



Delibera n. 73 del 26/02/2026

OGGETTO: PIANO DEI CONTROLLI - DOCUMENTO OPERATIVO PROGRAMMATARIO DELLE ATTIVITA' DI CONTROLLO DI ATS DELLA BRIANZA PER L'ANNO 2026.

IL DIRETTORE GENERALE – Dott.ssa Paola Palmieri

Nominato in forza della Deliberazione della Giunta Regionale di Lombardia n. XII/4852 del 01/08/25

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. XII/5366 del 24 novembre 2025, con la quale la Giunta Regionale ha approvato il Piano dei Controlli e dei Protocolli 2024-2026 proposto dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo;
- la DGR n. XII/5589 del 30/12/2025, ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Sociosanitarie Territoriali (ASST) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) ANNO 2026", che fornisce indicazioni per le attività di controllo;
- Nota ACSS Prot. n. 524/2026 "Piano dei Controlli Anno 2026 – indicazioni operative per la predisposizione del documento";

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 nelle DGR sopra richiamate e nella nota ACSS Prot. n. 524/2026, il "Piano dei Controlli anno 2026", quale documento operativo-programmatorio delle attività di controllo di ATS Brianza per l'anno 2026;

DATO ATTO che 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 nelle DGR sopra richiamate e nella nota ACSS Prot. n. 524/2026, il "Piano dei Controlli anno 2026", quale documento operativo-programmatorio delle attività di controllo di ATS della Brianza per l'anno 2026, 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.ssa Paola Palmieri)

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 2026

Sommario

Premessa.....	1
1. AREA SANITARIA	2
1.1. Contesto territoriale.....	2
1.2. Risorse umane	5
1.3. Programmazione 2026	5
1.3.1. Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie	5
1.3.2. Vigilanza strutture sanitarie	7
1.3.3. Controllo prestazioni sanitarie di ricovero.....	11
1.3.4. Controllo prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale	18
2. AREA SOCIOSANITARIA	23
2.1. Contesto territoriale.....	23
2.2. Risorse umane	29
2.3. Programmazione 2026	30
2.3.1. Autorizzazione e accreditamento strutture sociosanitarie	30
2.3.2. Vigilanza strutture sociosanitarie e Controlli di appropriatezza	31
2.4. Scheda struttura e Scheda struttura personale	40
2.5. Verifica requisiti strutturali e tecnologici	40
3. AREA SOCIALE	41
3.1. Contesto territoriale.....	41
3.2. Risorse umane	43
3.3. Programmazione 2026	43
4. AREA VERIFICHE REQUISITI CONTRATTUALI	45
4.1. Contesto territoriale.....	45
4.1.1. Area sanitaria	45
4.1.2. Area Sociosanitaria.....	45
4.2. Risorse umane	48
4.3. Programmazione 2026	49
4.3.1. Area sanitaria	50
4.3.2. Area sociosanitaria	51
5. AREA FARMACEUTICA.....	52
5.1. Contesto territoriale.....	52
5.2. Programmazione 2026	53
5.2.1. Appropriately prescrivibile	53
5.2.2. Vigilanza e controllo farmaceutica	58
5.2.3. Farmaceutica convenzionata.....	64

6.	AREA PROTESICA.....	68
6.1.	Contesto territoriale.....	68
6.2.	Programmazione 2026	68
7.	ALTRE AREE DI CONTROLLO.....	72
7.1.	Tempi di attesa.....	72
7.2.	PNRR M6-C1: Realizzazione Case e Ospedali di Comunità e Assistenza domiciliare	73
7.3.	Presa in carico dei pazienti cronici (PIC).....	75
7.4.	Risk Management.....	76
7.5.	Qualità percepita.....	78

Premessa

L'art. 6, lettera i), della Legge Regionale n. 33/2009 attribuisce alle ATS la titolarità delle attività di vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. n. 502/1992, secondo le cadenze stabilite nei rispettivi piani annuali di controllo e in quelli definiti 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 costituisce il principale strumento di programmazione di cui l'ATS dispone per declinare operativamente le linee di intervento a supporto delle funzioni di verifica, monitoraggio e controllo.

Attraverso l'individuazione delle aree di intervento, delle priorità, delle modalità operative e dei criteri di monitoraggio, il documento è volto a favorire un approccio programmato e coordinato alle attività di vigilanza e verifica, promuovendo al contempo la prevenzione delle irregolarità e il miglioramento continuo dei processi.

Il Piano si configura altresì come strumento di supporto alla Governance, in quanto consente di orientare le risorse disponibili in funzione dei rischi individuati e degli obiettivi strategici, assicurando tracciabilità, responsabilizzazione e coerenza tra programmazione, attuazione e rendicontazione delle attività di controllo.

I principali riferimenti normativi per la stesura del Piano sono:

- DGR XII/5366 del 24 novembre 2025 "Approvazione del Piano dei Controlli e dei Protocolli 2024 – 2026";
- DGR XII/5589 del 30/12/2025 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Sociosanitarie Territoriali (ASST) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) ANNO 2026";
- Nota ACSS Prot. n. 524/2026 "PIANO DEI CONTROLLI ANNO 2026 – INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PREDISPOSIZIONE DEL DOCUMENTO".

Il presente Piano dei Controlli descrive, per ciascuna area, il contesto territoriale e la programmazione delle attività di controllo per l'anno 2026, secondo le linee generali indicate dall'ACSS, tenuto conto del contesto territoriale di ATS Brianza.

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 01/01/2026.

Tabella 1 – Offerta di posti letto accreditati e a contratto delle Strutture di ricovero e cura al 01/01/2026 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	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	1456
TOTALE ATS					3097	811	283	26	120	4337

*1 posti letto del P.O. Trabattoni Ronzoni di Seregno sono stati temporaneamente trasferiti nei presidi ospedalieri di "Nuovo Ospedale di Vimercate" e "Ospedale Civile V. Emanuele III" di Carate

Tra le strutture del territorio n. 3 presidi ospedalieri sono sede di Pronto Soccorso (n. 1 struttura pubblica e n. 2 strutture private) e n. 5 presidi ospedalieri pubblici sono sede di DEA di cui 3 sede di DEA di I Livello mentre n. 2 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 01/01/2026.

Tabella 2 - Offerta delle strutture di residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica e neuropsichiatrica accreditate a contratto al 01/01/2026

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

Tabella 3 – Offerta delle strutture di residenzialità e semi residenzialità neuropsichiatrica accreditate al 01/01/2026

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
		Recovery for Life Srl	4	16
	CARATE	ASST Brianza	0	10
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 e 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 01/01/2026.

Tabella 4 – Offerta di strutture ambulatoriali accreditate e a contratto al 01/01/2026 (esclusi quelli afferenti alle Strutture di ricovero e cura private accreditate)

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 01/01/2026

POLIAMBULATORI PRIVATI ACCREDITATI NON A CONTRATTO	NUMERO
Ambulatoriali	3
Medicina di Laboratorio	1
Medicina dello sport	2
Ambulatori odontoiatrici	9
TOTALE	15

1.2. Risorse umane

Per l'ambito sanitario, il personale dedicato alle attività di controllo e vigilanza afferisce alla SC Accreditamento, Controllo e Vigilanza Strutture Sanitarie del Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento e Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (PAAPSS).

La Struttura Complessa si articola in tre Strutture Semplici:

- SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie;
- SS Controllo Qualità e Appropriatelyzza delle Prestazioni di Ricovero Sanitario;
- SS Controllo Appropriatelyzza ed Equità di Accesso alle Prestazioni Ambulatoriali e Governo dei Tempi di Attesa.

Al 01/01/2026, il personale sopra citato risulta così composto:

- N. 4 dirigenti medici;
- N. 5 assistenti sanitari;
- N. 4 personale amministrativo.

Nell'ambito delle attività di vigilanza e accreditamento la verifica dei requisiti strutturali e tecnologici viene svolta da personale afferente alla SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici Strutture erogatrici, mentre la SS Promozione e Governance delle Attività Fisiche e Sportive verifica una selezione di requisiti organizzativi specifici previsti dalla DGR 4121/2012 (OMS16/ms, OMS17/ms, OMS21/ms, OMS22/ms e OMS38/ms).

1.3. Programmazione 2026

1.3.1. Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie

Con la L.R. n. 8 del 20/05/2022 è stata riportata in capo alla Regione Lombardia la competenza in materia di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, demandando alle ATS lo svolgimento dell'istruttoria. Successivamente, con DGR n. 6677 del 18/07/2022, la Regione ha definito la nuova procedura di accreditamento delle strutture sanitarie.

Con la DGR n. 5589 del 30/12/2025 avente a oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle agenzie di tutela della salute (A.T.S.), delle aziende socio sanitarie territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) anno 2026 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e l'assessore Lucchini)" è stato stabilito che:

- l'istruttoria da parte delle ATS può iniziare solo dopo il ricevimento delle istanze da parte degli Enti gestori, tramite PEC o consegna diretta;
- l'istruttoria tecnica si considera conclusa con l'invio alla DG Welfare del provvedimento, corredato unicamente dalla scheda di sintesi, e con il contestuale inserimento in atto emesso dei processi/istanze inseriti su SIGAUSS;
- i 60 giorni previsti per l'emanazione degli atti da parte della DG Welfare decorrono solo quando tutte le condizioni sopra indicate risultano soddisfatte;
- la DG Welfare, qualora ritenga necessario sospendere i termini procedurali relativi agli atti trasmessi dalle ATS, trascorsi 60 giorni dal ricevimento delle integrazioni o chiarimenti richiesti, in assenza di riscontro procederà all'archiviazione dell'atto.

A partire da gennaio 2026, la DG Welfare avvierà inoltre una verifica progressiva delle istanze ormai obsolete presenti in SIGAUSS nello stato “inserito” e non ancora prese in carico dalle ATS, al fine di procedere alla loro eliminazione, previa verifica da parte dell’ATS competente.

La DGR 5589/2025, al paragrafo “10.1.2. Nuova tipologia di istanza ‘Ampliamento strutturale – DL 34/2020 – PNRR’”, precisa che, al fine di monitorare l’avvenuta esecuzione dei lavori per la realizzazione dei posti letto di terapia intensiva, Regione Lombardia ha modificato la DGR 3312/2001 introducendo, in via sperimentale, una nuova tipologia di istanza. Tale istanza, circoscritta alle macroattività “Attività di rianimazione e terapia intensiva”, “Degenza Semintensiva A” e “Degenza Semintensiva B” e denominata “Ampliamento strutturale – DL 34/2020 – PNRR”, prevede la verifica esclusivamente dei requisiti strutturali specifici stabiliti dalla normativa vigente.

Per quanto riguarda la sospensione temporanea delle attività (macro-attività, branche specialistiche, posti letto accreditati e a contratto), nella DGR sopra citata, viene anche ribadito che le sospensioni devono essere motivate e approvata dalla ATS, corredate da un adeguato cronoprogramma di riattivazione.

In assenza di tali elementi dovranno essere eliminate dall’assetto accreditato su SIGAUSS al fine di evitare dati di attività e strutturali non coerenti con gli assetti, fatto salvo diversa valutazione da parte della DG Welfare.

È stata inoltre introdotta la possibilità di ricorrere alla procedura semplificata prevista dalla DGR n. 1025/23 ovvero “*Procedura semplificata per la richiesta di nulla osta al trasferimento temporaneo di attività sanitarie delle ASST*”, estendendola per analogia anche ai lavori finanziati con specifici fondi non derivanti dal PNRR e limitatamente al periodo necessario alla loro attuazione, nei quali possono rendersi necessari spostamenti contestuali di molteplici attività sanitarie.

Nelle more di ulteriori indicazioni normative, proseguirà l’attività istituzionale di accreditamento relativa alla processazione di:

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

Pertanto, visto quanto sopra, 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 Promozione e Governance delle Attività fisiche e sportive*, 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 di processo “Accreditamento Ambito Sanitario: Nuove istanze” ID2542.

L’iter valutativo si concluderà con l’espressione, da parte della SC Accreditamento, Controllo e Vigilanza Strutture Sanitarie, del parere tecnico sul possesso dei requisiti, formalizzato in un provvedimento a firma del Direttore Generale.

Tale provvedimento, unitamente all’aggiornamento dell’applicativo regionale SIGAUSS, sarà trasmesso alla DG Welfare per i successivi atti di accreditamento o di variazione dell’accreditamento, con conseguente iscrizione o aggiornamento del Registro Regionale delle strutture accreditate.

1.3.2. Vigilanza strutture sanitarie

La pianificazione delle attività istituzionali ordinarie è effettuata tenendo conto delle indicazioni contenute negli Indirizzi di programmazione emanati con DGR n. 5589 del 30/12/2025 e di quanto stabilito dalle vigenti norme in materia di accreditamento. L'iter di verifica viene condotto secondo quanto indicato nella procedura di processo "Accreditamento ambito sanitario: Vigilanza" ID03123.

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

- 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);
- verifiche biennali dei Servizi Trasfusionali (SIMT) e Unità di Raccolta Sangue (UdR);
- verifiche finalizzate a eventuali richieste di riconoscimento/rinnovo (di regola ogni tre anni) delle idoneità alla sperimentazione clinica ai sensi del DM 19/03/1998;
- comunicazioni relative a modifiche organizzative/strutturali da parte delle Strutture Sanitarie
- verifiche derivanti da segnalazioni/richieste da parte di privati cittadini, altri servizi di ATS Brianza, Enti terzi (altre ATS, NAS, Guardia di Finanza, Difensore Civico ecc.);
- verifiche di ottemperanza a diffide;
- verifiche nell'ambito del percorso di accreditamento con perizia asseverata prevista dalla DGR n. 3312/2001;
- verifiche su eventuali criticità riscontrate durante i controlli NOC e vigilanza da parte della SS Promozione e Governance delle Attività fisiche e sportive;
- verifiche biennali dei Servizi Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).

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

1) 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 ed 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 7 sopralluoghi per le strutture di Ricovero e cura e 5 per le strutture ambulatoriali.

2) 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).

3) Verifiche biennali relative al mantenimento dei requisiti presso i Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT), Unità di Raccolta (UdR) e i servizi di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

Per quanto concerne le strutture appartenenti al sistema sangue e per i Centri di Procreazione Medicalmente Assistita, la periodicità delle verifiche è biennale. Tali verifiche vengono effettuate con almeno un valutatore specificatamente formato e per i centri di PMA anche in collaborazione con gli ispettori del Centro Nazionale Trapianti.

Per i SIMT e le UdR, le attività di vigilanza sono svolte ai sensi del DL 26/2007 e s.m.i. e del DM 02/11/2015 e s.m.i. Per l'anno in corso, la SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie, in collaborazione con la SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici delle Strutture Erogatrici (VRST), effettuerà verifiche mirate su una selezione di requisiti individuati e condivisi dal gruppo OTA.

Per i centri di PMA, le verifiche sono finalizzate ad accertare la conformità ai requisiti previsti dai Decreti Legislativi 191/2007 e 16/2010, che disciplinano qualità e sicurezza nella gestione di cellule e tessuti.

Modalità operative di esecuzione: sul campo, da remoto o mista. **Campione:** sono stati pianificati 10 sopralluoghi, ovvero presso 3 strutture pubbliche sede di SIMT, 5 UdR afferenti all'AVIS e 2 strutture di ricovero e cure accreditate e a contratto sede di un centro di PMA di III livello (Ente privato) e di un centro di PMA di I livello (Ente pubblico).

Inoltre, in ottemperanza a quanto definito negli indirizzi di programmazione regionale, saranno completate o avviate anche le verifiche finalizzate alla seguenti riclassificazioni:

- macroattività di Osservazione Breve Intensiva (OBI) delle strutture sede di DEA I Livello, ai sensi della DGR n. 787 del 2023;
- macroattività di Medicina di Laboratorio Decentrata (POCT) ai sensi della DGR n. 3414 del 18/11/2024 e del Decreto n. 7043 del 20/05/2025;
terapie Intensive Neonatali ai sensi delle DGR n. 267 del 28/06/2018, n. 2395 del 11/11/2019 e del DDGW n. 8742 del 19/6/2025.

1) Riclassificazione ai sensi della DGR XII/787/2023 delle macroattività di Osservazione Breve Intensiva delle strutture sede di DEA I Livello e Pronto Soccorso

Alla luce della circolare DG Welfare G1.2025.0027637 del 10/07/2025, che ha previsto l'invio delle istanze di riclassificazione entro il 30/11/2025 e la conclusione del relativo percorso entro il 31/03/2026, è stata richiesta evidenza documentale del possesso dei requisiti organizzativi e strutturali previsti dalla DGR XII/787/2023. Per un ente, inoltre, è stato effettuato un sopralluogo di vigilanza.

Si precisa che per due enti è ancora in corso da parte degli operatori della SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie e della SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici, la verifica della documentazione integrativa finalizzata all'accertamento dell'assolvimento dei requisiti.

Modalità operative di esecuzione: da remoto e mista. **Campione:** 4 strutture di ricovero e cura pubbliche di cui 3 sede di DEA I livello e 1 sede di Pronto Soccorso (PS), 2 strutture di ricovero e cura private accreditate e a contratto sede di PS.

2) Riclassificazione della Medicina di Laboratorio Decentrata (MLD) ai sensi della DGR n. 3414 del 18/11/2024 e del Decreto n. 7043 del 20/05/2025

Viste le DGR sopracitate che hanno stabilito il termine ultimo del 31/12/2025 per l'invio delle istanze di riclassificazione dell'attività di Medicina di Laboratorio Decentrata da parte delle Strutture sede di Laboratorio Clinico del territorio di ATS Brianza, sono state richieste dalla SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie le evidenze documentali a supporto del possesso e mantenimento dei nuovi requisiti autorizzativi e di accreditamento per i cosiddetti Point Of Care Testing (POCT).

È in corso la predisposizione degli atti formali di riclassificazione da parte di ATS (presa d'atto e inserimento processo struttura nell'applicativo SIGAUSS per la rappresentazione della nuova macroattività nell'assetto organizzativo-funzionale).

Nella seconda metà dell'anno si prevede di svolgere, per alcuni Laboratori, anche un'attività di verifica sul campo, congiuntamente alla SSD VRST, tenendo conto del tempo di adeguamento previsto per alcuni requisiti della MLD a dicembre 2026.

Modalità operative di esecuzione: mista; **campione:** 17 Strutture Sanitarie sedi di uno o più laboratori clinici.

3) Riclassificazione Terapie Intensive Neonatali

Come previsto dalla nota Regionale G1.2025.0042414 del 30/10/2025 in cui viene definito che *“Gli Enti le cui strutture hanno in assetto le attività in oggetto, e che non hanno già allineato il loro assetto alle modalità di codifica previste dalla normativa vigente, dovranno ripresentare alle ATS entro il 31/05/2026 un’istanza cartacea di riclassificazione (senza l’utilizzo dell’applicativo SIGAUSS)”*, l’ATS dovrà verificare la coerenza della proposta di riclassificazione con la normativa vigente e con gli assetti accreditati, nonché l’assolvimento dei soli requisiti organizzativi.

Per quanto riguarda invece l’adeguamento ai requisiti strutturali e tecnologici specifici, resta confermato il termine ultimo del 24/04/2028 per le proroghe, come previsto dalla DGR n. XII/1827 del 31/01/2024, paragrafo 4.1.0.6.

Il percorso di riclassificazione da parte di ATS dovrà concludersi, con l’invio dell’atto alla DG Welfare, entro il 31 agosto 2026, mentre la DG Welfare dovrà procedere all’emanazione della relativa presa d’atto entro il 31 ottobre 2026.

Modalità operative di esecuzione: sul campo, da remoto o mista. **Campione:** 5 Strutture Sanitarie sede di UO oggetto di riclassificazione

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.

Attività di verifica trasversali

- **Dotazione di organico (DDO)**

La verifica quali-quantitativa degli standard di dotazione organica sarà 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.

Nel corso del 2026 è prevista una revisione delle modalità di verifica degli standard di dotazione organica per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private (DDO ex Relocal), disciplinati dalla DGR n. 38133/1998, nonché delle modalità di accertamento quadrimestrale di cui all'art. 2 degli allegati 1 e 2 alla delibera n. 47508 del 29/12/1999. Pertanto, le attuali procedure di verifica potranno subire modifiche in seguito alle nuove indicazioni regionali.

- **Verifica laboratori**

Non Conformità VEQ

Ai sensi della DGR n. 7044/22 e ss.mm.ii. è stato ribadito per i Laboratori Clinici l'obbligo di partecipazione ai *Programmi di Valutazione Esterna della Qualità (VEQ)* promossi dalla Regione Lombardia ed erogati per mezzo della Medicina di Laboratorio (CRC Med Lab) e che, qualora non siano disponibili Programmi VEQ regionali, i Laboratori Clinici devono partecipare a Programmi VEQ validati a livello nazionale o internazionale, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 23/03/2011, n. 61/CSR.

