza.</p> <p>Le attività di controllo consistono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nella verifica della corrispondenza del sito web utilizzato a quello autorizzato dal Ministero della Salute e del collegamento ipertestuale - nella verifica dell'utilizzo appropriato del logo identificativo

	<ul style="list-style-type: none"> - riproduzione degli effetti indesiderati descritti nel foglio illustrativo - della presenza di scontistica sui medicinali - presenza di idonea documentazione relativa alle condizioni di trasporto applicate ecc.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni	Come verbale viene utilizzato lo strumento di controllo predisposto da TDL sulla vigilanza di ACSS.
Composizione équipe di vigilanza , dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le équipe sia ad eventuali gestioni integrate tra i diversi dipartimenti delle ATS	La commissione di vigilanza prevede due farmacisti

PARAFARMACIE

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e Modalità	L'attività consiste nel controllo in presenza degli esercizi commerciali "parafarmacie/corner" autorizzati alla vendita di SOP/OTC, tramite visita ispettiva, al fine di garantire la sussistenza dei requisiti minimi previsti dal DM 9/03/2012.
Numerosità dei controlli	Vengono effettuate visite ispettive sulla base di segnalazioni che pervengono al Servizio Farmaceutico di ATS Brianza o sulla base delle istanze di richiesta nuova apertura o trasferimenti di parafarmacie/corner presenti sul territorio.
Flussi o basi dati	Ministero della Salute (open data)
Modalità di campionamento e criteri di selezione del campione.	Effettuazione controlli sulle Parafarmacie/corner previsti dalla normativa vigente al fine di verificare la sussistenza dei requisiti previsti dal DM 9/03/20012, attraverso le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> • Vigilanza ispettiva preventiva su richiesta di nuova apertura e/o trasferimento locali • Vigilanza ispettiva straordinaria a seguito di segnalazioni
Modalità operative di esecuzione Ispezioni preventive Ispezioni straordinarie	Le ispezioni preventive vengono eseguite con preavviso e comunicate al punto vendita dei farmaci da banco negli esercizi commerciali ai sensi dell'art.5 della L. 4.8.2006 n.248 e s.m.i., a differenza delle ispezioni straordinarie che vengono effettuate a seguito di segnalazioni da parte di soggetti privati e/o segnalazione da parte di NAS e/o Carabinieri, senza preavviso.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Verbale di accertamento tramite format unico regionale garantendo comportamenti ispettivi uniformi su tutto il territorio regionale. Vengono controllati: - gli aspetti relativi alla comunicazione di inizio attività (es: data apertura e dichiarazione possesso requisiti per la commercializzazione di SOP/OTC, medicinali veterinari, allestimento preparazioni galeniche officinali non soggette a prescrizione medica oltre che registrazione nella banca dati centrale del Nuovo sistema informatico sanitario (NSIS tracciabilità del farmaco) -il possesso dei requisiti organizzativi (comunicazione ad ATS e Ordine dei Farmacisti dei nominativi degli operatori collaboratori e farmacista responsabile di reparto, controllo colore camice indossato dal farmacista e personale NON farmacista,

	<p>assistenza al cliente nell'acquisto del medicinale (SOP/OTC)</p> <p>-gli aspetti relativi alla farmacovigilanza e relativi agli avvisi al pubblico (prezzo esposto dei medicinali, pubblicità non autorizzata, svolgimento operazioni di concorso o premio vendite sotto costo)</p> <p>-i requisiti strutturali dei locali (deposito, area logistico amministrativo, arredi, area spogliatoio per il personale, presenza dichiarazioni di conformità impianti)</p> <p>-i requisiti tecnologici (presenza frigorifero, temperatura dell'aria, condizioni di conservazione medicinali, presenza insegne ingannevoli ecc)</p> <p>-i requisiti tecnologici/strutturali degli esercizi che allestiscono preparazioni galeniche officinali senza ricetta medica</p> <p>-la vendita di medicinali/dispositivi/alimenti/cosmetici ed erogazione di eventuali servizi e prestazioni sanitari accessori</p> <p>-controllo corrispondenza P.Iva e codice fiscale dell'esercizio commerciale riportato sullo scontrino fiscale e sull'Open data ministeriale</p> <p>La commissione di vigilanza sulle parafarmacie è composta da: farmacista ATS, amministrativo ATS e medico d'igiene/ UPG</p>
--	--

DEPOSITI/GROSSISTI DI MEDICINALI

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività e modalità con cui di intende eseguire il controllo	<p>L'Attività consiste nel controllo, in presenza, dei grossisti/depositi di medicinali del territorio secondo le modalità previste dalla normativa vigente (D.L.vo n.219/06)</p> <p>Ai sensi della DGR n. XI/1046 DEL 17/12/2018 al punto 7.1.15 "Vigilanza su depositi e grossisti", i grossisti devono essere ispezionati almeno una volta ogni 2 anni e i depositi almeno una ogni 5 anni.</p>
Numerosità dei controlli programmati	Con il piano controlli 2025/26 in coerenza con la DGR sopra menzionata si prevede di ispezionare 0/2 depositi e n.4/9 grossisti.
Flussi o basi dati	Open data del Ministero della Salute
Modalità di campionamento	Sulla base della normativa vigente e DGR n.XI/1046 DEL 17/12/2018 al punto 7.1.15 "Vigilanza su depositi e grossisti" tenendo presente della data dell'ultima ispezione.
Modalità operative di esecuzione	<p>Effettuazione controlli previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilanza ispettiva ordinaria (con preavviso) - Vigilanza ispettiva straordinaria (su segnalazione o eventuali prescrizioni, senza preavviso) - Vigilanza preventiva (con preavviso) per rilascio autorizzazioni per nuova apertura/trasferimento/ampliamento locali. <p>Durante l'ispezione viene redatto un verbale di accertamento, tramite format unico regionale, garantendo comportamenti ispettivi uniformi su tutto il</p>

	territorio regionale, ai fini del controllo del mantenimento dei requisiti previsti dal D.L.vo n.219/06 art.100. I controlli vengono effettuati sui locali, attrezzature e sistemi di servizio, sulla documentazione e procedure del sistema qualità, sull'approvvigionamento e forniture al cliente, sulla gestione resi e sulla effettuazione di autoispezioni per il mantenimento dei requisiti in materia di buona pratica di distribuzione dei medicinali per uso umano.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Verbale di accertamento tramite format unico regionale
Composizione équipe di vigilanza , dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le équipe sia ad eventuali gestioni integrate tra i diversi dipartimenti delle ATS	La commissione è composta da: farmacisti ATS tecnico della prevenzione/UPG amministrativo

CONSTATAZIONE E AFFIDO DEI FARMACI STUPEFACENTI SCADUTI PRESSO RSA/RSD, AMBULATORI VETERINARI, SERT, STRUTTURE OSPEDALIERE.