A partire dalle segnalazioni da parte del Centro Regionale di Coordinamento ATS svolge un'attività di verifica con periodicità semestrale relativamente alle Non Conformità (NC) legate alla partecipazione ai programmi di Verifiche Esterne di Qualità (VEQ) non giustificate (mancata partecipazione/partecipazione per analisi non autorizzate), tramite invio di richiesta di riscontro alle strutture per cui sono state segnalate NC.

Volumi

La DGR n. 7044/22, vista l'imposizione di una soglia minima di volumi di attività analitica per i Laboratori, ha introdotto tra i requisiti minimi organizzativi specifici il rispetto delle soglie minime di attività analitica (produzione) anno indicando nell'Allegato 3 i volumi di attività annuali che ciascun Laboratorio, in funzione di tipologia e status, autorizzato o accreditato, deve eseguire in sede.

Il tempo di adeguamento al requisito previsto inizialmente (48 mesi dall'entrata in vigore della DGR), è stato prorogato a dicembre 2025 visto l'aumento delle soglie minime stabilito con le DGR 2444/24 e 1827/24.

Nel merito, ATS, una volta ricevuto il dato cumulativo da parte del CrC MedLab, svolgerà, un'attività di monitoraggio sulla rendicontazione fornita dai Laboratori Clinici al Centro Regionale rispetto ai volumi di attività analitica annuali (prestazioni prodotte ed erogate) considerando lo scostamento ammesso pari al massimo del 10%.

Organizzazione dei team di vigilanza

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, quando possibile garantendo la rotazione del personale.

E la collaborazione:

- per la verifica dei requisiti tecnologici e strutturali della SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici e qualora lo ritenesse opportuno inoltre procedere, la stessa SSD, alla richiesta di parere alla SSD Impiantistica e alla SC Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro;
- per la verifica di requisiti di competenza della SS Promozione e Governance delle Attività Fisiche e Sportive per le strutture di Medicina dello Sport;
- per la verifica dei SIMT e dei centri di PMA con valutatori specificamente formati, inseriti in elenchi nazionali, per garantire il rispetto dei requisiti di qualità, sicurezza e delle linee guida ministeriali. Inoltre, per i centro di PMA la verifica viene condotta anche in collaborazione con gli ispettori del Centro Nazionale Trapianti.

1.3.3. Controllo prestazioni sanitarie di ricovero

Analisi della produzione ricoveri 2025 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 ad effettuare l'analisi della produzione dell'anno 2025, calcolando una stima sulla base della produzione disponibile ad ora (2° invio flussi-SDO del mese di dicembre 2025).

La Tabella 1 riporta la numerosità della produzione delle Strutture erogatrici di ATS Brianza per setting di erogazione (acuto, riabilitazione, subacuto).

Tabella 1 – Analisi produzione per setting di erogazione e struttura erogatrice

Strut.	2023				2024				2025			
	Acuti	Riab.	SA	Tot.	Acuti	Riab.	SA	Tot.	Acuti	Riab.	SA	Tot.
1	0	285	73	358	0	283	0	283	0	249	0	249
2	6501	167	163	6.831	6.326	155	154	6.635	6.106	168	166	6.440
3	1.495	315	99	1.909	1.512	323	74	1.909	1.521	318	79	1.918
4	1.763	0	93	1.856	1.945	0	103	2.048	1.896	0	78	1.974
5	12.651	0	0	12.651	12.333	0	0	12.333	12.040	63	0	12.103
6	5.557	0	0	5.557	5.613	0	0	5.613	5.554	747	124	6.425
7	14.453	66	0	14.519	14.312	101	0	14.413	14.497	158	56	14.711
8	0	0	242	242	0	0	226	226	0	0	0	0
9	0	970	0	970	0	1.051	0	1.051	0	85	0	85
10	7.827	718	0	8.545	7.453	631	0	8.084	7.146	675	0	7.821
11	7.599	1.200	179	8.978	7.749	1.217	192	9.158	7.435	1.269	206	8.910
12	0	815	0	815	0	783	0	783	0	807	0	807
13	0	640	0	640	0	589	0	589	0	598	0	598
14	0	907	0	907	0	881	0	881	0	927	0	927
15	0	316	0	316	0	295	0	295	0	302	0	302
16	19.594	268	303	20.165	19.743	263	287	20.293	19.064	225	271	19.560
17	626	561	0	1.187	626	549	0	1.175	408	517	0	925
18	31.090	53	0	31.143	29.941	0	0	29.941	29.536	0	0	29.536
19	0	2.066	0	2.066	449	1.582	0	2.031	641	1.266	0	1.907
Tot.	109.156	9.347	1.152	119.655	108.002	8.703	1.036	117.741	105.844	8.374	980	115.198

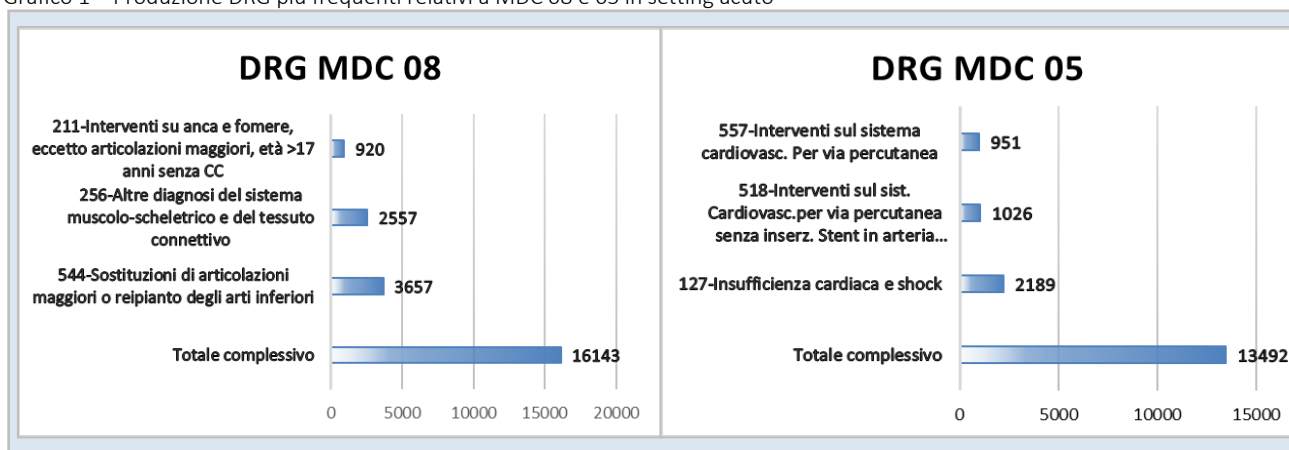
Nel setting acuto (Tabella 2), gli MDC maggiormente prodotti sono gli MDC 05 e MDC 08.

Tabella 2 – Produzione MDC in setting acuto – anno 2025

MDC	%
08-Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	12,38%
05-Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	11,91%
14-Gravidanza, parto e puerperio	9,50%
06-Malattie e disturbi apparato digerente	8,56%
04-Malattie e disturbi apparato respiratorio	7,45%
15-Malattie e disturbi periodo perinatale	6,87%
13-Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	6,66%
11-Malattie e disturbi rene e vie urinarie	5,96%
01-Malattie e disturbi sistema nervoso	5,31%
07-Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	3,92%
09-Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	3,39%
03-Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	3,27%
19-Malattie e disturbi mentali	2,46%
23-Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1,97%
18-Malattie infettive e parassitarie	1,85%
12-Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	1,77%
02-Malattie e disturbi occhio	1,74%
10-Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	1,48%
17-Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1,39%
16-Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	0,80%
21-Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	0,69%
PR-Pre-MDC	0,38%
24-Traumatismi multipli	0,09%
20-Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	0,09%
25-Infezioni da HIV	0,06%
NA-Non attribuibile	0,06%
22-Ustioni	0,01%
Totale	100,00%

Prendendo in esame i primi due MDC prodotti nel setting acuto nell'anno 2025, si è fatta un'analisi della produzione dei DRG più frequenti (Grafico 1) che concorrono maggiormente ai volumi complessivi.

Grafico 1 – Produzione DRG più frequenti relativi a MDC 08 e 05 in setting acuto



Nel setting riabilitativo (Tabella 3), gli MDC maggiormente prodotti sono gli MDC 01 e MDC 08, in linea con gli anni precedenti.

Tabella 3 – Produzione MDC in setting riabilitativo – anno 2025

MDC	%
01 - Malattie e disturbi sistema nervoso	35,35%
08 - Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	34,99%
04 - Malattie e disturbi apparato respiratorio	12,95%
05 - Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	9,35%
19 - Malattie e disturbi mentali	6,57%
23 - Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	0,34%
18 - Malattie infettive e parassitarie	0,20%
06 - Malattie e disturbi apparato digerente	0,17%
02 - Malattie e disturbi occhio	0,08%
10 - Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	0,07%
03 - Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	0,05%
12 - Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	0,03%
09 - Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	0,01%
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	0,01%
NA - Non attribuibile	0,01%
Totale	100%

L'analisi degli indicatori del Portale di Governo Regionale per l'anno 2025 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 di efficacia **RISK I5** – “Durata media degenza”;
- 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 inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario”.

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

Criteri di campionamento

Il campionamento per l'esercizio 2026 è stato definito utilizzando i criteri indicati in Tabella 4, 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. 43 criteri mirati di interesse locale aggiornati annualmente (tipo 8).

Tabella 4 - Criteri campionamento controlli NOC ricoveri - anno 2026

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	001	Ricoveri ripetuti non tipo 100	Regole di sistema consolidate
8	002	DRG complicati non tipo 200	Regole di sistema consolidate
8	003	DRG Anomalo non tipo 300	Regole di sistema consolidate
8	004	DRG medici brevi non tipo 400	Regole di sistema consolidate
8	005	DH diagnostici, con 0/1 procedure non tipo 500	DGR 12692/2003 e DGR 4799/2007
8	006	DRG chirurgici brevi	Regole di sistema consolidate
8	007	DRG ad alto rischio inappropriatezza	DGR 1185/2013 e DGR 1046/2018 (inap. CH) DGR 2057/2011 (inap. MED)
8	008	DRG chemioterapia	DGR 6006/2016
8	009	IMA	DGR 6006/2016
8	010	Madre nutrice	Regole di sistema consolidate
8	011	DRG ginecologia	Regole di sistema consolidate
8	012	Parti	DDG 32013/2001
8	013	Neonati patologici	DGR 2418/2000, DGR 2989/2014 e DGR 3993/2015
8	014	DRG mammella	DGR 2645/2006 e DGR 1185/2013
8	015	Neoplasie	Regole di sistema consolidate, DGR 34869/1998
8	016	Sepsi/Setticemie	DGR 2057/2011, Interpello GdL del 23/03/2017
8	017	DRG dermatologici non tipo D	
8	018	Ustioni	DGR 1185/2013
8	019	Innesti cutanei	Regole di sistema consolidate
8	020	Subacuti	DGR 1479/2011
8	021	Ricoveri rinviati	Regole di sistema consolidate
8	022	Procedure BIC	Regole di sistema consolidate
8	023	Endoprotesi	DGR 285/2023 DGR 5924/2022, Decreto 14040/2022, DGR 7758/2022
8	024	Artrodesi	DGR 285/2023, Regole di sistema consolidate
8	025	DRG altamente remunerativi	Regole di sistema consolidate
8	026	Stroke	Regole di sistema consolidate
8	027	Riabilitazione non tipo 6 o 7	DGR 6006/2016 (RIA costosi /fratture); DGR 1046/2018, DGR 1986/2019, nota DGW G1.2019.0009622 (RIA plegie)
8	028	Chirurgia bariatrica	Regole di sistema consolidate
8	029	Chirurgia post bariatrica	Regole di sistema consolidate
8	030	Trasferimenti intra-Ente	DGR 7758/2022
8	031	PMA	DGR 1479/2011
8	032	PTCA	Regole di sistema consolidate, DGR 3976/2012. DGR 285/2023
8	033	Psichiatria	Regole di sistema consolidate
8	034	DRG 407 e 408	
8	035	Insufficienza respiratoria in DP	Regole di sistema consolidate
8	036	Chirurgia estetica	Regole di sistema consolidate
8	037	Odontostomatologia	DGR 6006/2016
8	038	Chirurgia toracica	
8	039	Chirurgia robotica	DGR 285/2023, DGR 5450/2021
8	040	Appropriatezza del setting assistenziale del DH e del DS	Regole di sistema consolidate
8	041	Indicatori DRG ACSS	
8	042	Pompa coassiale	DGR 3720/2024
8	100	Altre Aree di interesse locale	Regole di sistema consolidate: ricoveri contemporanei
R	834	Ind. Reg I/9	% di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni
S	R00	Ind. Reg I/8	Importo medio per reparto
T	S00	Ind. Reg I/7	% di procedure effettuate in ambulatorio
U	T00	Ind. Reg I/6	Numero di accessi per SDO in regime di day hospital
V	U00	Ind. Reg I/5	% di ricoveri ripetuti nello stesso ospedale
W	V00	Ind. Reg I/4	% di ricoveri ripetuti per la stessa MDC ed all'interno dello stesso ospedale
X	W00	Ind. Reg I/3	Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa
Y	X00	Ind. Reg I/2	% casi complicati
Z	Y00	Ind. Reg I/1	% di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni

Pianificazione attività di controllo

Secondo quanto disposto nella DGR n. 5589 del 30/12/2025 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2026”, l’attività del NOC della ATS si svolge dal 1° gennaio 2026 al 31 dicembre 2026. In particolare, il volume dei controlli sulle prestazioni di ricovero è determinato in almeno il 12,5% calcolato sulla produzione dell’anno 2025 e così suddiviso:

- una quota di almeno il 6% destinata ai controlli mirati a valutare la congruenza ed appropriatezza generica in carico alla ATS;
- una quota fino al 3,5% riferita all’attività di autocontrollo in materia di congruenza ed appropriatezza generica, effettuata a cura delle Strutture erogatrici, come previsto dalle DGR n. 1185/2013 e n. 2313/2014 e s.m.i., e sottoposte a successiva validazione di concordanza da parte dell’ATS;
- una quota fino al 3% dedicata all’attività di autocontrollo condotte dalle Strutture erogatrici, relativa alla qualità documentale, come previsto dalle DGR n. 621/2010 e n. 4334/2012 e s.m.i., e sottoposte a successiva validazione di concordanza da parte dell’ATS.

In aggiunta, le linee di indirizzo programmatiche del Sistema Sanitario Regionale per l’anno 2026 determinate con DGR n. 5589/2025, stabiliscono che, nell’ambito del 12,5% dei controlli sui ricoveri sanitari, il NOC deve verificare il 10% delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative a ciascun anno solare di produzione per ogni singola Struttura sanitaria.

Tale disposizione risponde alle richieste degli Enti ministeriali nell’ambito della valutazione dei Livelli Essenziali di Assistenza regionali. Di conseguenza, al fine di dare attuazione alla citata DGR, all’interno del controllo di tipo mirato, verranno campionate in primo luogo le SDO relative agli anni 2024 e 2025, fino al conseguimento della copertura del 10% richiesta per ciascun periodo. Successivamente, si procederà con il campionamento del 10% delle SDO inerenti ai pazienti dimessi nel corso del 2026.

In attesa della comunicazione regionale recante la quantificazione dell’atteso definitivo del volume di controlli previsto per l’esercizio in corso, si è proceduto a stimare il numero di cartelle cliniche da verificare utilizzando i dati di produzione attualmente disponibili (2° invio flussi-SDO dicembre 2025), giungendo ad una previsione indicativa come illustrato nella Tabella 5 di seguito riportata:

Tabella 5 – Stima del debito NOC – anno 2026

	Recupero produzione anno 2024	Produzione anno 2025	Volume totale controlli (13,5%)	Mirato congruenza		Autocontrollo congruenza (3,5%)		Autocontrollo qualità documentale (3%)	
				(3,5%)	(3,5%)	Campione Erogatore	Sub-campione NOC*	Campione Erogatore	Sub-campione NOC*
				Campione NOC Mirato produzione anno 2025	Campione NOC Mirato produzione anno 2026				
STRUTTURA 1	9	280	35	5	12	10	10	8	8
STRUTTURA 2	0	6.600	908	234	245	231	67	198	67
STRUTTURA 3	0	1.920	272	74	74	67	37	58	37
STRUTTURA 4	0	1.974	270	65	76	69	43	59	37
STRUTTURA 5	0	12.300	1.626	379	448	431	79	369	76
STRUTTURA 6	0	6.424	919	263	238	225	67	193	67
STRUTTURA 7	0	14.720	2.038	545	536	515	83	442	79
STRUTTURA 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
STRUTTURA 9	0	85	12	12	0	0	0	0	0
STRUTTURA 10	0	7.900	1.080	273	293	277	72	237	67
STRUTTURA 11	0	8.960	1.244	330	332	314	76	269	72
STRUTTURA 12	19	807	121	34	34	28	28	24	24
STRUTTURA 13	17	607	91	26	25	21	21	18	18
STRUTTURA 14	27	975	147	43	41	34	33	29	29
STRUTTURA 15	9	302	45	12	13	11	11	9	9
STRUTTURA 16	0	19.700	2.624	641	703	690	85	591	83
STRUTTURA 17	37	930	116	15	36	33	33	28	28
STRUTTURA 18	0	29.700	3.998	1007	1060	1040	87	891	87
STRUTTURA 19	68	1.910	260	63	74	67	37	57	37
TOTALE	186	116.094	15.806	4.020	4.240	4.063	869	3.480	825

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

A causa di lavori di ristrutturazione degli edifici di riferimento di due presidi ospedalieri del nostro territorio, l'attività di ricovero della Struttura 8, risulta sospesa già dall'inizio del 2025, mentre per la Struttura 9 l'attività è proseguita fino ad aprile 2025.

La programmazione dei controlli sull'attività di ricovero per l'anno di esercizio 2026, sintetizzata di seguito (Figura 1), 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 2026

EROGATORI	gen-26	feb-26	mar-26	apr-26	mag-26	giu-26	lug-26	ago-26	set-26	ott-26	nov-26	dic-26
STRUTTURA 1			MP25+R24							MP26 AC AQ		
STRUTTURA 2					MP25				MP26 AC AQ			
STRUTTURA 3							MP25 MP26 AC AQ					
STRUTTURA 4		MP25					MP26 AC AQ					
STRUTTURA 5					MP25						MP26 AC AQ	
STRUTTURA 6											MP25 MP26 AC AQ	
STRUTTURA 7					MP25						MP26 AC AQ	
STRUTTURA 8 GISSANO												
STRUTTURA 9 SEREGNO											MP25	
STRUTTURA 10				MP25					MP26 AC AQ			
STRUTTURA 11		MP25						MP26 AC AQ				
STRUTTURA 12		MP25+R24						MP26 AC AQ				
STRUTTURA 13		MP25+R24						MP26 AC AQ				
STRUTTURA 14		MP25+R24						MP26 AC AQ				
STRUTTURA 15			MP25+R24				MP26 AC AQ					
STRUTTURA 16			MP25							MP26 AC AQ		
STRUTTURA 17		MP25+R24							MP26 AC AQ			
STRUTTURA 18				MP25						MP26 AC AQ		
STRUTTURA 19			MP25+R24				MP26 AC AQ					

Legenda:	
R24	recupero controllo mirato di congruenza e appropriatezza generica produzione 2024
MP25	controllo mirato di congruenza e appropriatezza generica produzione 2025
MP26	controllo mirato di congruenza e appropriatezza generica produzione 2026
AC	autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica
AQ	autocontrollo di qualità documentale

Autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica e autocontrollo di qualità documentale

È stata programmata la verifica della quota del 3,5% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed 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 2026. Le Strutture hanno provveduto ad 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 di controllo sono stati sottoposti a verifica da parte del gruppo NOC per la formulazione di eventuali osservazioni con richieste di integrazioni o aggiornamenti.

È stata inoltre programmata la verifica della quota del 3% riferita alle attività di autocontrollo sulla qualità documentale della documentazione clinica, 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 2026.

Per tale tipologia di controllo, si richiama particolare attenzione alla revisione della DGR n. 621/2010 (cfr. § 16.3.2 - Appendice 11 della DGR XII/5589 del 30/12/2025): nell'ambito della verifica di concordanza condotta da ATS, relativa al controllo della qualità documentale delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi dal 1° gennaio 2026, l'assenza anche di uno solo elemento documentale previsto per la corretta tenuta della cartella clinica costituirà condizione di non rimborsabilità, totale o parziale, del ricovero ospedaliero.