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e Modalità	L'attività consiste nella constatazione e affido stupefacenti a carico delle strutture sanitarie e socio sanitarie del territorio di ATS Brianza, detentrici di farmaci stupefacenti. L'attività di constatazione e affido stupefacenti si svolge presso la struttura richiedente o previo appuntamento presso la sede di ATS BRIANZA, tenuto conto del parere espresso dal Ministero Salute Ufficio Centrale Stupefacenti (nota prot. ATS Brianza n.57697120/20 del 4/09/2020).
Numerosità dei controlli programmati	Si prevede l'evasione di almeno il 20% delle richieste di affido stupefacenti pervenute da parte delle strutture nel corso dell'anno 2025.
Flussi o basi dati	Elenco Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie presenti sul territorio di ATS Brianza
Modalità di campionamento	Per quanto riguarda le operazioni di affido presso le strutture sanitarie e socio sanitarie, il campionamento viene effettuato in base alla data di ricezione della richiesta.
Modalità operative di esecuzione	Per le strutture sanitarie e socio sanitarie le operazioni di constatazione e affido stupefacenti scaduti non vendibili, si effettuano presso la sede di ATS Brianza (previo appuntamento) o presso le strutture dove viene redatto un verbale sottoscritto tra le parti che viene consegnato al Direttore Sanitario della struttura o suo delegato con il pacco sigillato contenente gli stupefacenti scaduti.

	<p>Il pacco sigillato viene successivamente custodito presso la struttura sanitaria di provenienza in attesa di smaltimento da parte della società specializzata preposta.</p> <p>Effettuate le operazioni di consegna del pacco sigillato alla ditta preposta il direttore sanitario della struttura effettua lo scarico del medicinale sul registro stupefacenti. Avvenuta la distruzione dello stupefacente la Ditta preposta invia il formulario di “avvenuta distruzione stupefacente” alla struttura sanitaria richiedente che a sua volta ne invia copia al Servizio Farmaceutico ATS Brianza.</p>
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Verbale di accertamento
Composizione équipe di vigilanza , dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le équipe sia ad eventuali gestioni integrate tra i diversi dipartimenti delle ATS	La commissione è composta da: n. 2 personale sanitario del servizio farmaceutico n. 1 amministrativo segretario verbalizzante
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo	su richiesta del Direttore responsabile della struttura e in base alla programmazione trimestrale di <i>vigilanza ispettiva “ordinaria”</i> del Servizio Farmaceutico o in ATS previo appuntamento nel mese di giugno o novembre 2025

CONTROLLO ARMADIO FARMACEUTICO RSA/RSD

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e Modalità	L'attività consiste nella verifica della corretta gestione dell'armadio farmaceutico della struttura socio-sanitaria e della documentazione da conservare obbligatoriamente presso la struttura. L'attività si svolge contestualmente alla constatazione e affido stupefacenti a carico delle strutture sanitarie e socio sanitarie del territorio di ATS Brianza, detentrici di farmaci stupefacenti.
Numerosità dei controlli programmati	20% delle strutture che hanno fatto richiesta di affido stupefacenti
Flussi o basi dati	Elenco Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie presenti sul territorio di ATS Brianza (10 RSD e 70 RSA)
Modalità di campionamento	Si prevede il controllo di almeno 20% delle strutture che hanno fatto la richiesta di affido stupefacenti nel corso dell'anno 2025. Il campionamento sarà effettuato a campione.
Modalità operative di esecuzione	Le operazioni si svolgono tramite la redazione di un verbale aziendale che viene consegnato al Direttore Sanitario della struttura o suo delegato.

Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Verbale aziendale “ispezioni armadio farmaceutico”
Composizione équipe di vigilanza , dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le équipe sia ad eventuali gestioni integrate tra i diversi dipartimenti delle ATS	La commissione è composta da: n.2 operatori sanitari del servizio farmaceutico 1 amministrativo segretario verbalizzante
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo	annuale

CONTROLLI DPC (Distribuzione per Conto):

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e Modalità	L'attività viene effettuata mensilmente da remoto attraverso la piattaforma Web-DPC. Viene effettuata la verifica della corrispondenza tra le quantità e gli importi rendicontati da parte dell'ATS Capofila di BG con quanto risulta erogato dalle farmacie di comunità dell'ATS Brianza.
Numerosità dei controlli programmati	Viene controllato il 100% delle ricette DPC “aperte” oltre 30 giorni o “chiuso” che risultano spedite ma non contabilizzate da oltre 1 anno, riferite all'anno 2023
Flussi o basi dati	Flussi estratti da Web-DPC
Modalità di campionamento	Si verificano le ricette riferite alle farmacie relative ai farmaci erogati in DPC.
Modalità operative di esecuzione	I controlli che vengono effettuati consistono: -nella vigilanza e monitoraggio dei farmaci DPC dispensati in convenzionata (il controllo viene effettuato analizzando la % di ricette DPC spedite in convenzionata valutandone le motivazioni). - nel controllo delle “ricette aperte” oltre 30 giorni o “chiuso” che risultano spedite ma non contabilizzate da oltre 1 anno presenti sul gestionale WEBDPC (il controllo può essere effettuato sia durante il corso dell'ispezione ordinaria che da remoto).
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Applicativo WebDPC ,Farmavision
Composizione équipe di vigilanza , dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le équipe sia ad eventuali gestioni integrate tra i diversi dipartimenti delle ATS	Un farmacista e un amministrativo