Controlli mirati di congruenza ed appropriatezza generica

Per l'esercizio 2026, la selezione delle cartelle cliniche tiene conto delle disposizioni 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 ed appropriatezza generica per l'anno corrente riguardano cartelle cliniche relative agli anni di produzione 2025 e 2026, in ottemperanza ai volumi di controllo stabiliti a livello ministeriale e regionale.

Si specifica inoltre che, in seguito alla sospensione disposta dalla DG Welfare delle attività di autocontrollo per le strutture di riabilitazione riferite all'anno di produzione 2024, sarà necessario recuperare le quote percentuali di controllo mancanti per tali strutture, al fine di soddisfare le prescrizioni ministeriali.

Le modalità di verifica delle cartelle cliniche rimangono quelle consolidate e applicate da questa ATS.

Infine si precisa che, relativamente alla numerosità dei campioni, il gruppo NOC di questa ATS 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

Approfondimenti tematici

Si specificano di seguito alcuni ambiti di particolare interesse sui quali il NOC intende fornire indicazioni e chiarimenti, al fine di garantire la corretta rappresentazione delle prestazioni sanitarie erogate e favorire un'uniforme aderenza alla normativa regionale e nazionale.

In riferimento alla revisione della DGR n. 621/2010 (cfr. § 16.3.2 - Appendice 11 della DGR XII/5589 del 30/12/2025), affinché la cartella clinica assolva correttamente le proprie funzioni, si richiamano le componenti essenziali aggiornate e di nuova introduzione con particolare attenzione ai requisiti dirimenti e alle relative riduzioni tariffarie (abbattimenti) applicabili in caso di non rispetto degli stessi, indispensabili alla compilazione e all'archiviazione completa e corretta delle cartelle cliniche.

1) Elementi oggetto di aggiornamento:

- Inquadramento clinico del pz all'ingresso
- Diario clinico
- SDO definitiva
- Verbale operatorio
- Lettera di dimissione
- Consenso informato
- Ricoveri riabilitativi (PRI, pri)

2) Elementi di nuova introduzione:

- Foglio unico di terapia (FUT)
- Check list per la sicurezza in sala operatoria

Con riferimento alle prestazioni di ricovero afferenti alle UU.OO. di Riabilitazione, in continuità con quanto comunicato per l'anno 2025, si ribadisce che l'attività di autocontrollo deve essere effettuata sulle informazioni inserite nella SDO-D, la quale determina il DRG e il relativo rimborso. Resta fermo l'obbligo di compilazione della SDO-R, introdotta dal Ministero della Salute con il DM n. 165/2023, la cui completezza e qualità dei dati costituiscono obblighi informativi statistici essenziali per la garanzia dei LEA e per garantire il monitoraggio periodico del flusso da parte della DG Welfare.

1.3.4. Controllo prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

La DGR n. XII/5589 del 30/12/2025 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2026”, non riporta una percentuale specifica riferita ai controlli NOC ambulatoriali pertanto si procederà, in continuità con l’attività svolta negli esercizi precedenti, allo svolgimento dell’attività dal 1° gennaio 2026 al 31 dicembre 2026 per almeno il 3,5% della produzione ambulatoriale 2025.

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.

Qualora confermato da successive indicazioni si procederà ad integrare quale criterio di controllo i “flag percorso interno di cura” 1 e 3 (DGR n. XII/3720/2024).

Analisi produzione ambulatoriale 2025

È stata effettuata l’analisi generale della produzione di tutte le strutture erogatrici del territorio di ATS Brianza che rileva, rispetto al 2024, un calo generalizzato di produzione delle prestazioni ambulatoriali su tutto il territorio dell’ATS Brianza.

Di seguito si riporta l’analisi sulla variazione percentuale 2024 – 2025 della produzione di prestazioni ambulatoriali nei diversi distretti del territorio di ATS Brianza.

Tabella 1 – variazione numero prestazioni erogate 2024 – 2025 per distretto

Provincia	Distretto	Percentuali						
		(primi accessi, controlli, prevenzione individuale)						
		Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Terapia	Visite	Non classificate*	Totali
Lecco	Bellano	-17%	13%	-63%	30%	-4%	-	-25%
	Lecco	-33%	-8%	-45%	21%	-6%	418%	-10%
	Merate	-30%	-5%	-48%	-8%	-9%	189%	-11%
	Totale	-30%	-6%	-48%	-5%	-8%	209%	-11%
Monza e Brianza	Carate Brianza	-43%	-5%	-59%	-16%	-8%	498%	-7%
	Desio	-36%	-9%	-58%	-14%	-18%	413%	-18%
	Monza	-38%	-9%	-57%	-2%	-10%	151%	-15%
	Seregno	-37%	-6%	-75%	-11%	-28%	21074%	-17%
	Vimercate	-27%	-8%	-53%	-17%	-10%	497%	-10%
	Totale	-37%	-7%	-58%	-10%	-12%	363%	-11%
ATS Brianza	-35%	-7%	-55%	-8%	-11%	307%	-11%	

*prestazioni non classificate secondo FaRe nuovi codici del Nuovo Nomenclatore Tariffario non presenti nel 2024

In riferimento agli ambiti di Laboratorio e Terapia della provincia di Lecco si rileva che gli incrementi di produzione dei due distretti come sopra rappresentati, non impattano sulla produttività della provincia stessa.

Si conferma, infine, il trend decrescente della Riabilitazione anche per l’anno 2025.

Di seguito il confronto della produzione delle prestazioni classificate secondo classificazione Fa-Re. Si registra anche in questa rappresentazione un calo complessivo della produzione in termini di volumi prodotti e di valori delle prestazioni, pur tenendo conto, per le singole tipologie di prestazioni, dei limiti della classificazione FaRe che non include i nuovi codici introdotti dal nuovo nomenclatore tariffario, raccolti genericamente nella tipologia “Non classificate”.

Tabella 2 – produzione prestazioni ambulatoriali ATS Brianza 2024-2025 – classificazione Fa-Re

Tipologia prestazione		Volumi		Valori		Percentuali	
		2024	2025	2024	2025	Volumi	Valori
Diagnostica	Altra diagnostica	109.905	66.185	1.846.269	1.641.937	-40%	-11%
	Altra diagnostica senza radiazioni	349.003	287.399	10.157.439	8.141.040	-18%	-20%
	Biopsia	13.318	9.509	1.300.692	873.933	-29%	-33%
	Diagnostica vascolare	42	24	13.128	6.024	-43%	-54%
	Ecocolordoppler	149.902	122.466	7.957.842	6.699.918	-18%	-16%
	Ecografia	261.281	249.780	12.279.236	12.018.056	-4%	-2%
	Elettromiografia	130.251	16.794	1.374.170	175.660	-87%	-87%
	Endoscopia	37.263	16.585	2.995.247	1.489.168	-55%	-50%
	Medicina nucleare	9.893	4.050	7.583.157	1.862.057	-59%	-75%
	Radiologia tradiz. RX	428.557	208.909	11.296.732	5.854.959	-51%	-48%
	Risonanza magnetica	111.778	45.635	22.816.087	11.380.650	-59%	-50%
	Tac	121.677	100.650	18.452.785	15.656.967	-17%	-15%
Totali	1.722.870	1.127.986	98.072.784	65.800.369	-35%	-33%	
Laboratorio	Anatomia/istologia patologica	69.207	38.698	1.900.589	1.144.060	-44%	-40%
	Chimica clinica	9.998.976	9.496.662	47.161.738	41.325.667	-5%	-12%
	Ematologia	1.231.897	1.170.380	4.591.160	4.178.293	-5%	-9%
	Genetica/citogenetica	48.289	10.842	1.965.860	734.428	-78%	-63%
	Immunoematologia/trasfusionale	8.437	33.794	109.653	354.266	301%	223%
	Microbiologia/virologia	518.847	278.672	7.184.402	4.677.210	-46%	-35%
	Prelievi	1.217.257	1.194.638	3.536.777	4.443.666	-2%	26%
Totali	13.092.910	12.223.686	66.450.180	56.857.589	-7%	-14%	
Riabilitazione	Altro	36.324	9.163	524.138	287.313	-75%	-45%
	Diagnostiche	25.683	16.170	444.358	319.386	-37%	-28%
	Rieducazione Funz.le	321.303	230.081	12.224.392	11.664.804	-28%	-5%
	Terapie fisiche	377.349	85.872	1.212.453	419.411	-77%	-65%
	Totali	760.659	341.286	14.405.342	12.690.914	-55%	-12%
Terapia	Altre prestazioni terapeutiche	326.674	315.716	12.732.549	8.887.733	-3%	-30%
	Chemioterapia	69.274	68.960	10.619.528	10.091.581	-0,5%	-5%
	Chirurgia ambulatoriale - maggiore	13.550	6.208	14.786.003	7.039.123	-54%	-52%
	Chirurgia ambulatoriale - minore	42.936	29.759	5.355.108	4.012.785	-31%	-25%
	Dialisi	178.040	145.107	23.005.514	21.260.063	-18%	-8%
	Odontoiatria	46.694	43.580	915.589	891.141	-7%	-3%
	Radioterapia	22.453	35.335	5.805.122	3.740.535	57%	-36%
	Trasfusioni	4.879	4.374	348.546	201.504	-10%	-42%
Totali	704.500	649.039	73.567.960	56.124.464	-8%	-24%	
Visite	Prima visita	508.586	422.458	11.104.729	10.925.808	-17%	-2%
	Visita di controllo	612.538	579.993	10.964.430	10.564.247	-5%	-4%
	Totali	1.121.124	1.002.451	22.069.159	21.490.054	-11%	-3%
Non classificate*	Non classificate	60.885	247.860	15.943.775	17.152.178	307%	8%
	Totali	60.885	247.860	15.943.775	17.152.178	307%	8%
Totale complessivo		17.462.948	15.592.308	290.509.200	230.115.568	-11%	-21%

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 simili per tipologia di Struttura (pubblica/privata) ma marcatamente diversi per branca di riferimento. In particolare si evidenzia il decremento della produzione di prestazioni appartenenti alle branche di Chirurgia Generale, Gastroenterologia, Ginecologia e Urologia. Il calo generalizzato della produzione di BIC sembra essere ascrivibile all'introduzione del Nuovo Tariffario Regionale.

Tabella 3 – Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa e assistenziale 2024-2025 per struttura erogatrice

ENTE	Chirurgia ambulatoriale a bassa complessità					
	Volumi			Valori		
	2024	2025	%	2024	2025	%
ASST Brianza	3.766	3.491	-7%	3.838.853	3.408.142	-11%
ASST Lecco	2.234	2.141	-4%	2.304.807	2.165.056	-6%
IRCCS San Gerardo	4.011	3.305	-18%	3.990.820	3.191.617	-20%
Strutture pubbliche	10.011	8.937	-11%	10.134.480	8.764.815	-14%
Casa di Cura G.B. Mangioni Hospital	626	523	-16%	871.071	659.591	-24%
Casa di Cura Lecco "Beato Luigi Talamoni"	981	1.024	4%	1.189.072	1.172.907	-1%
Istituti Clinici Zucchi	2.343	2.382	2%	2.599.125	2.584.177	-1%
Odontoiatrico Seregno	-	12	-	-	5.400	-
Policlinico di Monza	887	439	-51%	1.111.321	563.055	-49%
Strutture private	4.837	4.380	-9%	5.770.588	4.985.129	-14%
Totali	14.848	13.317	-10%	15.905.069	13.749.944	-14%

Tabella 4 - Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa e assistenziale 2024 - 2025 per branca specialistica – volumi.

Branca principale chirurgia ambulatoriale a bassa complessità	Strutture pubbliche			Strutture private			Erogatori ATS Brianza		
	2024	2025	%	2024	2025	%	2024	2025	%
CHIRURGIA GENERALE	138	144	4%	288	155	-46%	426	299	-30%
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	2	3	50%	-	-	-	2	3	50%
CHIRURGIA PLASTICA	177	140	-21%	1	1	0%	178	141	-21%
CHIRURGIA VASCOLARE	336	212	-37%	408	451	11%	744	663	-11%
NEUROCHIRURGIA	323	328	2%	11	15	36%	334	343	3%
OCULISTICA	6.719	6.392	-5%	2.049	2.168	6%	8.768	8.560	-2%
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	46	13	-72%	-	19	-	46	32	-30%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.503	1.247	-17%	1.694	1.383	-18%	3.197	2.630	-18%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	314	144	-54%	94	93	-1%	408	237	-42%
UROLOGIA	327	291	-11%	158	80	-49%	485	371	-24%
GASTROENTEROLOGIA	126	23	-82%	133	15	-89%	259	38	-85%
Totali	10.011	8.937	-11%	4.836	4.380	-9%	14.847	13.317	-10%

Visite

Si rileva un calo generalizzato della produzione di visite specialistiche:

- 1) Prime visite:
 - - 22% strutture pubbliche;
 - - 7% strutture private

2) Visite di controllo:

- - 4% strutture pubbliche (ASST Lecco +2%);
- - 12% strutture private.

Si riscontra un calo significativo della produzione in ambito psichiatrico.

Si rilevano inoltre cali per gli ambiti oculistico, pneumologico e odontoiatrico mentre risultano in ripresa le prime visite cardiologiche, gastroenterologiche e neurochirurgiche e le visite di controllo dermatologiche, gastroenterologiche, nefrologiche e ginecologiche.

Tabella 5 – Visite 2024-2025 per struttura

Ente	Volumi 2024			Volumi 2025			Percentuali		
	Prima visita	Visita di controllo	Totali	Prima visita	Visita di controllo	Totali	Prima visita	Visita di controllo	Totali
ASST Brianza	137.840	174.856	312.696	104.841	162.595	267.436	-24%	-7%	-14%
ASST Lecco	105.984	156.067	262.051	83.682	158.618	242.300	-21%	2%	-8%
IRCCS San Gerardo	99.528	154.377	253.905	80.248	145.977	226.225	-19%	-5%	-11%
Policlinico di Monza	32.273	53.113	85.386	27.028	49.508	76.536	-16%	-7%	-10%
Istituti Clinici Zucchi	31.489	34.459	65.948	31.326	33.567	64.893	-1%	-3%	-2%
Istituto Auxologico	6.161	9.080	15.241	5.684	7.400	13.084	-8%	-19%	-14%
Casa di Cura G.B. Mangioni Hospital	9.370	4.011	13.381	7.808	3.856	11.664	-17%	-4%	-13%
Casa di Cura Lecco "Beato Luigi Talamoni"	7.894	5.323	13.217	6.664	4.275	10.939	-16%	-20%	-17%
Multimedica - Villa Bianca	6.085	3.509	9.594	5.647	3.498	9.145	-7%	-0,3%	-5%
IRCCS Medea	4.894	6.291	11.185	4.113	2.557	6.670	-16%	-59%	-40%
Altre strutture	67.068	11.452	78.520	65.417	8.142	73.559	-2%	-29%	-6%
Totali	508.586	612.538	1.121.124	422.458	579.993	1.002.451	-17%	-5%	-11%

Tabella 6 – Visite 2024-2025 per branca

Branca	%					
	Pubblico	Privato	Totali	Pubblico	Privato	Totali
	Prime Visite			Visite di Controllo		
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	-100%	-	-100%	-100%	-	-100%
CARDIOLOGIA	-1%	2%	0%	-3%	-4%	-4%
CHIRURGIA GENERALE	-3%	-13%	-7%	5%	1%	2%
CHIRURGIA PLASTICA	-15%	0%	-10%	17%	-27%	12%
CHIRURGIA VASCOLARE	-11%	2%	-7%	-1%	-20%	-7%
DERMATOLOGIA, DERMOSIFILOPATIA	-10%	27%	-6%	10%	2%	9%
MEDICINA NUCLEARE	-13%	-	-13%	9%	-	9%
ENDOCRINOLOGIA	-7%	12%	-0,2%	-16%	-0,3%	-10%
GASTROENTEROLOGIA	5%	56%	18%	7%	-2%	7%
RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	-6%	-1%	-3%	-48%	-76%	-59%
NEFROLOGIA	-76%	-85%	-78%	58%	522%	77%
NEUROCHIRURGIA	-4%	34%	3%	-69%	-85%	-76%
NEUROLOGIA	-3%	-21%	-7%	-46%	-56%	-48%
OCULISTICA	-13%	-9%	-12%	-66%	-64%	-66%
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	-12%	-18%	-14%	-14%	32%	-7%
ONCOLOGIA	-2%	-5%	-3%	-7%	-10%	-7%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4%	-7%	-2%	0%	2%	0%
OSTETRICA E GINECOLOGIA	-8%	-8%	-8%	6%	0%	5%
OTORINOLARINGOIATRIA, AUDIOLOGIA	3%	-11%	-1%	-4%	-29%	-11%
PNEUMOLOGIA	-11%	-20%	-12%	-5%	3%	-4%
PSICHIATRIA	-62%	-15%	-55%	-62%	19%	-43%
RADIOTERAPIA	3%	51%	9%	-76%	-77%	-77%
UROLOGIA	6%	-14%	-0,03%	-2%	-0,1%	-1%
ALTRE PRESTAZIONI	-52%	-8%	-40%	8%	-31%	7%
Totali	-22%	-7%	-17%	-4%	-12%	-5%

Criteri di campionamento e pianificazione attività di controllo

Nel corso dell'anno 2026 ATS Brianza implementerà un applicativo dedicato ai controlli ambulatoriali (Quadrifoglio Next – Delibera n. 38 del 28.01.2026) pertanto i criteri e l'attività di controllo potranno subire variazioni sia nelle modalità che nelle tempistiche. Tale iniziativa si è resa necessaria a seguito di variazioni di personale che hanno impattato notevolmente sull'attività del servizio.

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.

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 all'Istruzione Operativa ID 02954 rev.5 "Manuale dei controlli ambulatoriali" che verranno revisionate alla luce dell'implementazione dell'applicativo.

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 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 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.

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".

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

Sarà verificata l'eventuale rendicontazione multipla anche in regime di ricovero, l'appropriatezza del setting di erogazione e la correttezza della prescrizione. Sarà inoltre analizzato il percorso dell'assistito preintervento, al fine di chiarire l'iter diagnostico anche in termini di accesso alle prestazioni e di tempi di attesa, e postintervento, al fine di verificare l'effettiva presa in carico. Questo controllo avverrà in modalità mista prevedendo sia controlli statistico formali che eventuali controlli sul campo.

Cronoprogramma attività di controllo sulle prestazioni ambulatoriali

Non è al momento ipotizzabile definire un cronoprogramma di attività in quanto l'attività NOC ambulatoriale potrà subire variazioni e modifiche subordinate all'implementazione di un nuovo applicativo dedicato, attualmente non ancora disponibile agli operatori.

Viste le tempistiche di implementazione del nuovo applicativo e la necessità di formare gli operatori all'utilizzo dello stesso, l'attività potrà essere programmata e completata nel secondo semestre 2026.

Si prospetta di effettuare un controllo su almeno due strutture pubbliche e due case di cura private accreditate a contratto.

2. AREA SOCIO SANITARIA

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 1 – Offerta UdO Sociosanitarie per setting e utenza

	RESIDENZIALI	SEMI - RESIDENZIALI	AMBULATORIALI	DOMICILIARI
ANZIANI	- RSA (Residenza Sanitario Assistenziale) - Residenzialità Assistita (Misura) - Residenzialità 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 ambulatoriale	RIA domiciliare
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

Le suddette tipologie di Unità d’Offerta, distribuite in base al Distretto, inteso ai sensi della L.R. n. 22/2021, presenti al 01/01/2026 sono dettagliate in tabella n. 2 Per ogni Unità d’Offerta è stata rappresentata anche la numerosità per tipologia di posti/posti letto solo autorizzati, accreditati o contrattualizzati.