DCR-FUR

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività e Modalità con cui di intende eseguire il controllo (es: in presenza/da remoto)	Il Servizio Farmaceutico effettua ogni mese i pagamenti alle farmacie convenzionate aperte al pubblico per

	erogazione di prodotti e servizi a carico del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale. L'attività consiste nel controllo da remoto e liquidazione dell'importo esposto in DCR-FUR delle farmacie territoriali tramite gli applicativi FARMA 2017 e GPI Euis (applicativo contabile).
Numerosità dei controlli programmati	Controllo mensile secondo calendario regionale di tutte le farmacie convenzionate presenti sul territorio
Flussi o basi dati utilizzati	Il flusso di riferimento è la DCR-FUR e Report di Farma 2017
Modalità di campionamento	Tutte le farmacie, pubbliche e private che presentano DCR-FUR ogni mese
Modalità operative di esecuzione	Mensilmente le farmacie inviano la DCR/FUR entro la data definita da Regione e successivamente a seguito di controlli contabili si modifica/conferma l'importo da liquidare.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Farma2017 e GPI EUSIS
Composizione équipe di vigilanza , dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le équipe sia ad eventuali gestioni integrate tra i diversi dipartimenti delle ATS	Farmacisti e Amministrativi

CONTROLLO TECNICO DELLE RICETTE TRAMITE COMMISSIONE FARMACEUTICA AZIENDALE - CFA

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo modalità	<p>Nell'ATS Brianza operano n.2 Commissioni Farmaceutiche Aziendali, rispettivamente per le farmacie territoriali dell'area della Provincia di Lecco e Monza, le quali hanno competenza a pronunciarsi in merito:</p> <p>a) ad ogni irregolarità e inosservanza all'Accordo Collettivo Nazionale con le farmacie convenzionate di cui al DPR 371/1998;</p> <p>b) alle difformità rilevate nell'ambito dell'applicazione dell'accordo con le farmacie sulla Distribuzione per Conto dei farmaci A-PHT ai sensi della DGR n. XI/796 del 12/11/2018 e successive modifiche;</p> <p>c) alle irregolarità riscontrate nell'ambito della gestione dei Moduli WebCare per l'Assistenza Integrativa;</p> <p>d) alle difformità rilevate nell'ambito dell'applicazione dell'accordo con le farmacie sulla Distribuzione per Conto di strumenti, ausili e presidi per il controllo della glicemia per i pazienti diabetici ai sensi della DGR n. XI/5925 del 07/02/2022 e successive modifiche.</p> <p>Alle commissioni compete inoltre la convalida del pagamento o all'annullamento totale o parziale delle ricette sottoposte al suo esame in relazione a quanto previsto dall'art. 4 dell'Accordo nazionale.</p>

	<p>La verifica delle ricette avviene da remoto (essendo i dati presenti sul portale on-line Farmavision) e riguarda le ricette irregolari dal punto di vista tecnico.</p> <p>La programmazione dei controlli da svolgersi è vincolata al caricamento dei dati da parte di ARIA sul Portale.</p> <p>Nel 2025 è in programmazione la verifica dalle CFA del 100% delle irregolarità presenti nelle ricette RUR e DPC e nei moduli WEBCARE estratti da ARIA SPA e caricati sul Portale Farmavision.</p>
Numerosità dei controlli	Viene controllato il 100% delle ricette irregolari estratte da Aria SPA nel corso di sedute della CFA.
Flussi o basi dati utilizzati	Il flusso di riferimento è costituito dal tracciato FUR/Consolidato (fonte dati variabile sulla base della rilettura, avvenuta o meno, del dato FUR).
Modalità di campionamento	<p>Vengono selezionate e monitorate tutte le farmacie, pubbliche e private, interessate da ricette irregolari nel periodo di riferimento secondo i dati estratti da ARIA SPA.</p> <p>(DPR 371/98 - DGR X/3940 del 31/07/2015 e Circolari Regionali attuative)</p>
Modalità operative di esecuzione	Le ricette ritenute irregolari vengono esaminate dalla Commissione Farmaceutica Aziendale nell'ambito di riunioni dedicate, per le farmacie private e per le farmacie pubbliche.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni	Portali Farmavision e Farmaimage, verbali della Commissione Farmaceutica.
Composizione équipe di vigilanza	<p>Componenti della Commissione Farmaceutica Aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n° 3 farmacisti designati dalle associazioni di categoria tra i titolari di farmacia privata (per le farmacie Private) o n°3 farmacisti direttori di farmacie comunali (per le farmacie Pubbliche) - n°3 farmacisti di ATS Brianza, - n°1 funzionario amministrativo di ATS Brianza (per la funzione di Segreteria)
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo	Vengono effettuate almeno due riunioni/anno da parte della Commissione Farmaceutica Aziendale, due per le farmacie private e due per le farmacie pubbliche.
Indicatore di controllo utilizzato e del relativo target/atteso di riferimento	<p>Indicatori di processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N. ricette verificate / N. ricette irregolari totali <p>Indicatori di esito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N. ricette NON convalidate di cui è richiesto l'addebito CFA • Spesa per ricette NON convalidate di cui è richiesto l'addebito CFA

MONITORAGGIO DEI PIANI TERAPEUTICI (PT)

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e modalità	I Piani Terapeutici (PT) e le Note AIFA sono stati introdotti quali strumenti regolatori per il controllo sia dell'appropriatezza prescrittiva che della spesa SSN in particolare per medicinali di competenza specialistica ad alto consumo a livello territoriale. Il controllo dei PT avviene sui PT emessi attraverso la piattaforma "PT on line" di ATS Brianza mentre, solo nel caso di disservizio della piattaforma on-line, sarà possibile accettare l'invio dei PT cartacei che pervengono via posta ordinaria, P.E.C.
Numerosità dei controlli programmati	100% dei piani pervenuti anno 2025
Flussi o basi dati	I dati verificati provengono sia dai PT redatti attraverso la piattaforma PT-OnLine di ATS Brianza sia dalle copie dei PT trasmessi tramite mail o via posta ordinaria
Modalità di campionamento	Controllo <i>ex- ante</i> su tutti i PT on line di 23 strutture. Tutti i piani cartacei pervenuti via mail o via posta ordinaria vengono controllati e suddivisi prima dell'archiviazione. Controlli specifici possono essere effettuati su specifiche richieste da F.O., indicazioni nazionali/regionali, prescrittori/assistiti (es. nota 39/GH, nota 74, PT Cannabis)
Modalità operative di esecuzione	Verifica dei dati riportati sui PT: es. struttura/centro prescrittore, utilizzo del corretto template RL o AIFA, note AIFA ove presenti, indicazioni terapeutiche, validità temporale. PT-OnLine: il controllo avviene <i>ex-ante</i> (la piattaforma non permette la pubblicazione di PT errati o incompleti). PT cartacei: il controllo avviene prima dell'archiviazione del PT solo nel caso di disservizio della piattaforma on line
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Confronto con template RL/AIFA, verifica delle schede tecniche e/o note AIFA (es. tramite banca dati "Gallery" di Farmadati o CODIFA e sito AIFA) ed eventuali indicazioni regionali

FARMACOVIGILANZA (FV) E MONITORAGGIO SOSPETTE REAZIONI AVVERSE (ADR)

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controlli Modalità	La Farmacovigilanza (FV) rappresenta lo strumento fondamentale per il continuo monitoraggio del rapporto rischio/beneficio dei medicinali grazie ai dati raccolti nelle reali condizioni d'impiego. Per il 2025 è confermata l'attività di verifica della completezza, congruità e qualità delle schede di sospetta ADR (Adverse Drug Reaction) Vengono verificate le schede ADR (Adverse Drug Reaction) pervenute al responsabile locale di farmacovigilanza di ATS Brianza da parte di pazienti/cittadini, Farmacisti di comunità, medici

	infermieri di strutture sanitarie private, accreditate e non (Poliambulatori e ambulatori diagnostici, studi medici/dentistici) strutture socio-sanitarie (es. RSA/RSD) afferenti al territorio di ATS Brianza.
Numerosità dei controlli programmati	100% delle schede pervenute anno 2025. L'attività di controllo si svolge quotidianamente con il vincolo di 7 giorni per l'inserimento in RNF dalla data di ricezione delle schede ADR
Flussi o basi dati	I dati da verificare provengono dalle schede di sospetta segnalazione avversa sia a seguito di inserimento on line tramite i sistemi implementati da AIFA o a seguito di invio delle schede cartacee tramite posta ordinaria, PEC o PEO.
Modalità di campionamento	100% delle schede di sospetta ADR pervenute
Modalità operative di esecuzione	Le schede ADR vengono valutate rispetto alla presenza e alla congruenza dei dati fondamentali per l'inserimento nella rete nazionale di FV (paziente, reazione avversa, farmaco sospetto, segnalatore, n. di lotto per i vaccini/biologici). Il controllo prevede anche l'aggiornamento e il follow-up delle schede di sospetta ADR a seguito di ricezione di nuova documentazione a supporto.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni	Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) Banca dati medicinali (es. "Gallery" di Farmadati o CODIFA) European Medicine Agency (EMA) World Health Organization (WHO)

5.2. Appropriately prescriptive

CONTROLLO DELLA SPESA E DEI CONSUMI RELATIVI AL FILE F

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e Modalità	<p>Per i controlli File F sull'anno 2025, si conferma quale obiettivo delle ATS come previsto dalla DGR n. XII/3720 30.12.24 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025" l'attività in essere sul controllo dei prezzi, dosi, e tipologie.</p> <p>I controlli possono essere effettuati da remoto (tramite mezzi informatici) con evidenza della comunicazione alla struttura della eventuale regolarità, o in loco presso la Struttura erogatrice.</p> <p>- Monitoraggio del file " Estrazione AIFA "inviato da Regione Lombardia riguardante la chiusura delle schede dei Registri AIFA attive per cui non risultano dispensazioni di farmaco da oltre 4 mesi senza motivazione clinica da parte dei clinici delle strutture sanitarie del territorio. Invio delle schede AIFA da chiudere da parte dei clinici alle strutture del territorio.</p>
Numerosità dei controlli programmati	<p>Almeno 2 controlli programmati/anno per ciascuna Struttura oggetto del campionamento in funzione della disponibilità del flusso consolidato.</p> <p>Per la chiusura delle schede AIFA i controlli dipenderanno dal File inviato da Regione Lombardia.</p>

Flussi o basi dati	L'analisi viene condotta sul tracciato consolidato pubblicato mensilmente sul portale dedicato (FarmaVision) o estratto dal DWH aziendale "Oslo" relativo al File F "Produzione". Il monitoraggio delle schede AIFA attive viene eseguita tramite i file inviati da Regione Lombardia.
Modalità di campionamento	Il campionamento viene svolto secondo delle indicazioni regionali vigenti: vengono selezionati tutti gli erogatori di File F che hanno rendicontato farmaci innovativi con accesso ai fondi previsti ed estratti tutti i relativi record rendicontati. Su tale campione vengono esaminati puntualmente tutti i record (100%). - Suddivisione schede Aifa attive per ogni struttura del territorio dal file inviato da Regione Lombardia.
Modalità operative di esecuzione	I controlli istituzionali vengono pianificati e concordati con le strutture seguendo le indicazioni regionali vigenti. Sia che il controllo venga effettuato in loco o da remoto, vengono esaminati puntualmente tutti i record File F. Le segnalazioni, gli eventuali errori con le relative prescrizioni, vengono indicati in un verbale sottoscritto dalle parti (con firma digitale se controllo eseguito in remoto) con chiara indicazione del termine per l'ottemperanza/correzione. -Invio ad ogni struttura sanitaria presente nel file di Regione Lombardia l'elenco delle schede AIFA da chiudere da parte dei clinici.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni	File txt richiesti a Farmavision File excel inviato da Regione Lombardia
Composizione équipe di vigilanza , dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le équipe sia ad eventuali gestioni integrate tra i diversi dipartimenti delle ATS	Farmacista ATS Brianza

MONITORAGGIO E PROMOZIONE DEL FARMACO BIOSIMILARE IN AMBITO OSPEDALIERO (FILE F)