Tabella 2 – Rete UdO sociosanitarie al 01/01/2026

	TIPOLOGIA UDO	DISTRETTI								Totale ATS
		BELLANO	CARATE BRIANZA	DESIO	LECCO	MERATE	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	
RSA	N. UdO	8	8	8	10	7	11	10	10	72
	Posti Letto Autorizzati	347	761	864	1095	761	1113	915	806	6662
	Posti Letto Accreditati	322	664	864	1042	751	1113	831	741	6328
	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
	Posti Letto a Contratto	15				40				55
RSD	N. UdO	3		2		2	1	1	1	10
	Posti Letto Autorizzati	113		84		72	60	65	52	446
	Posti Letto Accreditati	113		84		72	60	65	52	446
	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	N. UdO	3	1	3	5	3	2	2	2	21
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

	TIPOLOGIA UDO	DISTRETTI								Totale ATS
		BELLANO	CARATE BRIANZA	DESIO	LECCO	MERATE	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	
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
	Posti Letto a Contratto				40			36		76
C-DOM	N. UdO	1	2	1	2	3	9	5	4	27
C-DOM LIMITROFI (sede operativa fuori ATS con Distretto ATS accreditato)	N. UdO									13
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			1	2	1	1	6
UCP-DOM Limitrofe (Accreditate Fuori ATS con Contratto in ATS Brianza)	N. UdO									8
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	83
	Posti Letto a Contratto				20	15	22	3	17	83
MISURA RESIDENZIALITA' ASSISTITA	N. UdO	1			6	1	2		1	11
	Posti Letto a Contratto	24			84	9	57		17	193
VILLAGGIO ALZHEIMER	N. UdO						1			1
	Posti Letto Autorizzati						64			64
	Posti Letto a Contratto						64			64

TIPOLOGIA UDO	DISTRETTI									Totale ATS
	BELLANO	CARATE BRIANZA	DESIO	LECCO	MERATE	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE		
OSPEDALI DI COMUNITA'	1		1	1				1		4
Posti Letto Autorizzati	20		40	20				6		86
Posti Letto Accreditati	10		40	20				6		76
Posti Letto a Contratto	10		40	20				6		76
N. UDO totale	30	26	32	50	33	55	38	42		306*

* 306 UdO autorizzate/accreditate su ATS Brianza + 13 C-DOM con sede operativa sita fuori ATS ma con almeno 1 distretto di ATS Brianza accreditato + 8 UCP-DOM Accreditate fuori ATS con contratto in ATS Brianza (tot. 327).

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

Tabella 3 – Posti letto in Nucleo Alzheimer e SV

TIPOLOGIA UdO	N. UdO con utenza atipica	PL ALZHEIMER	PL Stati Vegetativi
RSA	22	561	0
BELLANO	1	10	0
CARATE BRIANZA	3	55	0
DESIO	4	105	0
LECCO	3	107	0
MERATE	2	87	0
MONZA	3	75	0
SEREGNO	3	57	0
VIMERCATE	3	65	0
RSD	10	0	30
MONZA	1	0	30

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 4 – 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 5 – Offerta domiciliare

TIPOLOGIA UdO	DISTRETTI							
	CARATE BRIANZA	DESIO	SEREGNO	VIMERCATE	MONZA	BELLANO	LECCO	MERATE
C-DOM	22	21	21	22	21	7	9	10
C-DOM con sede fuori dal territorio dell'ATS Brianza	1	7	5	5	4			
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 Ambulatoriale sede principale	1		1	1	1	2	2	
RIA Ambulatoriale sedi secondarie			1	1		2		
RIA Ciclo Diurno Continuo (CDC)							2	
TOTALE	31	39	38	38	38	15	18	13

Di seguito la specifica dell'offerta territoriale di Servizi per le dipendenze.

Tabella 6 – Tipologie servizi per le dipendenze

TIPOLOGIA di MODULO	DISTRETTI					Tot. Posti per tipologia
	DESIO	BELLANO	LECCO	MERATE	CARATE BRIANZA	
P.I. Accr. e a Contr. Servizio di Accoglienza			4			4
P.I. Accr. e a Contr. Servizio Terapeutico Riabilitativo		24	22		44	90
P.I. Accr. e a Contr. Servizio Pedagogico Riabilitativo			20*			20
P.I. Accr. e a Contr. Servizio Specialistico Per Coppie, Soggetti Con Figli, Nuclei Familiari					4	4
P.I. Accr. e a Contr. Trattamento Specialistico per Alcol e Poli Dipendenti	29				10	39
P.I. Accr. e a Contr. Servizio di Trattamento Specialistico per pz in Comorbilità Psichiatrica RESIDENZIALE			14**	15		29
Posti Accr. e a Contr. Servizio di Trattamento Specialistico per pz in Comorbilità Psichiatrica SEMI-RESIDENZIALE			4			4
TOTALE	29	24	64	15	58	

* di cui n. 2 p.l. NON a contratto

**di cui n. 6 p.l. NON a contratto

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

Tabella 7 – 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 (SC ACSO) è dotata di n. 1 Dirigente amministrativo e n. 4 Assistenti Amministrativi.

La SS Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie (SS VISS) 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. 2 assistenti sociali;
- N. 2 assistenti sanitari;
- N. 1 collaboratore amministrativo.

Le équipe della SS Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie 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, di norma, dei procedimenti legati sia ai controlli di appropriatezza che di vigilanza sul mantenimento dei requisiti organizzativo-gestionali.

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

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".

2.3. Programmazione 2026

2.3.1. Autorizzazione e accreditamento strutture sociosanitarie

Come disposto da DGR n. XII/5589 del 30/12/2005 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) anno 2026 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e l’assessore Lucchini) verrà garantita la verifica del possesso dei requisiti di esercizio ed accreditamento sul 100% delle istanze di accreditamento, delle SCIA e delle SCIA con contestuale accreditamento, che verranno inviate in corso d’anno, e saranno processate ai sensi DGR n. 2569/2014 e DGR n. 6788/2022 e smi.

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.

Adempimenti ai sensi della DGR n. XII/5696 del 2 febbraio 2026

Regione Lombardia, con DGR n. XII/5696 del 2 febbraio 2026, ha avviato un complessivo riordino del sistema dei servizi per le dipendenze, in attuazione della L.R. n. 23/2020. Il riordino coinvolge l’intera rete dei Servizi ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali, con l’obiettivo di superare la frammentazione storica dell’offerta, assicurare livelli uniformi di qualità e intensità assistenziale, migliorare l’accessibilità dei servizi sul territorio e garantirne la piena conformità ai nuovi criteri organizzativi regionali.

Come previsto dalla sopra citata DGR, nel corso del 2026 verrà gestito l’iter di riclassificazione per tutte le unità di offerta Ser.D e SMI accreditate, che si articola in tre fasi principali:

- Presentazione istanze da parte dei gestori di Servizi ambulatoriali dell’Area dipendenze, entro il 31 maggio 2026, con dichiarazione di impegno di adeguarsi ai nuovi requisiti organizzativo gestionali dal 01/01/2027;
- Avvio del procedimento di riclassificazione da parte di ATS: conclusione iter istruttorio entro il 30 settembre 2026, con invio in Regione Lombardia del provvedimento di parere relativo alla riclassificazione con precisato il nuovo assetto in SDIP;
- Entrata in vigore del nuovo assetto a partire dal 1° gennaio 2027, con aggiornamento registro regionale, chiusura dei vecchi codici e adozione dei nuovi CUDES.

Per quanto riguarda le strutture residenziali e semiresidenziali per le Dipendenze, nel corso del primo trimestre 2026 verrà effettuata una ricognizione delle UdO accreditate e a contratto, in merito alla potenziale riclassificazione in base ai livelli di intensità assistenziale e/o terapeutico-riabilitativa (alta, media e bassa intensità). Dopo tale ricognizione si attenderanno indicazioni da parte di Regione Lombardia sulle ulteriori azioni da mettere in atto.

2.3.2. Vigilanza strutture sociosanitarie e Controlli di appropriatezza

In attuazione di quanto previsto dalla DGR n. 5589/2025, verrà garantita la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento e il controllo di appropriatezza, a completamento del triennio 2024/2026.

Per le misure saranno garantite le verifiche di vigilanza e appropriatezza su almeno il 33% per ciascuna tipologia.

Per la SS Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie, la programmazione prevede, in via ordinaria, l'effettuazione dei controlli di appropriatezza in fase antecedente ai sopralluoghi di vigilanza. Ciò al fine di consentire, oltre alla verifica della completezza della documentazione sociosanitaria (FaSAS), anche la valutazione della presenza e dell'effettiva applicazione di procedure e protocolli assistenziali, nonché del livello di conoscenza degli stessi da parte degli operatori, con conseguente evidenza degli esiti delle scelte organizzative e formative sulla presa in carico degli ospiti.

Tale modalità non potrà tuttavia essere sempre garantita, in ragione della necessità di programmare sopralluoghi congiunti con la SSD Verifica Requisiti Strutturali Tecnologici delle Strutture Erogatrici, da svolgersi contestualmente ovvero entro un intervallo temporale contenuto, al fine di assicurare la verifica unitaria dei requisiti organizzativo-gestionali e strutturali-tecnologici nell'ambito del medesimo procedimento.

In riferimento alla DGR n. 5665/2026, un'équipe dedicata della SS VISS, che sta seguendo tutti gli incontri propedeutici alle azioni di competenza promossi da Regione e che effettuerà le relative formazioni necessarie, garantirà quanto dovuto per accompagnare i gestori all'attuazione corretta della nuova modalità di presa in carico.

La distribuzione dei controlli nell'annualità, per tipologia di unità d'offerta, prevede di accorpate ogni trimestre tendenzialmente UdO afferenti alla stessa area:

- primo e secondo trimestre: area anziani (RSA – CDI- Misure e domiciliari), RSD, area tossicodipendenze;
- terzo trimestre: area anziani (RSA – Misure e domiciliari), area disabili (CDD e CSS);
- quarto trimestre: riabilitazione, consultori, Cure Palliative oltre a terminare le RSA.

Visto l'aggiornamento della DGR n. 1765/2014 con le vigenti Regole di Sistema che hanno declinato gli indicatori specifici degli Ospedali di Comunità, applicabili per le prese in carico dal 01/01/2026, si ritiene di calendarizzare i controlli sugli OdC campionati dal secondo semestre in avanti, previo incontro di confronto e presentazione degli stessi ai gestori, nell'ottica di facilitarne l'avvio dell'applicazione in tutti i FASAS.

In considerazione delle deroghe allo standard introdotte dalla DGR 5589/2026 All. 1 par. 8.3.2 di cui potranno usufruire gli enti gestori con difficoltà a reperire personale in possesso dei titoli professionali, i sopralluoghi per le verifiche sui requisiti organizzativo gestionali sono stati posticipati in attesa della ricezione delle nuove check list fornite da DGW, calendarizzando prioritariamente nel primo bimestre controlli di appropriatezza.

In vista delle azioni richieste ad ATS e alle RSD in attuazione della DGR n. 5665/2026 per l'avvio di ICA2RSD e alle strutture per le tossicodipendenze in attuazione della DGR n. 5696/2026, il cronoprogramma delle attività della SS Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie prevede di completare i controlli sulle RSD e sui servizi ambulatoriali e residenziali per le dipendenze campionate entro il primo semestre, per agevolare gli enti gestori alle azioni necessarie all'attuazione delle suddette normative.

Dal secondo semestre 2026 in avanti saranno assicurati inoltre gli ulteriori controlli di appropriatezza di competenza in attuazione a quanto previsto da DGR n. 5665/2026, accompagnando le RSD nella corretta applicazione dell'ICA2RSD.

La calendarizzazione dei sopralluoghi prevede, di norma, la concentrazione delle attività su tre giorni alla settimana, con esclusione, ove possibile, delle giornate di lunedì e venerdì, destinate allo svolgimento delle attività amministrative. In ciascuna giornata è prevista la presenza di almeno due équipes impegnate contemporaneamente su unità d'offerta della medesima tipologia.

Ove possibile, è inoltre previsto che almeno un componente dell'équipe completi le verifiche anche sulle ulteriori unità d'offerta afferenti al medesimo ente gestore, al fine di garantire coerenza e uniformità nella valutazione complessiva.

In considerazione degli impatti sulla viabilità e sulla logistica del territorio lecchese connessi allo svolgimento dei Giochi Olimpici e Paralimpici, la programmazione dei sopralluoghi per il primo semestre ha privilegiato strutture ubicate nella provincia di Monza e nell'area dell'Alta Brianza, escludendo, in tale fase, i distretti di Lecco e Bellano.

Tenuto conto dell'indicazione di completare entro il triennio 2024–2026 la verifica di tutte le unità d'offerta presenti sul territorio, tale obiettivo costituisce il criterio prioritario per l'individuazione delle strutture da sottoporre a controllo nel corso del 2026.

Tutte le verifiche per mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento saranno effettuate con sopralluoghi effettuati senza preavviso, come previsto da DGR n. 2569/2014.

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.

Al fine di contenere i tempi di permanenza presso le unità d'offerta, potrà essere richiesto alle strutture l'invio preventivo di specifica documentazione, da sottoporre a valutazione presso la sede ATS, rinviando a eventuali successivi approfondimenti con il gestore i rilievi emersi in fase istruttoria. In particolare, potrà essere richiesta la trasmissione della Carta dei Servizi, del contratto di ingresso e della documentazione utile al calcolo dello standard assistenziale riferito a una settimana campione.

Conseguentemente, per tutte le unità d'offerta sottoposte a vigilanza, si prevede di adottare una metodologia di controllo di tipo misto.

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

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 n. 1046/2018 e DGR n. 3383/2014.

Di seguito i volumi di Unità d’offerta campionate per la verifica del mantenimento dei requisiti e i controlli di appropriatezza per l’anno 2026:

Tabella 1 – Sopralluoghi previsti per la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento organizzativo gestionali

Tipologia UdO	Tot. UdO	N. SOPRALLUOGHI previsti anno 2026
RSA	72	25
RSD	10	2
CSS	16	6
DIP-COM	10	3
DIP-BIA	4	2
CURE INT/POST ACUTI	5	1
HOSPICE	6	2
SRM	2	1
VILLAGGIO ALZHEIMER	1	1
MISURA RESIDENZIALITÀ ASSISTITA	11	4
MISURA RESIDENZIALITÀ ASSISTITA RELIGIOSI	7	2
OSPEDALI DI COMUNITÀ	4	2
CDD	32	10
CDI	31	10
DIP-AMB	12	3
RIA AMB DOM CDC	8	2
CONS-FAM	21	7
UCP-DOM	6	2
C-DOM	27	9
MISURA RSA APERTA	20	7
UO-CP	3	1
	304	103

Il controllo di appropriatezza ai sensi della DGR n. 1765/2014 e smi verrà effettuato sulle seguenti percentuali minime di FASAS: 10% per le UdO in residenziali e semiresidenziali e 2,5% per le UdO ambulatoriali e domiciliare, assicurando comunque sempre un numero minimo di 3 FASAS e massimo di 30 FASAS.

Viste le indicazioni regionali relative ai controlli di appropriatezza sulle C-Dom, si prevede di effettuare sia il controllo ex post che quello in itinere su n. 1 unità d’offerta accreditata sul territorio di ATS Brianza.

In particolare verrà garantito il controllo in itinere su n. 3 FASAS ricomprendendolo nel 2.5% di FASAS previsti dalla produzione 2025, su una delle unità d’offerta con il campione più numeroso.

Tutti i controlli su unità d’offerta domiciliari ex post potranno essere svolti presso la sede operativa accreditata in ATS Brianza o con convocazione presso la sede istituzionale ATS; quest’ultima modalità sarà adottata per il controllo su UdO con sede operativa accreditata fuori ATS.

I controlli di appropriatezza sulle altre tipologie di unità d’offerta, comprese le misure residenziali, verranno effettuati presso la sede della UdO, con preavviso al gestore entro il giorno lavorativo precedente il sopralluogo come previsto dalle indicazioni regionali, a meno di segnalazioni.

Per tutti i controlli di appropriatezza vengono utilizzate le check list regionali, nell’ultima versione resa disponibile da DGW.

Per le verifiche sulla Sperimentazione Villaggio Alzheimer sono stati predisposti specifici strumenti di controllo contestualizzati alle caratteristiche della sperimentazione.

A seguito di revisione degli indicatori specifici degli Ospedali di Comunità di cui all'Appendice 1 della DGR n. 5589/2025, che integra l'allegato 2 della DGR n. 1765/2014, per i controlli di appropriatezza verranno utilizzate le nuove check-list regionali trasmesse dalla DGW, applicate ai soli utenti presi in carico dal 01/01/2026 in avanti.

Di seguito il totale di FASAS su cui è previsto il controllo di appropriatezza:

Tabella 2 – Campione controlli di appropriatezza

Tipo UdO	N. UdO campionate	Totale FASAS previsti anno 2026
RSA	25	292
RSD	2	12
CSS	6	18
DIP COM	3	13
DIP BIA	2	6
POST ACUTI/CURE INT	1	14
SRM	1	4
HOSPICE	2	44
VILLAGGIO ALZHEIMER	1	8
RES. ASSISTITA	4	12
RES. ASSISTITA RELIGIOSI	2	6
OdC	2	8
CDD	10	30
CDI	10	48
RIA CDC	1	3
RIA AMB-DOM	2	39
DIP AMB (SERT/NOA/SMI)	3	34
CONSULTORI	7	110
UCP-Dom + UCP-Dom Accreditata fuori ATS	2 + 5	28
C-Dom + C-Dom con sede operativa accreditata fuori ATS	9 + 4	123
RSA APERTA	7	22
		875

Si specifica che, per quanto riguarda le UCP-Dom con sede fuori ATS, vengono campionate UdO con anche minima produzione, prevenendo il controllo di 3 FASAS calendarizzato nell'ultimo trimestre del 2026 se nel frattempo il gestore avrà assicurato la suddetta minima presa in carico. Si segnala che anche per la presente annualità, non è stato possibile inserire nel campione alcune UCP-Dom accreditate fuori ATS per l'assenza completa di produzione rendicontata nel flusso CP.

In assenza di indicazioni e strumenti regionali specifici per i controlli di appropriatezza sui setting DH, MAC e Amb delle UO-CP non si prevede il controllo di appropriatezza, se non ricomprendendone la produzione dei setting residenziale e domiciliare specifici (rispettivamente FASAS di Hospice e di UCP-Dom).

Nel campionamento dei fascicoli per ogni controllo di appropriatezza, verrà rispettata l'indicazione della DGR 6502/2017 di campionare un quota mirata del 30% ed il restante 70% casuale, a meno di situazioni particolari.

La suddetta quota di FASAS mirati si intendono casi selezionati dall'analisi dei flussi di produzione, se disponibili. L'équipe, durante l'ispezione potrà inoltre estendere il controllo mirato individuando ulteriori casi con caratteristiche che necessitano di specifica valutazione richiedendone il fascicolo al gestore.

Nella quota del 30% mirato, rientrerà il controllo di tutte le tipologie di utenza atipica presenti in struttura. In particolare, in tutte le RSA con Nucleo Alzheimer (NA) la quota di FASAS mirati verrà campionata all'interno dell'utenza atipica NA.

Ulteriori criteri di campionamento mirato in RSA saranno:

- complessità assistenziale legata alla sfera dell'alimentazione e/o alla presenza di comportamenti auto-eteroaggressivi (ICA1) come indicato da DGR 1513/2023 prioritariamente per le classi 5 – 7 - 8;
- variazione della classe di fragilità nel trimestre di riferimento o nell'ultimo anno;
- numerose cadute in breve tempo non in NA;
- decessi o dimissione al domicilio entro 30 gg;
- posizionamento di contenzione dopo episodio di caduta;
- solvente;
- LDP insorte in struttura;
- trasferimento dentro o fuori dal NA;
- ripetuti ricoveri ospedalieri.

In riferimento agli enti erogatori di cure domiciliari (C-Dom, UCP-Dom, RSA Aperta), vista la DGR n. 5096/2025 che definisce le modalità operative della sperimentazione che mira a implementare i servizi agli utenti fragili over 65 anni offrendo anche la possibilità di ricevere visite specialistiche domiciliari, si ritiene di campionare prioritariamente FASAS per i quali sono state rendicontate le suddette prestazioni specialistiche.

Nell'ambito dei controlli di appropriatezza sulle UdO campionate per l'anno 2026 verranno assicurati i seguenti controlli previsti dalla DGR n. 5096/2025:

- che la prestazione specialistica non sia l'unica prestazione oggetto del pai;
- corretta tracciabilità della prestazione nel FASAS;
- eventuale riclassificazione del livello se la prestazione viene attivata per utenti già in carico a CDom;
- eventuale coordinamento con altri servizi domiciliari già attivati.

Ulteriori criteri di campionamento mirato per le suddette unità d'offerta domiciliari potranno essere i seguenti.

C-DOM:

- attivazione contemporanea di RSA Aperta o RIA Domiciliare;
- visite fisiatriche;
- livello III B e III C;
- cambio percorso/profilo;
- trattamenti terapeutici;
- minorenni;
- decesso al domicilio;
- persona che non beneficia dell'indennità di accompagnamento;
- utente con ricovero ospedaliero.

UCP-DOM:

- dimissioni volontarie;
- dimissioni diverse da decesso;
- diagnosi non oncologica;
- profilo specialistico;
- cambio profilo.

RSA APERTA:

- attivazione contemporanea di C-DOM;
- età inferiore a 65 anni.

Per le altre tipologie di unità d'offerta i criteri di campionamento dei FASAS mirati sono dettagliati secondo i seguenti criteri:

RSD:

- complessità assistenziale legata alla sfera dell'alimentazione (ICA1) per le classi 4 - 5;
- variazione della classe di fragilità nel trimestre o nell'anno;
- utente con ripetuti ricoveri ospedalieri nell'ultimo anno;
- nuovo ingresso.