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo modalità	L'attività consiste nell'analisi del dettaglio di consumo (trend) e di spesa di farmaco biosimilare prodotta dalle strutture pubbliche e private accreditate erogatrici sul territorio di ATS Brianza, in forma aggregata e per singola ATC monitorata. Il monitoraggio è effettuato da remoto (tramite portale Farmavision e richieste flussi ad ARIA) sul dato di produzione rendicontato dalle strutture pubbliche e private accreditate erogatrici.
Numerosità dei controlli programmati	Almeno 2 controlli programmati/anno in funzione della disponibilità del flusso consolidato
Flussi o basi dati utilizzati	Database Farmavision Flusso File F ricevuto da LISPA normalizzando i consumi alle unità di confezioni dispensate o, in alternativa, estrazione dal DWH aziendale "Oslo" relativo al File F "Produzione".
Modalità operative di esecuzione	Si inoltra a LISPA la richiesta di estrazione del file di dettaglio produzione delle ATC monitorate, nel periodo considerato e si procede con il download del flusso di

	<p>produzione File F dal portale farmavision o, in alternativa, si estrae dal DWH aziendale "Oslo". Il <i>source data</i> ottenuto viene normalizzato, in termini di confezioni dispensate e DDD, al fine di analizzare la variabilità territoriale e lo scostamento rispetto al pregresso. L'analisi approfondirà il dettaglio percentuale di biosimilare rispetto al relativo originator per i principi attivi ADALIMUMAB, BEVACIZUMAB, ETANERCEPT, INFLIXIMAB ev e TRASTUZUMAB ev, come da indicazioni regionali 2025. Gli andamenti delle molecole monitorate, sia in termini di incidenza dei consumi che di costo, verranno condivise con le strutture territoriali erogatrici.</p>
<p>Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni</p>	<p>L'analisi dei record oggetto di monitoraggio viene effettuata a partire dal tracciato consolidato inviato da LISPA e dal flusso File F estratto dal portale Farmavision o in alternativa dal DWH aziendale.</p> <p>Al fine dei controlli, tali dati vengono implementati con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verifica e normalizzazione delle unità di misura; - elenco aggiornato dei medicinali biosimilari in commercio per le ATC analizzate (sito AIFA); - codici AIC aggiornati al periodo di verifica da Banca dati medicinali (es. "Gallery" di Farmadati o CODIFA). <p>Viene prodotto un file (solitamente in formato xlsx) che riporta in ciascuna riga/record: la struttura erogatrice, il distretto, il farmaco (AIC/ATC), la data, la quantità erogata, l'unità di misura, le DDD, l'importo totale e altri dati utili all'esame.</p> <p>A seconda del tipo di molecola, in base alle disposizioni regionali, viene effettuato il confronto tra farmaci biologici di riferimento e non soggetti a copertura brevettuale (trend dei consumi, analisi variabilità territoriale,).</p>

6. AREA PROTESICA

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ED EROGATIVA – MEDICI PRESCRITTORI

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/ da remoto)	L'attività consiste nel controllo degli attributi dei prescrittori del proprio territorio: <ul style="list-style-type: none"> Viene effettuato il confronto documentale da remoto in collaborazione con le Direzioni Sanitarie delle strutture pubbliche e private accreditate mediante invio elenco medici prescrittori censiti nel portale AssistantRL e verifica delle credenziali di prescrizione assegnate, in coerenza con la specialità del Medico e Unità Operativa di afferenza. Viene eseguita la verifica documentale sulla base di format di autocertificazione dei requisiti generali (scheda dati Medico)
Numerosità dei controlli programmati	<ul style="list-style-type: none"> Verifica dei prescrittori con attributi estesi multipli su differenti specialità (16 strutture)
Flussi o base dati utilizzati	Elenchi Aziendali, AssistantRL, Provisioning SISS (Anno 2023)
Modalità di campionamento e i criteri di selezione del campione	La verifica e il controllo sarà effettuata sui medici prescrittori con attributi estesi multipli su differenti specialità
Modalità operativa di esecuzione	Inoltre comunicazioni di verifica degli elenchi “medici specialisti prescrittori” con attributi estesi multipli su differenti specialità <ul style="list-style-type: none"> alle rispettive direzioni delle strutture pubbliche e private accreditate ubicate sul Territorio di ATS Brianza. Attività di controllo e aggiornamento sia delle credenziali di prescrizione, sia dei nominativi dei medici oggetto di confronto con le direzioni delle strutture pubbliche e private accreditate.

MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI ONLINE VERSO CARTACEE

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/ da remoto)	Monitoraggio delle prescrizioni on line inserite direttamente dagli specialisti prescrittori e dai medici di medicina generale (MMG) riguardanti le forniture di protesica protesi acustiche
Numerosità dei controlli programmati	Il monitoraggio è annuale
Flussi o base dati utilizzati	Elenchi Aziendali, AssistantRL,
Modalità di campionamento e i criteri di selezione del campione	La verifica e il controllo sarà effettuata su tutte le prescrizioni di protesi acustiche
Modalità operativa di esecuzione	L'analisi prende in considerazione le nuove prescrizioni e i rinnovi anticipati per le forniture di Protesi acustiche. Le operazioni di controllo si svolgeranno da remoto.

ACCREDITAMENTO FORNITORI

Programmazione attività di controllo 2025	
ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/ da remoto)	Verifica del mantenimento dei requisiti dei fornitori accreditati di protesi acustiche da remoto (n.32 fornitori di protesi acustiche) Al fine della consultazione dei cittadini, si provvederà alla pubblicazione nel sito Aziendale di ATS Brianza dell'elenco aggiornato dei fornitori alla data del 31/12/2025.
Numerosità dei controlli programmati	Il monitoraggio è semestrale
Flussi o base dati utilizzati	Elenchi Aziendali, AssistantRL
Modalità di campionamento e i criteri di selezione del campione	La verifica e il controllo sarà effettuata sul mantenimento dei requisiti di iscrizione all'albo fornitore di protesi acustica o di variazione anagrafica dei fornitori già presenti nell'albo regionale.
Modalità operativa di esecuzione	Le operazioni di controllo si svolgeranno da remoto (almeno il 20% del campione)

7. ALTRE AREE DI CONTROLLO

7.1. Tempi di attesa

L'erogazione dei servizi entro tempi appropriati rispetto alla necessità clinica individuata e documentata sulla prescrizione dal medico prescrittore rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA), così come definiti dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001 e dal D.P.C.M. del 12 gennaio 2017.