CSS:

- complessità assistenziale legata alla sfera dell'alimentazione e/o alla presenza di comportamenti auto-eteroaggressivi (ICA1) come indicato da DGR 1513/2023 prioritariamente per le classi 4 - 5;
- variazione della classe di fragilità nel trimestre di riferimento o nell'ultimo anno;
- classe 6;
- utente con grave compromissioni cognitive e/o motorie;
- utente con frequenza contemporanea in altre udo;
- necessità di controlli infermieristici "nelle 24 ore".

CDD:

- età > 75 aa;
- necessità di controlli infermieristici "nelle 24 ore";
- variazione della classe di fragilità nel trimestre di riferimento o nell'ultimo anno;
- doppia diagnosi;
- classe SIDI 5.

CDI:

- età ≤ 65 aa;
- cambio di regime da tempo pieno a part-time, orizzontale/verticale, o viceversa;
- superamento soglia di assenze a carico del FSR.

CURE INTERMEDIE:

- permanenza per una durata superiore alla soglia prevista;
- decesso;
- ripetuti ricoveri nello stesso anno.

POST-ACUTI:

- permanenza per una durata superiore alla soglia prevista;
- decessi.

RIA AMB/DOM/CDC:

- periodo superiore ai 6 mesi tra primo contatto e presa in carico;
- attivazione contemporanea di C-DOM;
- minorenni stranieri;
- cambio regime;
- solvente;
- regime domiciliare;
- grande anziano.

DIP-BIA:

- permanenza superiore a 18 mesi;
- Presa in carico breve (interruzione del percorso);
- Dimissione e reingresso in tempi brevi.

DIP-COM:

- permanenza per una durata superiore alla soglia prevista per lo specifico modulo;
- dimissioni prima della fine del percorso terapeutico;
- utenti minorenni;
- Dimissione e reingresso in tempi brevi;
- Persona con misura alternativa alla detenzione (Affidamento in prova in casi particolari - art. 94 del DPR 309/90).

DIP-AMB (SERT/NOA/SMI):

- utenti minorenni;
- ospiti con polidipendenza;
- chiusura amministrativa per abbandono (cod. 04);
- Urine con doppio controllo;
- Utenti in doppia diagnosi, con presa in carico Ser.D-CPS;
- Persona non dipendente inviate da Tribunale per i Minorenni;
- Minorenni in carico a Tribunale per i Minorenni e USSM;
- Utenti in carico al SerD e appoggiati a SMI;
- Misure alternative alla detenzione (Affidamento Ordinario art. 47, Affidamento Terapeutico art. 94, Messa alla prova, Arresti Domiciliari Terapeutici, Detenzione Domiciliare);
- Dimissioni volontarie o conclusione progetto.

CONSULTORI FAMILIARI:

- minorenni;
- Cod. 50001-50002 (attività con altri enti e servizi in sede);
- Prestazioni relative a IVG in utenti minori;
- IVG ripetute nello stesso utente;

- Cod. 20001 (Colloquio di valutazione multidisciplinare integrata);
- Situazioni complesse (adozione nazionale/internazionale, Tutela dei Minorenni, IVG codici 40001-40007).

HOSPICE:

- non oncologici;
- dimissioni diversa dal decesso;
- presa in carico superiore ai 6 mesi.

RESIDENZIALITA' ASSISTITA:

- sospensioni prima dello scadere del progetto;
- persona che beneficia dell'indennità di accompagnamento;
- età inferiore a 65 anni.

RESIDENZIALITA' ASSISTITA PER RELIGIOSI:

- alta intensità di bisogno.

OSPEDALI DI COMUNITA':

- ricoveri oltre soglia (> 30 GG).

In riferimento ai requisiti soggettivi oltre a garantire i controlli di competenza per il 100% delle istanze (SCIA/SCIA contestuali/vulture), verranno richieste le autocertificazioni ai sensi DGR n. 2569/2014 a tutti i soggetti gestori per i quali sono dovute. Si specifica che non sono tenute all'invio delle autocertificazioni dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento gli enti pubblici (Comuni, ASST e IRCCS) che devono sottostare a specifiche normative nazionali.

Si procederà quindi con la verifica del 10% delle autocertificazioni sul numero totale di Enti Gestori tenuti all'invio.

Specificatamente, si prevede il controllo di n. 12 Enti Gestori che saranno scelti tra quanti non siano già stati verificati negli ultimi 3 anni.

Nel campione 2026 rientreranno anche gli Enti Gestori:

- di UdO non contrattualizzate;
- iscritti nello specifico registro delle persone giuridiche private;
- di più UdO inserite nel Piano controlli 2026;
- che presentano autocertificazioni contenenti anomalie riscontrate nella prima fase di verifica del materiale ricevuto.

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 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 - dichiari 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 (n. 68) abbiano inviato le autocertificazioni entro i tempi previsti.

Sul 10% (n. 7) dei gestori tenuti all'adempimento verranno effettuati i sotto riportati controlli dell'autocertificazione prodotta. Verranno selezionati enti gestori con almeno 1 UdO inserita nel campione della vigilanza routinaria anno 2026 e non già verificati negli ultimi 3 anni.

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

Si procederà con le seguenti verifiche:

- pubblicazione sul sito aziendale del Codice Etico adottato, ovvero richiesta di trasmissione dello stesso;
- dichiarazione nella relazione dell'ODV delle verifiche effettuate in merito alla specifica formazione che il gestore ha garantito al personale in materia di DLgs 231/2001, ovvero trasmissione di evidenza della formazione/informazione del proprio personale con corsi specifici;
- verifica della corrispondenza dei nominativi dei componenti dell'ODV rispetto alla visura camerale, ovvero acquisizione dell'atto di nomina.

2.4. Scheda struttura e Scheda struttura personale

Alle UdO RSD, CSS, CURE INTERMEDIE e CDD, abilitate o accreditate nel 2025, 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" generalmente è richiesto da Regione Lombardia nel periodo da Maggio a Luglio, a tutte le UdO Sociosanitarie risultanti come "abilitate" o "accreditate" nel 2025.

Anche per questo adempimento il personale della SS Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie assicurerà ai gestori il necessario supporto tecnico e contenutistico, mediante monitoraggio dello stato di avanzamento dei caricamenti sulla piattaforma regionale SMAF.

2.5. Verifica requisiti strutturali e tecnologici

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 (SSD VRST)" è composto dalla seguenti figure professionali:

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

La SSD VRST in funzione della DGR 5589 del 30/12/2025, effettuerà congiuntamente i sopralluoghi previsti dalla SS Vigilanza e Controllo strutture socio sanitarie per un numero di 91 UdO.

Il dato totale di n. 91 verifiche a seguito di ulteriori indicazioni che perverranno dalla direzione generale Welfare, potrebbero subire un incremento il quale verrà rendicontato.

L'attività di vigilanza routinaria verrà effettuata in loco utilizzando le check list regionali; la modalità di svolgimento avverrà, di norma, in modalità congiunta con l'equipe della SS Vigilanza e controllo strutture socio sanitarie.

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 alla 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 ed hanno riguardato n. 88 strutture, come di seguito dettagliato:

Area Prima Infanzia:

- messa in esercizio di n. 20 UdO (n. 12 Asili Nido, n. 3 Micronidi, n. 1 Centro Prima Infanzia, n. 4 Nidi Famiglia);
- cambio Ente Gestore di n. 7 UdO (n. 1 Micronido e n. 6 Asili Nido);
- cessata attività di n. 2 UdO (n. 1 Asilo Nido e n. 1 Micronido);
- trasferimento sede per n. 5 UdO (n. 5 Asili Nido);
- variazione capacità ricettiva per n. 6 Asili Nido;
- trasformazione in altra tipologia di UdO per n. 8 strutture (n. 2 Micronidi trasformati in Asilo Nido, n. 3 Asili Nido trasformati in Micronidi; n. 2 Centri Prima Infanzia trasformati in Asili Nido e n. 1 Centro Prima infanzia trasformato in Micronido).

Area Minori:

- messa in esercizio di n. 14 UdO (n. 1 Comunità Educativa, n. 2 Comunità Educativa Genitore Figli, n. 9 Centri Ricreativi Diurni per Minori, n. 1 Centro Educativo Diurno e n. 1 Comunità Educativa Diurna);
- cambio Ente Gestore di n. 6 UdO (n. 1 Comunità Educative, n. 1 Alloggio per l'Autonomia; n. 4 Centri Ricreativi Diurni per Minori);
- cessata attività n. di 3 UdO (n. 2 Centri Ricreativi Diurni per Minori e n. 1 Comunità Familiare);
- trasferimento sede di n. 9 UdO (n. 2 Comunità Educativa Genitori Figli e n. 7 Centro Ricreativo Diurno per Minori);
- variazione capacità ricettiva di n. 2 UdO (n. 1 Comunità Educativa per Minori e n. 1 Centro Ricreativo Diurno per Minori);
- trasformazione in altra tipologia di n. 1 Comunità Educativa Mamma Bambino trasformata in Comunità Educativa Genitore Figli.

Area Disabili:

- messa in esercizio di n. 1 Servizio Formazione all'Autonomia;
- cessata attività di n. 1 Servizio Formazione all'Autonomia.

Area Anziani:

- cessata attività di n. 1 Centro Diurno Anziani;
- trasformazione in altra tipologia di n. 2 UdO (1 da Alloggio Protetto Anziani a Comunità Alloggio Sociale Anziani e n. 1 da Comunità Alloggio Sociale Anziani a Alloggio Protetto Anziani);
- cambio Ente Gestore di n. 1 Comunità Alloggio Sociale Anziani.

Pertanto al 1 gennaio 2026 nel territorio dell'ATS della Brianza la rete delle UdO sociali è costituita dalle tipologie riportate nella seguente tabella, con indicazione di numerosità e capacità ricettiva.

Tabella 1 – Rete UdO sociali ATS Brianza al 01/01/2026

Area	Tipologia	TOTALE ATS		MONZA		LECCO	
		N. UdO Aut	N. Posti	N. UdO Aut	N. Posti	N. UdO Aut	N. Posti
Prima infanzia	Asili nido	248	7.463	189	5.780	59	1.683
	Centri prima infanzia	18	353	3	58	15	295
	Micronidi	31	298	17	165	14	133
	Nidi famiglia	47	235	28	140	19	95
Totale		344	8.349	237	6.143	107	2.206
Minori	Comunità educative	32	298	17	165	15	133
	Comunità educativa genitore figli	8	95	2	24	6	71
	Comunità familiari	2	12	1	6	1	6
	Alloggi per l'autonomia	9	34	5	19	4	15
	Alloggio autonomia di tipo educativo	9	29	3	11	6	18
	Centri aggregazione giovanile	5	440	5	440		
	Centri ricreativi diurni per minori	191	16.117	104	8.794	87	7.323
	Case vacanza	3	316			3	316
	Comunità educativa diurna	2	24	2	24		
	Centro educativo diurno	10	293	9	258	1	35
Totale		271	17.658	148	9.741	123	7.917
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	497	14	427	2	70
Totale		62	1.370	47	1.090	15	280
Anziani	Centri diurni per anziani	9	565	7	510	2	55
	Alloggi protetti per anziani	16	297	7	154	9	143
	Casa	7	70	5	49	2	21
	Casa albergo	1	17			1	17
Totale		33	949	19	713	14	236
TOTALE		710	28.326	451	17.687	259	10.639

3.2. Risorse umane

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

- N. 1 Dirigente Psicologa (in servizio dal 02/02/2026);
- N. 4 Assistenti Sociali, di cui uno con incarico di funzione “Ufficio coordinamento delle attività di vigilanza delle Strutture sociali e delle Sperimentazioni”;
- N. 1 Educatore Professionale;
- N. 1 Assistente Sanitario;
- N. 1 Assistente Amministrativo Part Time;
- N. 1 Collaboratore Amministrativo (in servizio dal 01/04/2025).
- N. 1 Infermiera, Dirigente delle Professioni Sanitarie (in aspettativa, rientrerà il 01/06/2026)

3.3. Programmazione 2026

A seguito dell’emanazione della D.G.R. 5589 del 30/12/2025, le verifiche in merito al mantenimento dei requisiti minimi di esercizio riguarderanno almeno il 25% delle unità d’offerta sociali e saranno effettuate mediante sopralluogo in loco.

Sulla base delle UdO sociali presenti al 01/01/2026 è stato campionato almeno il 25% delle strutture per ogni area d’intervento. Il campione di n. 131 unità d’offerta è stato composto secondo questi criteri:

- n. 9 UdO campionate fra quelle viste nel 2025 sia a seguito di vigilanza routinaria, sia per vigilanza per CPE, che hanno avuto un esito delle verifiche sfavorevole;
- n. 122 scelte a campione, escluse quelle del punto precedente, partendo dalle UdO con l’ultima data di sopralluogo più vecchia e - nel caso in cui ci siano altre UdO nel medesimo edificio - la scelta è di vigilare anche queste ultime.

Il campionamento delle UdO individuate al punto a) 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. 5589 del 30/12/2025, ossia di vigilare il 25% delle UdO che hanno avuto un esito sfavorevole nelle vigilanze effettuate nel 2025. Tale analisi ha portato a individuare n. 9 unità d’offerta riconducibili a quelle a rischio alto e rischio medio-alto.

Come di consueto la scrivente Struttura ha predisposto la programmazione dell’anno corrente delle UdO oggetto di vigilanza routinaria, con relativa calendarizzazione delle uscite, modalità che consente di monitorare l’evoluzione dell’attività ed il raggiungimento degli obiettivi esplicitati nel provvedimento regionale.

In merito alla verifica dei requisiti strutturali e tecnologici, la SS Vigilanza Strutture Sociali e Sperimentazioni si avvarrà della collaborazione della SSD Verifica Requisiti strutturali e tecnologici strutture erogatrici per le istruttorie relative all’attività di vigilanza routinaria anno 2026, con sopralluogo in loco.

Tabella 1 – Verifiche ispettive di vigilanza routinaria per tipologia di UdO programmate per l'anno 2026

Area	Tipologia	N. UdO al 01/01/2026	N. UdO da vigilare 2026	% (>=25%)
Prima infanzia	Asili nido	248	63	25,58%
	Centri prima infanzia	18	5	
	Micronidi	31	8	
	Nidi famiglia	47	12	
Totale		344	88	
Minori	Comunità educative	32	8	25,97%
	Comunità educativa genitore figli	8	2	
	Comunità familiari	2	0	
	Alloggi per l'autonomia	9	1	
	Alloggio autonomia di tipo educativo	9	5	
	Centri aggregazione giovanile	5	1	
	Comunità educativa diurna	2	1	
Centro educativo diurno	10	2		
Totale		77	20	
Disabili	Comunità alloggio disabili	11	3	25,00%
	Centri socio-educativi	33	7	
	Servizi formazione all'autonomia	16	5	
Totale		60	15	
Anziani	Centri diurni per anziani	9	2	25,00%
	Alloggi protetti per anziani	16	4	
	Casa	7	2	
Totale		32	8	
TOTALE		513	131	25,54%

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 gli 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 di Regione Lombardia 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, tramite la Polizia Locale territorialmente competente, relative alle strutture residenziali per minori.

La formazione di quest'anno prevede l'approfondimento di un tema trasversale alla vigilanza su tutte le tipologie di UdO e per i diversi processi (vigilanza routinaria e verifica della CPE): la documentazione richiesta. L'obiettivo sarà quello di orientare i servizi verso la redazione di una documentazione il più possibile omogenea e utile alla verifica dei requisiti di esercizio, nel rispetto delle diverse DGR di riferimento.

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

4.1.1. Area sanitaria

L’analisi di contesto per l’area sanitaria, condotta nel triennio 2024-2026, 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 01/01/2026 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 1 – N. enti gestori per setting contrattuale (anno 2026)

Tipologia	N. enti gestori	Ricovero	Subacuti	Specialistica ambulatoriale	Psichiatria	Neuropsichiatria
Pubblico	4	3	2	4	3	3
Privato	42	8	3	34	9	3

4.1.2. Area Sociosanitaria

L’analisi di contesto per l’area sociosanitaria, condotta sul triennio 2024 – 2026, evidenzia come il numero complessivo degli enti gestori a contratto ordinario sia variato da n. 127 gestori all’01/01/2025 a n. 134 gestori a contratto all’01/01/2026.

La variazione riguarda la voltura di 2 enti gestori a 2 enti già a contratto con ATS Brianza per altre Udo e la sottoscrizione dei contratti di scopo ai sensi della DGR XII/715 del 24/07/2023. Sono stati sottoscritti n. 67 contratti di scopo (di cui n.2 per ampliamento distretti) 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 di scopo sottoscritti:

- n. 35 contratti con Enti gestori di unità d’offerta C-DOM, di cui n. 24 (n.1 ente gestore non ha dato la disponibilità sul 2025 e n. 1 ente gestore ha volturato ad altro ente già a contratto per altro cudes di CDOM) già a contratto con ATS Brianza per lo stesso setting di cura e n. 11 contratti con nuovi Enti gestori in esito alle manifestazioni di interesse di cui al decreto di ATS n. 429 del 06/11/2023, delibera n. 347 del 29/08/2024 e Delibera n.415 del 15/10/2025;
- n. 10 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. 3 nuovi contratti in esito alla manifestazione di interesse di cui al decreto di ATS n. 429 del 06/11/2023 e Delibera n.415 del 15/10/2025;
- 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. 8 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 rileva inoltre la sottoscrizione di specifici addendum ai contratti di scopo PNRR M.6 C.1 SUB -INVESTIMENTO M6C1 1.2.1 “CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA” per gli enti gestori che hanno dichiarato la disponibilità all’erogazione di prestazioni specialistiche a domicilio in attuazione della DGR n. XII/5096/2025 e Delibera di ATS n. 503/2025 (n.20 C-DOM, n.8 CP-DOM e n.9 RSA Aperta).

Per quanto riguarda i contratti ordinari si evidenzia:

1) la sottoscrizione dei seguenti nuovi contratti:

- ASST della Brianza CDOM CUDES 094174;
- ODC CUDES 992016 di Giusano;
- ASST di Lecco ODC CUDES 992015 di Bellano;
- ODC CUDES 992005 di Lecco;
- Fondazione Eris ETS TOX CUDES 091369 per n. 8 posti di comorbilità psichiatrica.

2) le seguenti modifiche contrattuali:

- CDOM Punto Service, CUDES 091994, voltura da Punto Service al nuovo ente gestore A casa Tua, già a contratto con il CUDES 091989 nel quale confluirà il CUDES 091994;
- RSA Opera Pia Magistris, CUDES 001190, voltura dal Comune di Valmadrera al nuovo soggetto gestore Punto Service Cooperativa Sociale a R.L.;
- RSA Residenza San Camillo, CUDES 001170, voltura da Fondazione San Camillo al nuovo ente gestore Provincia Nord Italiana Dell’ordine Dei Ministri Degli Infermi (Camilliani);
- RSA Casa di Riposo Madre Ada Bianchi, CUDES 001081, voltura da Congregazione religiosa Serve di Gesù Cristo al nuovo soggetto gestore “Progetto Salute Onlus Società Coop.Soc”;
- RSA Istituti riuniti Airoldi e Muzzi, CUDES 001116, n.10 posti di stato vegetativo sono diventati, su richiesta dell’ente gestore, posti ordinari;
- RSA “G. e C. FRISIA” di Merate, CUDES 001191 diminuzione di n. 17 posti a contratto a seguito di adesione al progetto di residenzialità temporanea dell’ASST di Lecco di cui alla DGR n. XII/4938/2025 e delibere di ATS n.414/2025 e 517/205;
- RSD San Pietro di Monza, CUDES 001057, n. 2 posti di stato vegetativo, su richiesta dell’ente gestore, sono diventati posti ordinari.

Al 01/01/2026 risultano contrattualizzati complessivamente n. 134 enti gestori:

- n. 15 enti gestori pubblici (con sede legale in ATS Brianza);
- n. 113 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 2025 sono stati sottoscritti n. 21 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 01/01/2026:

Tabella 2 – N. strutture sociosanitarie per tipologia e natura giuridica

TIPOLOGIA DI UDO SOCIO SANITARIA	NATURA GIURIDICA (Pubblico/Privato)	N° UDO	Di cui solo PNRR
C-DOM	Pubblico	1	
	Privato	34	11
	ASST	2	
CDD	Pubblico	17	
	Privato	14	
	ASST	1	
CDI	Pubblico	5	
	Privato	24	
CONSULTORI	Privato	6	
CSS	Pubblico	1	
	Privato	14	
CURE PALLIATIVE domiciliare*	Privato	10	3
	ASST	5	
CURE PALLIATIVE residenziale**	Privato	4	
	ASST	2	
DIPENDENZE	Privato	14	
RIABILITAZIONE/CURE INTERMEDIE	Pubblico	1	
	Privato	8	
POST ACUTA	Pubblico	1	
POST ACUTA	Privato	2	
RSA	Pubblico	2	
	Privato	63	
RSA Aperta	Privato	20	8
RSD	Privato	9	
	ASST	1	
SMI	Privato	2	
SRM	Privato	2	
ODC	Privato	1	
	ASST	3	

* 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'01/01/2026, 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 ed 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 01/01/2026 è di seguito rappresentata:

- N. 1 Dirigente tecnico;
- N. 1 Dirigente amministrativo;
- N. 6 Funzionari - ruolo amministrativo;
- N. 1 Funzionario - ruolo tecnico;
- N. 6 Assistenti - ruolo amministrativo;
- N. 1 Operatore - ruolo amministrativo.

4.3. Programmazione 2026

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).

La programmazione delle attività successive, propedeutiche alla verifica del mantenimento dei predetti requisiti, oltre che i controlli ulteriori previsti dalla normativa vigente, è analiticamente esposta nelle tabelle di seguito riportate.

4.3.1. Area sanitaria

Si evidenzia di seguito una sintesi dei controlli programmati per l'esercizio 2026 relativamente ai requisiti contrattuali per l'area sanitaria.

Tabella 1 – Programmazione 2026 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	140	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
Applicazione modello organizzativo (d.lgs. 231/2001)	Da remoto	21	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. b)	Da remoto	15	Servizio Politiche del Lavoro	30% degli Erogatori privati interessati (n. dipendenti >15)	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.

4.3.2. Area sociosanitaria

Si illustra di seguito una sintesi dei controlli programmati per l'esercizio 2026, 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 2 – Programmazione 2026 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	12	AFAM	10% delle dichiarazioni prodotte su campione casuale	100% Entro il 30/06	lett. d) presso il portale https://telemaco.infocamere.it
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	58	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 e, 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	402	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	117	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	11	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	58	Siti web erogatori	50% delle dichiarazioni prodotte su campione casuale	100% Entro il 31/12	Acquisizione autocertificazione dell'EG. Verifica assolvimento obblighi nei siti web degli EE.GG.
Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)	Da remoto	134	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	62	AFAM/ CONTRATTI WEB	Soggetti con capacità ricettiva >= 80 PL o capacità contrattuale >= € 800.000	100% Entro il 30/06	Acquisizione/Verifica relazione dell'Organismo di Vigilanza

5. AREA FARMACEUTICA

ANALISI DI CONTESTO - SEZIONE FARMACEUTICA	CONTESTO TERRITORIALE AL 01/01/2026
N. farmacie/dispensari	349 (337 farmacie + 12 dispensari)
Strutture che detengono stupefacenti	N. 337 Farmacie N. 2 ASST N. 3 IRCSS N. 70 RSA N. 105 Studi Veterinari Privati
N. parafarmacie	46
N. grossisti	12
N. depositi	2
N. esercizi autorizzati al commercio online	3 Farmacie 2 Parafarmacie
N. di altre strutture distributive di farmaci	N. 10 RSD N. 2 ASST N. 3 IRCSS (2 pubblici e 1 privato) N. 70 RSA

5.1. Contesto territoriale

Il territorio di ATS Brianza comprende 139 comuni delle province di Monza e Brianza e di Lecco, con una popolazione complessiva stimata al 1° gennaio 2025 in circa 1.213.556 abitanti.

Il Servizio Farmaceutico ATS Brianza opera in un territorio complesso caratterizzato da forte variabilità demografica e densità abitativa, si passa dal distretto di Monza con una densità territoriale di 3557 ab./Kmq al distretto di Bellano con una densità territoriale di 120 ab./Kmq. Si tratta di un territorio, comunque, ricco di servizi e caratterizzato da una forte integrazione sociosanitaria. Il sistema di offerta è ampio e strutturato, con una rete di farmacie estesa e in evoluzione verso la “Farmacia dei Servizi”. Persistono alcune criticità legate alla disomogeneità territoriale e alla crescente domanda della popolazione anziana, ma le opportunità di sviluppo sono significative. I punti di forza del sistema di offerta del Servizio Farmaceutico ATS Brianza comprendono:

- capillarità della rete; la presenza di 348 farmacie e dispensari che garantiscono un servizio vicino al cittadino in contesti urbani e rurali.
- integrazione con i servizi sociosanitari: coordinamento tra prestazioni sanitarie (gestione del farmaco, monitoraggio terapeutico, supporto clinico) e interventi sociali, finalizzati a garantire continuità, appropriatezza e presa in carico globale della persona nell’ambito dei percorsi assistenziali integrati.
- evoluzione verso la farmacia dei servizi; offerta di autoanalisi, servizio di telecardiologia, supporto FSE, deblistering, CUP: un ampliamento rilevante delle prestazioni.
- ruolo strategico nella presa in carico della cronicità; le farmacie diventano un punto stabile per monitoraggio, prevenzione, distribuzione integrativa e supporto alla terapia.

Il Servizio Farmaceutico di ATS Brianza effettua la verifica delle competenze mensili e i pagamenti alle farmacie convenzionate aperte al pubblico, per l’erogazione di prodotti e servizi a carico del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale.

Nell'ultimo biennio sono state liquidate tutte le competenze dovute (anno 2024 - €199.225.172,68 - anno 2025 € 195.240.565,79), garantendo la regolare continuità dei pagamenti e il rispetto delle tempistiche previste dai calendari regionali.

Nel territorio di ATS Brianza sono inoltre presenti n.46 parafarmacie, di cui n.12 nella provincia di Lecco e le restanti n.34 nella provincia di Monza e Brianza. Nel corso degli ultimi 3 anni l'attività di vigilanza sulle parafarmacie/corner, si è incentrata nella verifica in loco dei requisiti specifici delle parafarmacie di nuova istituzione, al fine di garantire uniformità sul territorio degli standard minimi previsti dal DM del 09 marzo del 2012. Nell'ambito dell'attività di vigilanza di grossisti e depositi, le ispezioni si sono svolte in loco verificando le procedure adottate dalle aziende distributrici di medicinali autorizzati ai sensi del D.lgs 219/2006, al fine di garantire la corretta tracciabilità del farmaco e gli standard previsti dalle norme GMP (Good Manufacturing Practices).

5.2. Programmazione 2026

5.2.1. Appropriately prescrittiva

L'analisi della spesa farmaceutica fornisce informazioni indispensabili per poter predisporre azioni di governo atte a perseguire una maggior appropriatezza prescrittiva e contestualmente a garantire un equilibrio economico con le risorse assegnate, in ordine anche ai tetti della spesa farmaceutica definiti.

Le linee di indirizzo regionali per il 2026, infatti, rendono il servizio farmaceutico trasversale nelle attività e nel supporto all'implementazione di nuovi modelli organizzativi previsti, con coinvolgimento dei Dipartimenti Cure Primarie di ASST Brianza e ASST Lecco/ Farmacie ospedaliere nel monitoraggio dei principali indicatori, nella corretta informazione sui farmaci ad operatori/cittadini e applicazione della normativa vigente in ambito prescrittivo.

In tal senso, come individuato dalla DGR n. XII/5589 del 30/12/2025, si definiscono prioritarie:

- le attività promosse in ambito territoriale rispetto al consolidamento e allo sviluppo evolutivo della piattaforma unica regionale PT Online, che favorisce la gestione dei Piani Terapeutici Online e garantisce la sicurezza del paziente in un'ottica di appropriatezza prescritta e sostenibilità economica;
- le attività di controllo effettuate in ambito ospedaliero sulla corretta chiusura delle schede di Registro di monitoraggio AIFA, onere di legge in capo al clinico, per le quali nel 2025 non risultano dispensazioni di farmaco da oltre 4 mesi senza motivazione clinica, nonché la verifica della corretta compilazione del tracciato File F rispetto a consumi e spesa sostenuta dalle strutture pubbliche/private accreditate erogatrici di ATS Brianza;
- le attività di monitoraggio e promozione d'uso di farmaci biosimilari e a brevetto scaduto, prescritti da specialisti e MMG del territorio di ATS Brianza, in un'ottica di contenimento della spesa farmaceutica.

MONITORAGGIO DEI PIANI TERAPEUTICI (PT)

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	I Piani Terapeutici (PT) sono stati introdotti quali strumenti regolatori e si confermano essenziali per governare sia l'appropriatezza prescrittiva, garantendo la sicurezza del paziente, sia assicurando la sostenibilità economica del sistema farmaceutico in particolare per medicinali di competenza specialistica ad alto consumo a livello territoriale. La DGR n. XII/ 5589 del 30/12/2025 definisce prioritario il consolidamento e lo sviluppo evolutivo della piattaforma unica regionale PT Online, favorendo la gestione dei Piani Terapeutici Online ed eliminando progressivamente l'uso del cartaceo, al fine di garantire il corretto arruolamento dei pazienti e a favorire la piena mobilità intra-regionale dei cittadini. L'attività di controllo per il 2026 è finalizzata al controllo dei PT emessi attraverso la piattaforma "PT on line" di ATS Brianza e dei PT cartacei
Numerosità dei controlli programmati in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	100% dei piani pervenuti anno 2026
Flussi o basi dati con indicazione delle fonti di riferimento	I dati verificati provengono sia dai PT redatti attraverso la piattaforma PT-OnLine di ATS Brianza sia dalle copie dei PT cartacei trasmessi tramite mail o via posta ordinaria
Modalità di campionamento	Controllo <i>ex- ante</i> su tutti i PT on line delle strutture censite in piattaforma "PT Online" e di tutti i piani cartacei pervenuti via mail o via posta ordinaria. Controlli specifici possono essere effettuati su indicazioni nazionali e/o regionali (es. nota 39/GH, nota 74, PT Cannabis, GLP1).
Modalità operative di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	Il controllo viene svolto da remoto 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
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	Cadenza semestrale

CONTROLLO DELLA SPESA E DEI CONSUMI RELATIVI AL FILE F

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	L'attività si focalizza sulla verifica della coerenza tra erogato e rendicontato nel File F, con particolare attenzione al monitoraggio di farmaci ad alto costo (innovativi), la verifica dell'appropriatezza prescrittiva e il controllo dei prezzi di acquisto.
Numerosità dei controlli programmati in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	Almeno n.2 controlli programmati all'anno per ciascuna Struttura (n.11 strutture erogatrici di File F), in funzione della disponibilità del flusso consolidato.
Flussi o basi dati con indicazione delle fonti di riferimento	L'analisi viene condotta sul tracciato consolidato pubblicato mensilmente sul portale dedicato (FarmaVision) o estratto dal DWH aziendale "Oslo" relativo al File F "Produzione".
Modalità di campionamento	Il campionamento si effettua sul 100% dei record per tutti gli erogatori del File F. Il controllo puntuale si focalizzerà su: -Farmaci innovativi con accesso ai fondi previsti e Farmaci antibiotici reserve con Registro AIFA (Tipologie 30 e 40); -Note di credito: verifica Tipologia 15 -Verifica puntuale del reale costo sostenuto da parte della struttura; -Corretta rendicontazione delle tipologie coerentemente con il farmaco e la prestazione ambulatoriale; -Farmaci che hanno perso il brevetto di classe A rendicontati in tipologia CO; -Farmaci Fascia C e CNN: verifica congruità erogazione nel File F; -Eritropoietine: controllo incrociato con le prestazioni di dialisi e verifica che non ci siano erogazioni in convenzionata.
Modalità operative di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	I controlli vengono effettuati sia in loco sia da remoto per tutte le Strutture erogatrici di File F. In sede di verifica viene redatto un verbale sottoscritto da ATS e dalla Struttura indicando le segnalazioni, gli eventuali errori e le relative prescrizioni con chiara indicazione del termine per l'ottemperanza.
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	Cadenza semestrale

COMPLETEZZA CHIUSURA SCHEDE REGISTRI AIFA

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	L'attività per il 2026 prevede il monitoraggio dei report ricevuti dalla DGW di Regione Lombardia sulla base delle estrazioni effettuate da AIFA. Le Regole di sistema, infatti, confermano anche per l'anno 2026 l'obbligo, da parte degli erogatori, di chiusura delle schede di Registro AIFA a trattamento concluso, ricordando che è un onere di legge in capo al clinico. La mancata chiusura comporta un abbattimento del File F (tipologia CO – esclusi gli innovativi) dello 0,3% a fine anno. ATS Brianza ha come obiettivo per l'anno 2026, la verifica della chiusura delle schede di registro AIFA attive nel 2025 per cui non risultano dispensazioni di farmaco da oltre 4 mesi senza motivazione clinica su tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano il File F. Per schede attive si intendono le schede che abbiano avuto almeno una dispensazione nel 2025 e l'esito dei controlli verrà comunicato a Regione Lombardia entro il 30/09/2026.
Numerosità dei controlli programmati in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	100% dei Report dalla DG Welfare nell'anno 2026.
Flussi o basi dati utilizzati con indicazione delle fonti di riferimento	Il monitoraggio delle schede AIFA attive viene eseguita tramite i file inviati da Regione Lombardia.
Modalità operative di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	I file ricevuti da Regione vengono elaborati da remoto e inviati ad ogni singola struttura pubblica e privata accreditata, al fine della verifica e chiusura delle schede
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni	File excel inviato da Regione Lombardia
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	In base agli invii da parte di Regione Lombardia del file contenente l'estrazione delle schede Registro AIFA da chiudere

MONITORAGGIO E PROMOZIONE DEL FARMACO BIOSIMILARE: EBPM e DENOSUMAB

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	Viene confermata l'attività di promozione d'uso dei farmaci biosimilari con miglior profilo di costo con riferimento alle molecole eparine a basso peso molecolare e denosumab, così come previsto dalle Regole 2026, attraverso la condivisione del dato da flusso in termini di percentuali per le strutture erogatrici di File F e per le erogazioni registrate sul territorio per il tramite delle farmacie aperte al pubblico. Nello specifico si monitora il raggiungimento del target: - eparine a basso peso molecolare (almeno il 30 % come biosimilare); - denosumab (di cui almeno il 20% biosimilare).
Numerosità dei controlli programmati in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	Nell'anno 2026 verranno elaborati n.3 report relativi ai consumi delle specialità medicinali oggetto di verifica, sulla base dei dati da flusso a disposizione.
Flussi o basi dati utilizzati con indicazione delle fonti di riferimento	Flusso DCR-FUR e File F resi disponibili sull'applicativo Farmavision
Modalità operative di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	Da remoto verranno analizzati i consumi di eparine a basso peso molecolare e denosumab per ATS Brianza; i dati prodotti saranno condivisi con i Dipartimenti Cure Primarie e le farmacie ospedaliere delle ASST del territorio e IRCCS pubblico.
Modalità di campionamento	Analisi delle erogazioni prodotte dalle farmacie pubbliche e private convenzionate insistenti sul territorio di ATS Brianza e da ASST/IRCCS.
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	I report → giugno 2026 II report → settembre 2026 III report → dicembre 2026

MONITORAGGIO PRESCRIZIONI FARMACI DI CUI ALLA NOTA AIFA 100: GLP-1/GIP

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	Nell'ambito dell'attività verranno monitorate le prescrizioni territoriali di farmaci a maggior induzione di consumo territoriale di cui alla Nota 100 e utilizzati nel trattamento del diabete mellito, al fine di verificarne l'appropriatezza prescrittiva. Nello specifico verranno analizzate le prescrizioni redatte sul territorio di ATS Brianza degli analoghi del GLP-1 e inibitori GIP appartenenti alla classe delle glifozine.
Numerosità dei controlli programmati in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	Nell'anno 2026 si elaborano n. 2 report relativi alle prescrizioni delle specialità medicinali oggetto di verifica, sulla base dei dati da flusso a disposizione.
Flussi o basi dati utilizzati con indicazione delle fonti di riferimento	Flusso DCR-FUR disponibile sull'applicativo Farmavision
Modalità operative di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	Invio dei report a Regione Lombardia e condivisione con ASST con dettaglio del numero di prescrizioni per medicinale ed esenzioni per i farmaci di cui alla Nota Aifa 100, in linea con quanto previsto dalla normativa vigente.
Modalità di campionamento	Verranno analizzate le prescrizioni di GLP-1/GIP erogate da tutte le farmacie pubbliche e private convenzionate sul territorio di ATS Brianza.
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	Rendicontazione semestrale

5.2.2. Vigilanza e controllo farmaceutica

FARMACIE E DISPENSARI FARMACEUTICI

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	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 nel biennio 2026/2027, di cui almeno il 50% effettuato ogni anno solare. Le visite ispettive verranno condotte in presenza secondo le modalità previste dalla normativa vigente
Numerosità dei controlli programmati in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	Le farmacie ed i relativi dispensari da ispezionare (ispezione ordinaria) nel corso del 2026 sono 174 (di cui 168 farmacie e 6 dispensari) pari al 50% del totale. Verrà poi garantito il 100% delle ispezioni preventive e straordinarie (in caso di segnalazioni pervenute in ATS Brianza), numero non prevedibile a priori.
Flussi o basi dati utilizzati con indicazione delle fonti di riferimento	Banca dati del Servizio farmaceutico/Portale Ispezioni Ordine Farmacisti
Criteri di campionamento e selezione anche in relazione alla graduazione del rischio e agli esiti delle annualità precedenti	Il campione verrà scelto in funzione della data dell'ultima ispezione effettuata nel biennio precedente e nel rispetto di criteri logistici al fine di ottimizzare i tempi di trasferimento dei soggetti coinvolti nell'accesso ispettivo, oltre che in funzione delle irregolarità riscontrate nelle strutture ispezionate nell'ultimo biennio.
Modalità operative di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	L'attività di <u>Vigilanza ispettiva ordinaria</u> è programmata, con preavviso di 7 giorni alla farmacia oggetto di ispezione. Le verifiche sono: <ul style="list-style-type: none"> - 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 - sulla presenza dei servizi accessori (es. presenza di dispositivi per test autodiagnostici) - 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>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>
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	La programmazione e relativa rendicontazione delle attività di vigilanza e controllo viene effettuata con distribuzione temporale trimestrale dei controlli nell'arco dell'anno.
Indicatore di controllo utilizzato e del relativo target/atteso di riferimento	Quali indicatori di processo verranno utilizzati: per le ispezioni ordinarie : n° ispezioni ordinarie effettuate;/n.ispezioni programmate per le ispezioni straordinarie : n° ispezioni effettuate/n° segnalazioni ricevute; per le ispezioni preventive : n° ispezioni effettuate/n° istanze pervenute. Tutte le ispezioni sono comprovate dai relativi verbali.