La garanzia dei tempi di attesa (TDA) è considerata uno dei punti più critici dei moderni sistemi sanitari in quanto condiziona l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni sanitarie erogate. Ne consegue che il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni rappresenta da sempre un obiettivo strategico prioritario di Regione Lombardia.

Nel 2025, i controlli sui TDA programmati da ATS Brianza saranno i seguenti:

- monitoraggi su SMAF (MTA, monitoraggio volumi e sospensioni);
- monitoraggio TDA in riferimento alle indicazioni regionali a partire dalla DGR n.XII/3720/2024
- altri controlli finalizzati al governo dei tempi di attesa.

Monitoraggi su SMAF

A partire dal mese di gennaio 2025, gli Erogatori devono rendicontare mensilmente tutte le prenotazioni effettuate, sia in regime istituzionale, sia in libera professione e solvenza, nell'ambito del nuovo flusso MTA; nel 2025, ATS effettuerà l'attività di verifica periodica prevista per le varie tipologie di monitoraggio, mediante le seguenti azioni:

1. verifica mensile dell'adesione al nuovo Monitoraggio MTA;
2. verifica dell'adesione al Monitoraggio Nazionale ALPI Volumi e della congruenza dei dati inseriti tramite incrocio con altre fonti informative (28/SAN);
3. verifica dell'adesione al monitoraggio semestrale su SMAF delle sospensioni coerentemente alle comunicazioni pervenute.

In relazione alla messa a disposizione dei dati MTA ad ATS (v. punto 1), verranno effettuati incroci con la rendicontazione ex post (28/SAN) al fine di valutare la qualità del dato e evidenziare criticità quali, ad esempio, la sospensione della prenotazione di prestazioni in relazione alla classe di priorità, con presentazione dei dati nel corso degli incontri formativi previsti come da D.L. 7 giugno 2024, n. 73 "Misure urgenti per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie".

Monitoraggio TDA in riferimento alle indicazioni regionali a partire dalla DGR n. XII/3720/2024

Saranno, inoltre, effettuati i controlli in relazione ai target previsti da Regione Lombardia per i ricoveri chirurgici programmati come sotto riportati:

Tabella 41 - Target di rispetto dei TDA dei ricoveri chirurgici programmati DGR XII/3720 del 30.12.2024

	Baseline (da PRSS)	Target 2025	Target 2027 (da PRSS)
% di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici oncologici programmati - classe di priorità A	83%	88%	90%
% di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici non oncologici programmati - tutte le classi di priorità	79%	85%	90%

Proseguirà nel 2025 il monitoraggio mensile del livello di target raggiunto da parte degli Enti erogatori, al fine di individuare eventuali aree critiche e implementare piani di miglioramento per conseguire i risultati indicati; i dati del monitoraggio saranno presentati nel corso degli incontri formativi previsti come da D.L. 7 giugno 2024, n. 73 "Misure urgenti per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie".

Altri controlli finalizzati al governo dei tempi di attesa

Prosecuzione monitoraggio segnalazioni di interruzione attività

Nel corso dell'anno 2025, proseguirà la verifica che:

- tutte le sospensioni effettuate dalle Strutture siano regolarmente rendicontate;
- le sospensioni comunicate siano coerenti agli ambiti previsti dalla normativa;
- le Strutture abbiano messo in atto gli accorgimenti necessari per minimizzare il disagio dell'utenza.

I dati saranno presentati nel corso degli incontri formativi previsti come da D.L. 7 giugno 2024, n. 73 "Misure urgenti per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie"; il riscontro di particolari criticità potrà generare attività di controllo sul campo.

Presa in carico paziente tumore mammella

ATS Brianza ha concluso nel 2024 un percorso condiviso con gli erogatori di ricovero e cura dedicato alla misurazione del livello di presa in carico del follow-up per le patologie oncologiche. Tale percorso sarà ripreso nel 2025, come riportato nella DGR 3720 del 30/12/2024 (rif. cap. 8.2.5), effettuando una ricognizione per verificare la necessità di eventuali prestazioni che gli EEP non riescono a garantire al proprio interno nei tempi previsti dai PDTA; i dati di cui alla ricognizione saranno presentati agli erogatori ambulatoriali nel corso degli incontri formativi previsti come da D.L. 7 giugno 2024, n. 73 "Misure urgenti per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie".

Interventi formativi D.L. 7 giugno 2024, n. 73 "Misure urgenti per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie"

Per l'anno 2025 si estenderà la partecipazione al tavolo di lavoro già istituito con le Strutture di ricovero e cura ai poliambulatori del territorio al fine di condividere le modalità di gestione delle criticità in fase di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali.

Verranno programmati tre incontri che affronteranno, oltre a quelle già citate, le seguenti tematiche:

- indicazioni operative per la gestione delle richieste sanitarie nei casi di assenza di disponibilità di slot nei tempi previsti dalle classi di priorità all'interno dell'ambito di garanzia – attraverso l'utilizzo di GP++ (riferimento nota protocollo del 15 aprile 2024 G1.2024.0013957);
- Breast Unit: agende dedicate per la corretta presa in carico del paziente con carcinoma mammario, in coerenza con la DGR n. XII/3458 del 25 novembre 2024;
- accesso semplificato: garanzia della prenotazione della prestazione specialistica da parte dell'Ente prescrittore.

Appropriatezza prescrittiva delle prestazioni eco color doppler in angiologia e di gastroenterologia ed endoscopia digestiva – DGR 1568/2023

Nel corso del 2025 si auspica che prosegua la collaborazione con i Dipartimenti di Cure Primarie delle ASST del territorio al fine di pianificare azioni di confronto tra medici prescrittori (MMG e Specialisti) volte a migliorare l'appropriatezza prescrittiva di alcune prestazioni diagnostiche, con particolare riferimento a eco color doppler in angiologia, esofagogastroduodenoscopia (EGDS) e colonscopia (CS).

7.2. PNRR Missione 6 C1: Realizzazione Case e Ospedali di Comunità e Assistenza domiciliare

La Missione 6 “Salute” del PNRR ha l’obiettivo di potenziare la rete di assistenza sanitaria territoriale per rispondere efficacemente ai bisogni di cura delle persone, anche in considerazione delle criticità emerse nel corso dell’emergenza pandemica.

La Missione 6 è articolata in due Componenti:

- Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza territoriale;
- Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La Componente 1 ha l’obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all’attivazione di strutture e presidi territoriali (Case della Comunità e Ospedali di Comunità), nonché di potenziare l’assistenza domiciliare per arrivare alla presa in carico, entro la metà del 2026, di almeno il 10% della popolazione con età superiore ai 65 anni.

La Componente 2 comprende, invece, misure volte all’ammodernamento della dotazione tecnologica delle strutture del sistema sanitario.

Per il territorio di ATS della Brianza il Dipartimento PIPSS monitora lo stato di avanzamento dell’attuazione della Missione 6 C1 del PNRR. Con riferimento all’attivazione delle Case e Ospedali di Comunità, il Dipartimento riceve i dati relativi allo stato di avanzamento dei lavori di riqualificazione delle strutture dalle ASST Brianza e Lecco e dall’IRCCS San Gerardo dei Tintori. I dati sono forniti mediante la compilazione di file excel di monitoraggio condivisi a livello regionale. I dati territoriali sono restituiti a Regione Lombardia mediante l’invio di report dedicati.

Ad integrazione di tale attività, e in continuità con quanto realizzato negli ultimi due anni, si intende effettuare visite conoscitive presso le Casa di Comunità attivate nell’annualità 2024. Negli incontri, per la raccolta dei dati, sarà utilizzata una scheda di rilevazione predisposta ad hoc.

Sarà effettuato, infine, mediante site visit un approfondimento sulle modalità di funzionamento e raccordo con gli enti del territorio delle Centrali Operative Territoriali (COT).

Centri per la Famiglia

I Centri per le Famiglie sono luoghi fisici che si integrano con le risorse del territorio, in modo da intercettare i bisogni delle famiglie, all’interno dei quali deve essere assicurato un repertorio di attività informative e di supporto orientate a sostenere le famiglie nella corretta formulazione della domanda e a trovare nella rete dei servizi presenti sul territorio un accesso appropriato e una risposta efficace. Particolare attenzione deve essere rivolta a tutto il ciclo di vita, per cercare di rispondere a quei bisogni non standardizzabili e programmabili che spesso incidono pesantemente sulla capacità organizzativa della famiglia di fronteggiare evenienze improvvise. I Centri per la Famiglia realizzano quindi le loro finalità integrando l’offerta di attività con gli altri servizi presenti e attivi sul territorio che perseguono obiettivi rivolti al benessere delle famiglie lungo tutte le fasi del ciclo di vita (Comuni, Uffici di Piano, Scuole, Associazioni e Organizzazioni di volontariato e del Terzo settore...).

Lo scopo è quello di promuovere il ruolo sociale, educativo e il protagonismo della famiglia e di realizzare interventi a sostegno della genitorialità e del benessere di tutta la famiglia attraverso valorizzazione delle funzioni sociali di supporto alla famiglia. Gli interventi realizzati sono sempre complementari a quelli già realizzati dai servizi esistenti. Il Centro per la Famiglia, infatti, opera in integrazione con tutti i servizi del territorio, nel perseguimento della principale finalità, che è il benessere delle famiglie. Le funzioni principali sono:

- favorire l’attivazione di una rete territoriale stabile fra i diversi soggetti del territorio, che a vario titolo si occupano di famiglie (ruolo di server territoriale dove il driver è la famiglia);

- partecipare ai processi di co-progettazione a livello locale degli interventi prioritari per le famiglie;
- integrare competenze sociali, risorse umane ed economiche di enti diversi con la finalità di sviluppare un modello d'integrazione e di ricomposizione di risorse presenti sul territorio rivolte al sostegno delle famiglie;
- sviluppare iniziative/interventi, in cui l'obiettivo principale sia quello di coinvolgere in modo attivo le famiglie, attivando le loro risorse e competenze e promuovendo la creazione di network tra le famiglie, nell'ottica di sviluppo della comunità;
- valorizzare le funzioni sociali di supporto alla famiglia promosse dai servizi presenti sul territorio.

Per il territorio di ATS Brianza, il Dipartimento PIPSS monitora l'attivazione e lo stato di avanzamento delle attività dei n. 9 Centri per la Famiglia, che insistono su tutti gli ambiti territoriali

Il Dipartimento PIPSS riceve i dati relativi allo stato di avanzamento delle attività tramite la compilazione di indicatori quali e quantitativi che sono restituiti periodicamente a Regione Lombardia, secondo i format stabiliti.

Ad integrazione di tale attività sarà effettuata una visita conoscitiva presso ciascuna sede HUB dei Centri per la Famiglia attivata nell'annualità 2024. Negli incontri sarà utilizzata una scheda di sopralluogo da predisporre ad hoc.

Vigilanza Gestori Misura B1

Vigilanza Gestori Salute Mentale

Per le aree sopra indicate ATS effettuerà controlli a campione, secondo le indicazioni di ACSS, attraverso un lavoro integrato tra personale afferente alla Strutture del PIPSS e alle strutture del PAAPSS, in considerazione delle interconnessioni tra le due aree".

7.3. Presa in carico dei pazienti cronici (PIC)

Come previsto dalla DGR 2755/24, nell'ambito del nuovo percorso di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili, ATS effettuerà il monitoraggio della corretta esecuzione del servizio e i controlli sull'assolvimento degli obblighi contrattuali da parte delle n. 6 Cooperative di MMG individuate come idonee a svolgere il ruolo di gestore.

Il controllo sarà effettuato mediante somministrazione di un questionario (check list) condiviso tra tutte le ATS. A seguire saranno effettuate le verifiche, in sede o da remoto, relative all'attività del Centro Servizi di ciascuna Cooperativa di MMG.

Nell'ambito di tali verifiche sarà approfondito quanto dichiarato dalla Cooperativa in fase di compilazione del questionario nonché individuate eventuali strategie di miglioramento dell'attività di accompagnamento e supporto al paziente cronico.

Per le Cooperative con sede legale ubicata nel territorio di altre ATS si procede all'acquisizione dell'esito di verifica del controllo (verbale) effettuato dall'ATS territorialmente competente.