VENDITA ON LINE DI MEDICINALI

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	L'attività consiste nel controllo delle strutture erogatrici di farmaci tramite la vendita "on line". 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.
Numerosità dei controlli programmati in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	Verifiche sul 50% dei siti autorizzati alla vendita online di farmaci: - Tot. n. 2/3 Farmacie autorizzate alla vendita on line - Tot. n. 1/2 Parafarmacie autorizzate alla vendita on line
Flussi o basi dati utilizzati con indicazione delle fonti di riferimento	Estrazione dal portale del Ministero della Salute al 31/12/2025
Criteri di campionamento e selezione anche in relazione alla graduazione del rischio e agli esiti delle annualità precedenti	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 (2026/2027).
Modalità operative di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	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. Le attività di controllo consistono: - 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; - 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	Per l'esecuzione delle verifiche verrà utilizzato lo strumento individuato dal TDL sulla vigilanza di ACSS e ci si atterrà a quanto contenuto all'interno degli orientamenti applicativi dello stesso. Verrà poi redatto apposito verbale da inoltrare via PEC al titolare del sito autorizzato.
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	Programmazione e rendicontazione verranno condotte nel secondo semestre 2026.
Indicatore di controllo utilizzato e del relativo target/atteso di riferimento	Indicatore di processo : numero ispezioni svolte/numero ispezioni previste. Indicatore di esito : N° di non conformità rilevate

PARAFARMACIE

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	L'attività consiste nel controllo in presenza degli esercizi commerciali "parafarmacie/corner" autorizzati alla vendita di SOP/OTC, tramite visita ispettiva in loco, al fine di garantire la sussistenza dei requisiti minimi previsti dal DM 9/03/2012.
Numerosità dei controlli in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	Vengono effettuate visite ispettive sulla base delle istanze di richiesta di nuova apertura o a seguito di segnalazioni pervenute al Servizio farmaceutico.
Flussi o basi dati con indicazione delle fonti di riferimento	Ministero della Salute (open data) e data base Servizio farmaceutico
Modalità di campionamento e criteri di selezione del campione. anche in relazione alla graduazione del rischio e agli esiti delle annualità precedenti	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 ordinaria su parafarmacie/corner di nuova istituzione (100%) - Vigilanza ispettiva straordinaria a seguito di segnalazioni (100%)
Modalità operative di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista Ispezioni preventive/ordinarie Ispezioni straordinarie	Le ispezioni ordinarie vengono eseguite in loco con preavviso e comunicate al punto vendita di farmaci da banco negli esercizi commerciali. Tra le attività messe in campo viene effettuato il controllo del codice di tracciabilità assegnato dal Ministero della Salute di ogni sede dell'esercizio commerciale che ne identifica l'esatta ubicazione, fondamentale ai fini della tracciabilità del farmaco e per la vendita del farmaco. La verifica viene effettuata anche sulla partita iva riportata sullo scontrino fiscale emesso dalla parafarmacia destinataria del controllo, che deve essere la medesima del richiedente il codice univoco. Le ispezioni straordinarie vengono effettuate in loco a seguito di segnalazioni da parte di soggetti privati o altri Enti senza preavviso.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Verbale di accertamento ratificato dal sistema qualità aziendale. La commissione di vigilanza sulle parafarmacie è composta da: farmacista ATS, amministrativo ATS e medico d'igiene/ UPG
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	Rendicontazione semestrale delle ispezioni esplicate
Indicatore di controllo utilizzato e del relativo target/atteso di riferimento	Indicatore di processo : numero parafarmacie con P. IVA diversa dalla P.IVA del richiedente il codice univoco (no tracciabilità farmaco)/ n. parafarmacie controllate per questa fattispecie. n. spezioni svolte/numero ispezioni previste. Indicatore di esito : N° di non conformità rilevate

DEPOSITI/GROSSISTI DI MEDICINALI

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	L'Attività consiste nel controllo, in presenza, dei grossisti/depositi di medicinali del territorio secondo le modalità previste dalla normativa vigente (D.Lgs n.219/06) 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 ed i depositi almeno una ogni 5 anni.
Numerosità dei controlli programmati in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	Verrà ispezionato il 50% dei grossisti (n. 6/12) e n. 0 depositari per concludere le ispezioni al 100% dei soggetti nel quinquennio, al netto delle revoche di autorizzazione avvenute nel corso del periodo
Flussi o basi dati con indicazione delle fonti di riferimento	Ministero della Salute (open data) e data base Servizio farmaceutico
Modalità di campionamento anche in relazione alla graduazione del rischio e agli esiti delle annualità precedenti	Sulla base della normativa vigente verranno condotte ispezioni sui grossisti non ispezionati nel corso del 2025 (pari a n. 6) e sui depositari non ispezionati nel corso del quadriennio precedente (pari a n. 0/2)
Modalità operative di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	Effettuazione controlli previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività: <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. La commissione di vigilanza è composta da 1 o 2 farmacisti ATS, tecnico della prevenzione/UPG e 1 o 2 amministrativi ATS. Tra le attività messe in campo viene effettuato il controllo del codice di tracciabilità assegnato dal Ministero della Salute di ogni sede di deposito/grossista, che ne identifica l'esatta ubicazione, fondamentale ai fini della tracciabilità del farmaco e la vendita/distribuzione del farmaco. La verifica viene effettuata anche sulla partita iva riportata sulla fattura/DDT, agli atti del deposito/grossista destinatario del controllo, che deve essere la medesima del richiedente il codice univoco.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Verbale di accertamento tramite format unico regionale
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	Rendicontazione semestrale delle ispezioni esplicate
Indicatore di controllo utilizzato e del relativo target/atteso di riferimento	Indicatore di processo : numero grossisti/deposito con P. IVA diversa dalla P.IVA del richiedente il codice univoco (no tracciabilità farmaco)/ n. parafarmacie controllate per questa fattispecie. n. Ispezioni svolte/numero ispezioni previste. Indicatore di esito : N° di non conformità rilevate

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

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	L'attività consiste nella constatazione e affido stupefacenti scaduti a carico delle strutture sanitarie e socio sanitarie o aziende private del territorio di ATS Brianza, detentrici di farmaci stupefacenti. L'attività di constatazione ed 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 in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	Si prevede l'evasione di almeno il 20% delle richieste di affido stupefacenti pervenute da parte delle strutture nel corso dell'anno 2026.
Flussi o basi dati con indicazione delle fonti di riferimento	Elenco Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie presenti sul territorio di ATS Brianza
Modalità di campionamento anche in relazione alla graduazione del rischio e agli esiti delle annualità precedenti	Per quanto riguarda le operazioni di affido il campionamento viene effettuato in base alla data di ricezione della richiesta oltre che ad eventuali criticità riscontrate negli anni precedenti.
Modalità operative di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	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. Il pacco sigillato viene successivamente custodito presso la struttura sanitaria di provenienza in attesa di smaltimento da parte della società specializzata preposta. 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.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Verbale di accertamento.
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	Le attività di constatazione ed affido vengono effettuate 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 2026
Modalità operativa per l'identificazione qualitativa delle sostanze stupefacenti scadute (residui di lavorazione non confezionati) destinate allo smaltimento, presso aziende farmaceutiche (art. 2195 cc, n.1).	L'analisi qualitativa delle sostanze stupefacenti scadute (residui di lavorazione non confezionati) viene effettuata da un laboratorio specializzato pubblico/privato previo prelievo di 3 campioni ad opera di un medico UPG/Tecnico di prevenzione di ATS Brianza.

CONTROLLO ARMADIO FARMACEUTICO RSA/RSD

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	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 in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	20% delle strutture che hanno fatto richiesta di affido stupefacenti
Flussi o basi dati con indicazione delle fonti di riferimento	Elenco Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie presenti sul territorio di ATS Brianza (10 RSD e 70 RSA)
Modalità di campionamento anche in relazione alla graduazione del rischio e agli esiti delle annualità precedenti	Si prevede il controllo di almeno 20% delle strutture che hanno fatto la richiesta di affido stupefacenti nel corso dell'anno 2026. Il campionamento sarà effettuato in base alla data di ricezione della richiesta e ad eventuali irregolarità riscontrate nelle annualità precedenti.
Modalità operative di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	Le operazioni si svolgono in presenza 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"
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	Le attività di controllo verranno effettuate nell'arco dell'anno 2026.

5.2.3. Farmaceutica convenzionata

CONTROLLO TECNICO- CONTABILE DELLE RICETTE (WORKFLOW)

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
<p>Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026</p>	<p>Il processo di recupero dei crediti pregressi riguarda una attività basilare, in capo alle ATS, di controllo e conciliazione di importi precedentemente liquidati alle Farmacie su presentazione della Distinta Contabile Riepilogativa (DCR), da completare nei termini temporali previsti dalla convenzione vigente (1 anno ai sensi dell'ACN del 06/03/2025) che decorrono dalla data di ricezione della DCR-FUR unitamente alle relative ricette cartacee (Flusso OCR). Entro tali termini, le ATS devono effettuare i controlli e notificare addebiti o rettifiche alle farmacie interessate. Il sistema "workflow" per la gestione della conciliazione con le farmacie, entrato a regime in seguito alla DGR G1.2022.0039206 del 30/09/2022, prevede la condivisione sull'applicativo PUF delle farmacie (Portale Unico dei Farmacisti) dei documenti probatori indicati dalla normativa (ricette dematerializzate presenti nel SAR – Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate - e immagini delle ricette rosse) a giustificazione delle squadrature contabili comunicate secondo le regole del Decreto n. 8247/2015 "PROTOCOLLO OPERATIVO REGIONALE PER L'APPLICAZIONE UNIFORME DELLE PROCEDURE DI VERIFICA E CONTROLLO SULLE RICETTE SSR, AI SENSI DELL'ALLEGATO 4 ALLA DGR N. X/3940 DEL 31/07/20.</p> <p>La Circolare di Regione Lombardia, prot.n.G1.20250046929 del 27/11/2025 ad oggetto: "URGENTE- modifica e sostituzione dell'invio calendario per ricette farmaceutiche per la verifica contabile", indica le annualità pregresse da verificare e detta la tempistica di tali controlli.</p> <p>Pertanto per il 2026 le ATS, in linea con quanto stabilito da Regione, devono recuperare le annualità pregresse nei tempi stabiliti, evitando un eventuale rischio di prescrizione e contestualmente operare i controlli sulle mensilità del 2025 che via via vengono rilasciate da ARIA.</p>
<p>Numerosità dei controlli programmati in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare</p>	<p>Controllo del 100% delle farmacie con squadrature contabili messe a disposizione e caricate sul sistema WORKFLOW</p>
<p>Flussi o basi dati utilizzati con indicazione delle fonti di riferimento</p>	<p>Il flusso di riferimento è costituito dal flusso FUR, dai dati di ritarriffazione e dal flusso del SAR per le ricette DEM</p>
<p>Modalità di campionamento</p>	<p>Verranno verificate le differenze contabili, in addebito ed in accredito, riferite alle farmacie pubbliche e private, secondo i dati caricati da ARIA SPA nel sistema WORKFLOW</p>
<p>Modalità operative di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista</p>	<p>Si procederà alla verifica delle differenze contabili da remoto con possibilità di intervenire e modificare i dati (essendo i dati consultabili online tramite il sistema WORKFLOW presente nell'applicativo FARMA2017).</p> <p>Anche le richieste di approfondimento da parte delle farmacie verranno gestite da remoto tramite WORKFLOW</p>
<p>Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni</p>	<p>Sistema Workflow nel Portale Farma2017 (per ATS) e PUF (per farmacie)</p>
<p>Indicatore di controllo utilizzato e del relativo target/atteso di riferimento</p>	<p>N. farmacie verificate / N. farmacie con squadrature contabili totali pubblicate su applicativo WORKFLOW</p>
<p>Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno</p>	<p>Analisi progressiva delle annualità pregresse + mesi contabili messi a disposizione sul Portale da ARIA Spa. VERIFICA ANNUALITA'/MENSILITA' MESSE A DISPOSIZIONE DA ARIA SPA: 2021-2022-2018-2017 da recuperare entro 28/02/2026 +mesi contabili anno 2025, secondo disponibilità</p>

CONTROLLI DPC (Distribuzione per Conto):

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	<p>Le Farmacie di comunità effettuano la Distribuzione Per Conto (DPC) sia dei medicinali A-PHT, ai sensi della DGR 796/2018, aggiornata dalla DGR 1164/2023, che dei dispositivi per automonitoraggio glicemico ex DGR 1445/2019 aggiornata dalla DGR 5925/2022. Il processo di erogazione (medicinali e dispositivi), avviene per il tramite dell'applicativo WebDPC.</p> <p>Il controllo viene effettuato sulle ricette non contabilizzate ovvero nello stato di ricetta "aperta" o "spedita" al fine di verificare l'applicazione degli accordi regionali di cui alle già citate DGR e del nuovo ACN entrato in vigore il 06 marzo 2025 "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private".</p> <p>Le risultanze di tali controlli possono comportare l'addebito pari al costo di acquisto del farmaco sostenuto da ATS al momento dell'ordine DPC da parte della farmacia.</p> <p>In prosecuzione dell'attività di verifica già in essere, anche nell'anno 2026 sono previsti i controlli relativi alle prescrizioni di farmaci/dispositivi per automonitoraggio glicemico erogati nel canale "distribuzione per conto" nel corso dell'anno 2024</p> <p>Inoltre, nel corso delle visite ispettive ordinarie c/o le farmacie la Commissione ispettiva di vigilanza effettua il controllo delle "ricette aperte da oltre 30 giorni" sul gestionale WEBDPC. Ove si riscontrassero ricette "aperte" la farmacia interessata viene invitata a produrre idonee motivazioni scritte da inviare alla ATS. Dalle successive verifiche effettuate potrebbe scaturire l'addebito del costo di acquisto del farmaco per la farmacia.</p> <p>Nell'ambito dell'attività di verifica di farmaci/dispositivi erogati tramite doppio canale (DPC), continua anche per l'anno 2026, la verifica mensile di coerenza economica tra quanto erogato dalle farmacie di ATS Brianza e quanto richiesto in liquidazione dalla capofila ATS Bergamo.</p> <p>Nel corso del 2026 si procede con l'estrazione da WEBDPC delle "ricette aperte" e di quelle "spedite" ma non contabilizzate nel corso dell'anno 2024; analisi anche tramite Farmavision; comunicazione esiti alle farmacie interessate tramite pec; inserimento eventuale addebito in DCR</p>
Numerosità dei controlli programmati in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	Viene effettuato il controllo del 100% delle "ricette aperte" e il 100% delle "spedite" ma non contabilizzate da oltre 1 anno
Flussi o basi dati con indicazione delle fonti di riferimento	Il flusso di riferimento: tracciato estratto dall'applicativo on-line WebDPC e Farmavision. Periodo da verificare: anno 2024
Modalità di campionamento	Vengono verificate le ricette riferite alle farmacie di comunità relative ai farmaci/dispositivi per automonitoraggio glicemico erogati nel canale "distribuzione per conto" estratte dal gestionale WEBDPC
Modalità operative di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	I controlli vengono effettuati senza preavviso da remoto, attraverso i portali Web-DPC e Farmavision e nel corso delle visite ispettive ordinarie c/o le farmacie.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Applicativo on-line WebDPC e portale Farmavision.
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	<p>L'attività per il 2026 prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - entro il primo trimestre 2026, controllo del 100% delle ricette DPC estratte da WEBDPC "aperte" relative all'anno 2024; - entro il primo trimestre 2026 controllo del 100% delle ricette DPC estratte da WEBDPC "spedite" ma non contabilizzate relative all'anno 2024; - controllo delle ricette aperte/spedite non contabilizzate presenti in WEBDPC segnalate dalle farmacie (su segnalazione delle farmacie) - la verifica mensile sulla coerenza economica tra quanto spedito dalle farmacie di ATS Brianza e quanto richiesto in liquidazione dalla capofila ATS Bergamo.

DCR-FUR

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	<p>Il Servizio Farmaceutico effettua mensilmente i pagamenti alle farmacie convenzionate aperte al pubblico, per erogazioni di prodotti e servizi a carico del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale.</p> <p>Per ottenere il pagamento, le farmacie devono presentare la Distinta Contabile Riepilogativa-Flusso Unico di Rendicontazione elettronica (DCR-FUR).</p> <p>I pagamenti vengono condotti attraverso l'uso dell'applicativo Farma2017, Farmavision e Contabilità eusis GPI.</p> <p>Le attività di verifica delle competenze mensili alle farmacie vengono eseguite secondo i termini previsti dal calendario regionale dei pagamenti. In seguito a controllo puntuale sulla DCR/FUR si procede a modificare/confermare l'importo da liquidare.</p>
Numerosità dei controlli programmati in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	Controllo mensile secondo calendario regionale.
Flussi o basi dati utilizzati con indicazione delle fonti di riferimento	Il flusso di riferimento è la DCR-FUR e per confermare gli importi esposti vengono utilizzati report presenti e scaricabili da Farma2017.
Modalità di campionamento	Vengono sottoposte a controllo tutte le farmacie, pubbliche e private che presentano DCR-FUR ogni mese.
Modalità operative di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	Il controllo è effettuato in remoto poiché ogni tipo di documento è inserito nell'applicativo
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Farma2017- Farmavision- Contabilità eusis GPI
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	Controllo mensile dell'importo esposto in DCR-FUR delle farmacie per la successiva liquidazione tramite l'applicativo di Farma2017, secondo calendario regionale.

CONTROLLO TECNICO DELLE RICETTE TRAMITE COMMISSIONE FARMACEUTICA AZIENDALE – CFA

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	<p>Il Servizio Farmaceutico attua controlli sulla regolarità delle ricette spedite in regime SSN in linea con le modalità previste dal nuovo ACN (Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private di cui art. 8, c.2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502) entrato in vigore il 06.03.2025 provvedendo all'invio alla Commissione Farmaceutica Aziendale delle ricette estrapolate da ARIA SPA come irregolari. Alla CFA compete la convalida del pagamento o annullamento totale o parziale delle ricette sottoposte al suo esame in relazione a quanto previsto dalla convenzione con le farmacie (ACN/2025).</p> <p>Nell'ATS Brianza opera un'unica Commissione Farmaceutica Aziendale (CFA), organismo indipendente che opera ai sensi del Nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private entrato in vigore il 06/03/2025.</p> <p>La CFA viene convocato secondo normativa e si riunisce in presenza per la verifica puntuale delle ricette SSN e dei moduli sostitutivi.</p> <p>Le ricette da sottoporre al giudizio della CFA sono ricette cartacee, RUR, presentano irregolarità tecniche e vengono estratte e caricate da ARIA SPA sul PORTALE FARMAVISION rispettando la tempistica prevista dal nuovo ACN.</p> <p>La verifica delle ricette avviene da remoto essendo i dati presenti sul portale on-line Farmavision. Nell'apposita sezione è possibile trovare il file csv con i dati relativi ad ogni singola ricetta e il file xml che permette di estrarre le rispettive immagini.</p> <p>La programmazione dei controlli da svolgersi è vincolata al caricamento dei dati da parte di ARIA sul Portale.</p>
Numerosità dei controlli in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	Viene controllato il 100% delle ricette irregolari estratte da Aria SPA nel corso di sedute della CFA.
Flussi o basi dati utilizzati con indicazione delle fonti di riferimento	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	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
Modalità operative di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	Le ricette ritenute irregolari vengono esaminate dalla Commissione Farmaceutica Aziendale nell'ambito di riunioni dedicate, per le farmacie private e per le farmacie pubbliche. Per ogni riunione viene redatto apposito verbale.
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	La programmazione dei controlli da svolgersi è vincolata al caricamento dei dati da parte di ARIA sul Portale, nel rispetto delle tempistiche dettate dal nuovo ACN del 6 marzo 2025.

6. AREA PROTESICA

6.1. Contesto territoriale

La Legge di riforma Sanitaria Lombarda (L23/2015) e seguenti atti normativi, in particolare la DGR n. 6917 del 2017 (attuazione del modello SUPI), hanno modificato l'assetto organizzativo regionale in materie di assistenza protesica, ridefinendo le competenze tra ATS e ASST territoriali.

Mentre alle ASST è affidata la competenza della presa in carico dell'Assistito e quindi delle forniture necessarie in risposta ai bisogni, alle ATS è affidata la pratica di garantire che le forniture siano prescritte da specialisti riconosciuti in ambienti accreditati con il SSR e distribuite da fornitori rispettosi dei requisiti previsti dalla norma vigente.

Nella Tabella sotto riportata si rappresenta l'insieme di offerta disponibile nel territorio di ATS Brianza.

ANALISI DI CONTESTO - SEZIONE PROTESICA	CONTESTO TERRITORIALE AL 01/01/2026
N. esercizi e GDO che erogano alimentazione fini speciali	142
N. Fornitori di Protesi, (Audio-protesica; Ottici; Ortopedie)	87
N. Strutture Sanitarie Pubbliche e/o private accreditate con Medici specialisti prescrittori di ausili e protesi	15
N. Centro di Prescrizione specialistici di ausili e protesi (VMD; P.Arto Inf; P. Acustiche; Ipovisione; Microinf –CGM;)	36
N. Medici specialisti Prescrittori	840

6.2. Programmazione 2026

Le azioni di controllo programmate per l'anno 2026 di competenza di ATS sono centrate al riconoscimento dei centri di prescrizione, all'abilitazione dei medici prescrittori e dei fornitori che erogano forniture protesiche per conto del SSR.

Le attività di controllo sono rappresentate nelle tabelle a seguire, per omogeneità di processo: Medici prescrittori; Centri di prescrizione e Fornitori.