L'attività sarà svolta in collaborazione tra il Dipartimento PIPSS e il Dipartimento PAAPSS.

7.4. Programmazione Risk Management per l'anno 2025

Per l'anno 2025 continuerà come di consueto l'attività di monitoraggio degli eventi sentinella, eventi avversi e near miss, accanto al monitoraggio dei sinistri e alla partecipazione del relativo Comitato. A queste seguiranno delle attività conseguenti ad eventuali segnalazioni specifiche con approfondimenti costituenti in audit, RCA e utilizzo di tutti gli strumenti utili al caso. Inoltre proseguirà il monitoraggio delle implementazioni delle Raccomandazioni Ministeriali.

Sarà implementato portandolo a regime, l'utilizzo del portale regionale Herm per le segnalazioni e saranno predisposte valutazioni secondo la Metodologia di Enterprise Risk Management per partizioni non coinvolte nel 2024.

Per la predisposizione del Piano di Risk Management 2025 sono proposte le ulteriori attività descritte di seguito, facendo riferimento specifico ad alcune tematiche già declinate nelle Linee operative di Risk Management 2025.

Tali proposte potrebbero diventare delle progettualità dopo un confronto con il Network di Risk Manager delle ATS, che avverrà prossimamente, inoltre potrebbero essere integrate proprio in virtù di tale confronto.

Prevenzione e gestione delle aggressioni sugli operatori sanitari

In continuità con l'attività svolta nel 2023-2024 nel 2025 proseguirà l'attività formativa nei confronti degli operatori di ATS Brianza esposti maggiormente al Rischio di aggressione, come ad esempio gli operatori che svolgono vigilanza e controllo sul territorio. L'evento formativo verterà su tematiche normative illustrate dal Procuratore di Monza, sulle tecniche di de-escalation con esempi pratici in 'esercitazione di role playing, sull'illustrazione della procedura per la gestione degli agiti aggressivi predisposta nel 2024, e sull'utilizzo dell'incidente reporting.

Verrà accentuata l'importanza della segnalazione nell'incident reporting specifico che in quest'anno vedrà l'utilizzo anche di quello regionale, su piattaforma HERM, previa somministrazione di brevi video formativi che si sta pensando di inserire in link di appoggio sul sito internet dell'Agenzia.

Proposta di evento formativo per i referenti delle RSA e RSD su tematiche specifiche di risk management

Una delle misure di miglioramento emersa dall'indagine svolta nel 2023 con la specifica progettualità relativa alla mappatura delle strategie di gestione del rischio per un'assistenza sicura e di qualità nelle RSA e RSD, è stata la formazione dei referenti e dei risk Manager delle strutture sociosanitarie su nozioni base di Risk Management.

Tale misura risulterebbe trasversale a tutte le macroaree nelle quali sono emerse delle criticità e nelle quali risulterebbe essenziale una implementazione delle azioni di strategia di risk management improntate a migliorare la qualità e la sicurezza delle cure.

Una formazione ai dirigenti delle strutture sugli aspetti più rilevanti del Risk Management è stata già svolta nel corso del 2024 e ha esitato in un ottimo gradimento dell'evento in quanto improntato su aspetti di interesse quotidiano e sulle conseguenti soluzioni da intraprendere.

Per il 2025 dando seguito alle indicazioni delle Linee operative Regionali di Risk Management si è pensato ad un corso formativo sulla tematica delle cadute, e un focus sulle soluzioni di intelligenza artificiale utili alla gestione di questo specifico rischio e in alcuni casi in uso in alcune Strutture del territorio di competenza. E proprio in merito all'utilizzo delle nuove tecnologie di AI la nostra Agenzia vorrebbe avviare un'indagine conoscitiva sulle strutture del territorio per mappare i siti dove questa viene utilizzata, i fini, e gli strumenti utilizzati in modo da creare una sorta di database locale.

Per l'evento formativo, così come avvenuto nel corso dell'evento formativo del 2024 con la scheda di autovalutazione sulla gestione sicura dei farmaci, sarà predisposto un modello di incident reporting, e comunque spiegato e distribuito ai referenti delle strutture sociosanitarie, in modo da uniformare sul territorio di ATS Brianza, le informazioni e il peso dato a questo nella gestione del rischio nella cura e assistenza agli anziani e ai fragili, e poter creare anche una base di confronto tra le stesse strutture.

Le progettualità sopra descritte dovranno in ogni caso passare dalle valutazioni della Direzione Strategica che potrà integrarle o proporre di nuove.

7.5. Qualità percepita

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico di ATS Brianza è da sempre il luogo al quale ogni cittadino può rivolgersi per segnalare un disservizio verificatosi da parte dell'Agenzia stessa o da uno degli enti accreditati sul territorio di appartenenza.

La gestione dei reclami e dei suggerimenti è un'azione fondamentale in quanto consente di migliorare il servizio alla luce delle considerazioni provenienti dall'utente, predisponendo rimedi e azioni correttive o preventive; inoltre permette di migliorare la soddisfazione e il consenso attorno alla stessa organizzazione e ai servizi erogati, diventando così un modo per migliorare e monitorare più in generale la qualità dell'offerta e per diffondere l'immagine di un'organizzazione attenta alle esigenze e ai feedback dei suoi utenti.

Nel corso degli anni ATS Brianza ha sviluppato modalità di facile contatto con l'Agenzia stessa, utilizzando strumenti facili e funzionali per raccogliere eventuali suggerimenti/reclami (mail, telefono e format sul portale aziendale) e ha provveduto a darne ampia diffusione sui diversi canali di comunicazione dedicati a target differenti.

Per il 2025, continuerà l'attività di ascolto e di orientamento svolta dagli Uffici Relazioni con il Pubblico e verrà costantemente monitorata la soddisfazione dei cittadini circa i servizi svolti dall'URP. L'impegno relativo alla rilevazione del grado di soddisfacimento dell'utenza è stato inoltre inserito attraverso obiettivi specifici nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 di questa Agenzia. Nel PIAO è infatti stata prevista l'individuazione di azioni di miglioramento dei servizi offerti dall'ATS Brianza sulla base dell'analisi della relazione delle segnalazioni dell'anno precedente.