MONITORAGGIO CENTRI DI PRESCRIZIONE

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	L'attività sarà svolta mediante verifica documentale del mantenimento dei requisiti "specifici" dei Centri di Prescrizione afferenti alla strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. L'attività di verifica per l'anno 2026 prenderà in esame i Centri di Prescrizione di Protesi d'arto Inferiore e Protesi Acustiche in linea con la DGR n.5589 del 30/12/2025 relativa agli indirizzi di programmazione per l'anno 2026, per i riferimenti inerenti alla "Rete Udito" e ad attività di coinvolgimento del comparto Orto-proteseico alle future gare ARIA spa.
Numerosità dei controlli programmati in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	Saranno coinvolte n.8 Direzioni Sanitarie di altrettante strutture pubbliche e private accreditate già riconosciute come CdP di "Protesi Acustiche" e/o "Protesi d'arto inferiore".
Flussi o base dati utilizzati con indicazione delle fonti di riferimento	Elenchi Aziendali, Estrazioni AssistantRL, Nota regionale n.7354/2013 ad oggetto "Assistenza protesica: applicazione delle determinazioni predisposte dai Sottogruppi di lavoro denominati 1,2,4 e 5". In attuazione della DGR 22 dicembre 2008 n.8730 (sottogruppo 2 e 5), per quanto inerente i Medici e i Centri di prescrizione
Modalità di campionamento ed i criteri di selezione del campione	Il controllo interesserà n.11 Centri di Prescrizione (n.6 di Protesi D'Arto e n. 5 di Protesi Acustiche) già riconosciuti al 31/12/2025 e afferenti alle 8 strutture sanitarie. Sarà chiesto di confermare i nominativi dei medici specialisti già censiti con credenziale estesa specifica per la prescrizione di Protesi d'Arto e Protesi Acustiche.
Modalità operativa di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	Alle strutture sanitarie interessate (Direzione Sanitaria) sarà richiesta la compilazione di un Modulo di autocertificazione dei requisiti specifici "scheda dati Centro di Prescrizione" per la verifica, da remoto, dei requisiti organizzativi (inerenti al personale e alle attrezzature), previsti dalla normativa regionale. Sarà indagata la presenza di convenzioni in essere tra le strutture sanitarie e le aziende fornitrici di protesi per la necessaria presenza di un tecnico presso la sede della struttura sanitaria ai fini della corretta prescrizione (Nota regionale n.7354/2013 – sottogruppo 5)
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	Con l'inizio dell'anno sarà richiesto alle strutture sanitarie coinvolte nel controllo, il modulo di autocertificazione al mantenimento dei requisiti al ruolo di "Centro di prescrizione". Nei mesi successivi saranno verificate la documentazione di risposta dei centri di prescrizione di Protesi d'arto, e protesi Acustiche con la rilevazione dell'idoneità o di eventuali non conformità oltre all'aggiornamento in Assistant dei Medici afferenti. Per la fine dell'anno, saranno mappati, i CdP che si avvalgono della competenza di tecnici di aziende fornitrici di protesi, per le corrette prescrizioni.

IDONEITA' e AGGIORNAMENTO dei MEDICI PRESCRITTORI

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	L'attività sarà svolta mediante verifica dei requisiti dei medici specialisti al fine di assegnare la credenziale di prescrizione e attraverso la produzione di report, da inviare alle strutture sanitarie di afferenza dei medici prescrittori per un controllo circa il perdurare dei requisiti abilitanti al ruolo di prescrittore di ausili e protesi dei medici già autorizzati. Sarà eseguito un focus per i medici con credenziale estesa specialistica afferenti ai Centri di Prescrizione di protesi d'arto inferiore e protesi acustiche.
Numerosità dei controlli programmati in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica di tutte le richieste ricevute dalle Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate di assegnazione credenziali al ruolo di prescrittore di ausili e protesi dei nuovi Medici. - Controllo in collaborazione con le Direzioni Sanitarie pubbliche e private accreditate (15 strutture) del mantenimento dei requisiti dei Medici Prescrittori a loro afferenti (totale n.840 medici, di cui 94 appartenenti ai CdP)
Flussi o basi dati con indicazione delle fonti di riferimento	Elenchi Aziendali, AssistantRL, Provisioning SISS, Nota regionale n.7354/2013 ad oggetto "Assistenza protesica: applicazione delle determinazioni predisposte dai Sottogruppi di lavoro denominati 1,2,4 e 5". In attuazione della DGR 22 dicembre 2008 n.8730 (sottogruppo 2 e 5), per quanto inerente i Medici e i Centri di prescrizione
Modalità di campionamento ed i criteri di selezione del campione	I nuovi medici ai quali saranno rilasciate le credenziali di prescrizione, verranno rendicontati in funzione dell'esito dei controlli. Il controllo del mantenimento requisiti al ruolo di prescrittore dei medici specialisti, interesserà tutti i medici che al 31/12/2025 risultano in possesso di una credenziale di prescrizione protesica e/o specifica del CdP in approfondimento. Sono interessati i CdP di Protesi d'arto Inferiore e Protesi Acustiche per la presenza nella DGR n.5589 del 30/12/2025, relativa agli indirizzi di programmazione per l'anno 2026, di riferimenti inerenti alla "Rete Udito" e ad attività di coinvolgimento del comparto Orto-protesico alle future gare ARIA spa.
Modalità operativa di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	Si utilizzeranno per le verifiche e i controlli, i requisiti previsti dalla nota regionale n. 7354/2013 in attuazione della Dgr N 8730/2008 (sottogruppo 2). L'attività sarà svolta da remoto e consiste: <ol style="list-style-type: none"> 3) EX-ANTE: Verifica documentale dei dati medico trasmessi dalle Direzioni Sanitarie/Presidio delle strutture pubbliche e private accreditate, di richiesta assegnazione credenziali di prescrizione (format di autocertificazione dei requisiti generali - scheda dati Medico); comunicazione alle direzioni della credenziale di prescrizione protesica autorizzata per l'aggiornamento del profilo SISS del medico da parte degli operatori PDA/PDR competenti. 4) EX-POST: Trasmissione alle Direzioni Sanitarie delle strutture pubbliche e/o private accreditate dell'elenco medici specialisti censiti nel portale AssistantRL, per la verifica del mantenimento dei requisiti al ruolo di prescrittore (indicatori: stato in servizio; tipologia di contratto; attività prescrittiva dei medici negli ultimi 12 mesi)
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	Monitoraggio semestrale dei nuovi medici specialisti a cui è stata rilasciata una credenziale estesa di prescrizione (n. Nuovi medici specialisti; n. Dinieghi rilasciati). Monitoraggio annuale dell'attività di verifica dei medici specialisti prescrittori (n. profili medici modificati; n. non conformità rilevate; n. prescrittori che non prescrivono da almeno 1 anno) Pubblicazione annuale dell'elenco aggiornato di tutti i Medici prescrittori di Protesica del territorio di ATS Brianza (dicembre 2026)

AUTORIZZAZIONE FORNITORI e VERIFICA REQUISITI

Programmazione attività di controllo 2026	
ITEMS	DESCRIZIONE
Programmazione attività di controllo con indicazione delle linee di intervento previste per l'anno 2026	L'attività prevede la valutazione documentale delle istanze di richiesta iscrizione nell'albo fornitori di ausili, ortesi e protesi per conto di SSR. Tale attività terrà conto anche delle segnalazioni di variazione dell'assetto autorizzativo già rilasciato al fornitore. Durante l'anno 2026, saranno controllate le autocertificazioni richieste ai fornitori già autorizzati al fine di verificare il mantenimento dei requisiti all'iscrizione nell'elenco fornitori.
Numerosità dei controlli programmati in relazione ai soggetti e alle tipologie di attività da verificare	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione di tutte le istanze ricevute dai Nuovi erogatori che chiedono l'iscrizione nell'albo fornitori di ausili, ortesi e protesi di ATS Brianza. - Valutazione di tutte le istanze ricevute dai fornitori già autorizzati all'erogazione di ausili, ortesi e protesi nei casi di variazioni dell'assetto autorizzativo rilasciato. - Valutazione delle autocertificazioni al mantenimento dei requisiti al ruolo di fornitore per il SSR richieste ad un totale di 14 esercizi
Flussi o base dati utilizzati con indicazione delle fonti di riferimento	Elenchi Aziendali, Estrazioni AssistantRL, nota regionale n.27302 del 19/09/2011 ad oggetto: Applicazione delle determinazioni predisposte dalla Commissione denominata: "Qualità accreditamento fornitori", in attuazione della DGR 22 dicembre 2008, n. 8730 per la verifica dei requisiti generali e specifici dei fornitori.
Modalità di campionamento ed i criteri di selezione del campione	Saranno richieste autocertificazioni al mantenimento dei requisiti al ruolo di fornitori per conto del SSR al 25% dei campione che nell'anno 2025 hanno eseguito almeno un'erogazione ad Utenti aventi diritto. Il campione è oggetto di analisi della reportistica AssistantRL
Modalità operativa di esecuzione specificando in presenza, da remoto o modalità mista	Sarà utilizzata, per la valutazione da remoto delle nuove istanze di iscrizione all'elenco fornitori e variazioni all'assetto autorizzativo rilasciato, una check list di avvenuta presentazione dei documenti e il raffronto con i requisiti previsti dalla normativa regionale vigente. L'autorizzazione si esprime con il rilascio di un codice fornitore, la registrazione in AssistantRL dell'anagrafica sia dei dati societari sia degli operatori abilitati all'accesso al portale di prescrizione delle forniture. All'inizio dell'anno saranno inviati ai fornitori del campione (n.6 Audioprotesi; n. 6 Ortopedie; n.2 Ottici) il modulo di autocertificazione dei requisiti da compilarsi da parte del titolare o del legale rappresentante con riguardo ai dati societari e dell'esercizio; la mappatura del personale presente con abilitazione all'accesso ad AssistantRL e le informazioni utili ai cittadini. Durante l'anno sarà analizzata la documentazione richiesta al fine di confermare il ruolo di fornitore.
Cronoprogramma delle attività con distribuzione temporale dei controlli nell'arco dell'anno	Monitoraggio semestrale dei nuovi fornitori iscritti nell'elenco di ATS Brianza (n. Nuovi fornitori per tipologia di erogazione; n. Dinioghi rilasciati). Monitoraggio semestrale dei fornitori che verranno controllati nei mesi al fine di accertare l'idoneità o la presenza di non conformità. Pubblicazione annuale dell'elenco aggiornato dei Fornitori di Ausili, ortesi e protesi presenti nel territorio di ATS Brianza per la consultazione della cittadinanza (dicembre 2026)

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 2026, i controlli sui TDA programmati da ATS Brianza saranno i seguenti:

- monitoraggi su SMAF (MTA, ALPI e sospensioni);
- monitoraggio TDA in riferimento alle indicazioni regionali (DGR n. XII/5589/2025);
- altri controlli finalizzati al governo dei tempi di attesa.

Monitoraggi SMAF

Nel 2026, ATS effettuerà l'attività di verifica periodica prevista per le varie tipologie di monitoraggio, mediante le seguenti azioni:

1) Monitoraggio MTA mensile;

Come per l'anno 2025, anche per il 2026 dal mese di gennaio, verrà monitorato che gli Enti Erogatori rendicontino mensilmente tutte le prenotazioni effettuate;

2) Monitoraggio Nazionale ALPI Volumi trimestrale;

In relazione alla messa a disposizione dei dati ALPI Volumi ad ATS, verranno effettuati incroci con il flusso 28/SAN al fine di valutare la qualità del dato ed evidenziare eventuali criticità quali, ad esempio, la non coerenza dei dati esposti con quanto rendicontato in regime istituzionale e in regime di libera professione/solvenza;

3) Monitoraggio Sospensioni semestrale;

Proseguirà la verifica che tutte le sospensioni effettuate dalle Strutture siano regolarmente rendicontate, coerenti agli ambiti previsti dalla normativa e che le Strutture abbiano messo in atto gli accorgimenti necessari per minimizzare il disagio dell'utenza.

Monitoraggio TDA in riferimento alle indicazioni regionali (DGR n. XII/5589/2025)

ATS Brianza monitorerà i dati di appropriatezza prescrittiva, relativi agli Enti Erogatori del territorio, messi a disposizione da DGW tramite le dashboard regionali con lo scopo di favorire una corretta applicazione delle classi di priorità e delle pratiche prescrittive, confrontandosi con le Strutture per la definizione di azioni di miglioramento mirate.

Proseguirà nel 2026 il monitoraggio periodico dei tempi di attesa ricoveri chirurgici programmati, al fine di individuare eventuali aree critiche e implementare piani di miglioramento per conseguire i risultati indicati nella seguente tabella:

Tabella 1 – Target di rispetto dei TDA dei ricoveri chirurgici programmati DGR XII/5589 del 30/12/2025

	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 oncologici programmati – tutte le classi di priorità	79%	85%	90%

Proseguirà la collaborazione con la SC Comunicazione e Innovazione relativamente all'aggiornamento mensile dei dati da pubblicare sulla sezione dedicata ai tempi di attesa del sito WEB dell'agenzia.

Altri controlli finalizzati al governo dei tempi di attesa

Proseguirà, anche per l'anno 2026, il monitoraggio mensile dei TDA delle prestazioni ambulatoriali PNGLA al fine di individuare tempestivamente eventuali prestazione/aree critiche e, tramite confronto con gli Erogatori, mettere in atto azioni di miglioramento.

7.2. PNRR M6-C1: Realizzazione Case e Ospedali di Comunità e Assistenza domiciliare

Case di comunità e Centrali Operativi Territoriali (COT)

Il territorio dell'ATS Brianza esprime una domanda di salute complessa, condizionata da un'elevata densità abitativa e da un progressivo invecchiamento demografico. Nel 2026, in linea con il consolidamento della rete territoriale definita dal DM 77/2022, saranno effettuati approfondimenti sull'operatività delle Case di Comunità (CdC) e delle Centrali Operative Territoriali (COT) trasversali. L'obiettivo è verificare che l'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali si realizzi secondo standard omogenei, garantendo continuità di cura nei territori di Monza e Lecco.

L'attività di controllo programmata per l'anno 2026 si inserisce in un quadro di governance territoriale, volto a garantire l'efficacia dei nuovi modelli assistenziali.

Per quanto attiene alle Case di Comunità, le visite integrano il monitoraggio sistematico del raggiungimento dei target PNRR, già avviato dal Dipartimento PIPSS anche in sede di incontri periodici tra le Direzioni Sociosanitarie di ATS e ASST.

Per quanto riguarda le COT, ATS Brianza con Delibera n.493 del 12.12.2024, ha pubblicato le "Linee di Indirizzo Percorso di Dimissione ed Ammissione Protetta (LG DAP)" redatte nell'ambito del Tavolo aziendale delle Dimissioni/Ammissioni Protette. A seguire ATS ha coordinato e monitorato la redazione delle procedure operative per le Dimissioni/Ammissioni protette delle due ASST del territorio di competenza. In tale sede sono stati individuati indicatori di processo e di esito, al fine di garantire il monitoraggio delle attività anche attraverso la valutazione dei punti di forza e delle criticità con l'adozione di eventuali azioni di miglioramento/correttive.

Le visite on site rappresentano, dunque, la verifica sul campo della corretta implementazione di quanto pianificato. L'attività prevede incontri preliminari con le Asst al fine di condividere, gli aspetti da attenzionare individuati come salienti nelle procedure.

Al fine di ottimizzare le risorse, si adotta una modalità mista di controllo:

- documentale/remoto: analisi preventiva dei flussi informativi, ove disponibili;
- in presenza (On-site): visite mirate alla verifica dei servizi attivi e delle modalità di assistenza previste.

La programmazione prevede:

- COT trasversali: controllo del 100% delle strutture (su un totale di 2 unità);
- Case di Comunità: verifica di un campione del 20% delle strutture (su un totale di 25 unità).

Pe quanto attiene alle Case di comunità, il monitoraggio si avvarrà dell'analisi di dati presenti nel Flusso SMAF di monitoraggio delle CdC.

La selezione delle strutture da visitare seguirà una logica di priorità basata su:

- strutture di nuova attivazione nel biennio 2025-2026;
- enti che hanno evidenziato criticità o anomalie nei flussi informativi o nei monitoraggi dell'annualità precedente;
- COT trasversali.

L'attività si articolerà secondo le seguenti fasi temporali:

- I Trimestre 2026: analisi preliminare dei flussi, ove disponibili, e definizione del campione;
- II - III Trimestre 2026: esecuzione delle visite on-site, previa interlocuzione e verifica della disponibilità organizzativa delle ASST competenti;
- IV Trimestre 2026: elaborazione della documentazione relativa agli esiti del monitoraggio.

Centri per la Famiglia

I Centri per le Famiglie sono luoghi fisici che si stanno integrando sempre di più 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 ed attivi sul territorio che perseguono obiettivi rivolti al benessere delle famiglie lungo tutte le fasi del ciclo di vita (Consultori Familiari Pubblici e Privati, Comuni, Uffici di Piano, Scuole, Associazioni e Organizzazioni di volontariato e del Terzo settore etc.).

Gli interventi realizzati sono sempre complementari a quelli già realizzati dai servizi esistenti ed i Centri per la Famiglia sul territorio di ATS Brianza sono attualmente n. 10.

Oltre alle funzioni principali definite dalla normativa di riferimento, che ha dato avvio ad una maggiore strutturazione della sperimentazione, con la DGR n. 4431/2025 i Centri per la famiglia (almeno il 30% di essi) deve obbligatoriamente mettere in atto le azioni previste dall' art. 2 del riparto del Fondo Famiglia 2024 e di seguito riportate:

- consulenza e servizi in merito all'alfabetizzazione mediatica e digitale dei minori, con particolare attenzione alla loro tutela rispetto all'esposizione a contenuti pornografici e violenti;
- servizi di alfabetizzazione delle famiglie sulla prevenzione e sugli effetti dell'assunzione di sostanze psicotrope, attraverso l'utilizzo dei materiali resi disponibili dal Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri;
- servizi finalizzati alla valorizzazione pratica dell'invecchiamento attivo, anche attraverso il coinvolgimento volontario delle persone anziane in attività di accompagnamento, assistenza e consulenza alle famiglie.

Per il territorio di ATS Brianza, il Dipartimento PIPSS monitora l'attivazione e lo stato di avanzamento delle attività dei n. 10 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 e file di monitoraggio che sono restituiti quadrimestralmente a Regione Lombardia, secondo i format stabiliti dagli Uff. Regionali Competenti.

Ad integrazione di tale attività, oltre agli incontri periodici con tutti gli Enti, sarà effettuato un sopraluogo presso n. 5 sedi HUB dei Centri per la Famiglia (50%) attivati nell'annualità 2025. Negli incontri sarà utilizzata una scheda di sopraluogo da predisporre ad hoc, volta in particolare a verificare l'attuazione delle azioni ministeriali di cui sopra e ad approfondire le modalità di collaborazione avviate con i Consulteri e/o con le CdC.

I sopraluoghi saranno avviati in presenza nel periodo tra maggio – novembre 2026. I Centri per la Famiglia saranno individuati sulla base della valutazione dei dati contenuti nei file di rilevazione degli indicatori quali e quantitativi e di monitoraggio che perverranno.

Sedi hub/spoke del CUAV

CUAV (Centri per Uomini Autori o potenziali Autori di Violenza) sono strutture specializzate che offrono programmi di recupero, trattamento e prevenzione rivolti a uomini che hanno agito violenza domestica, sessuale o di genere, oppure che sono considerati potenziali autori.

L'obiettivo principale è modificare i modelli comportamentali violenti, promuovere la responsabilizzazione e prevenire la recidiva. I CUAV lavorano in rete con gli Enti territoriali (Procure, Prefetture, Tribunali, FFOO, Comuni/Udp, Servizi Sociali, UIEPE, UEPE etc.). La DGR di riferimento è la 778/2023 (oltre alle indicazioni Ministeriali di cui all' Intesa Stato Regioni).

Sul territorio di ATS Brianza è presente n. 1 CUAV – Capofila di progetto ASST Brianza. Il CUAV si articola a livello territoriale in una sede HUB e SPOKE (a Vimercate) e due sedi SPOKE (a Monza e Costa Masnaga per la provincia di Lecco).

Per il territorio di ATS Brianza, il Dipartimento PIPSS monitora l'attivazione e lo stato di avanzamento delle attività del CUAV e riceve i dati relativi allo stato di avanzamento delle attività di relazioni tecniche e che sono restituiti periodicamente e a Regione Lombardia, secondo il format stabilito dagli Uff. Regionali Competenti.

I Dipartimento PIPSS partecipa anche ai G.D.L regionali relativi alla stesura di Linee Guida regionali per la presa in carico e definizione di un sistema di Valutazione e Monitoraggio. Ad integrazione di tale attività sarà effettuata una visita conoscitiva presso le n. 3 sedi HUB/SPOKE e sarà redatto un format di relazione/sopraluogo ad hoc.

Il periodo di riferimento individuato sarà aprile/novembre 2026.

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

7.4. Risk Management

PROGRAMMAZIONE RM PER L'ANNO 2026

Per l'anno 2026 continuerà come di consueto l'attività di monitoraggio degli eventi sentinella, eventi avversi e near miss, oltre al monitoraggio dei sinistri e alla partecipazione al 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 le strutture dell'Agenzia non coinvolte nel 2024-2025.

Per la predisposizione del Piano di Risk Management 2026 sono proposte le attività descritte di seguito, facendo riferimento specifico ad alcune tematiche già declinate nelle Linee operative di Risk Management 2026.

Tali proposte potrebbero diventare delle progettualità dopo un confronto con gli attori coinvolti delle ATS, che avverrà prossimamente, inoltre potrebbero essere integrate proprio in virtù di tale confronto.

1) PREVENZIONE E GESTIONE DELLE AGGRESSIONI SUGLI OPERATORI SANITARI

In continuità con l'attività svolta nell'ultimo triennio proseguirà l'attività formativa nei confronti degli operatori di ATS Brianza. L'evento formativo verterà su tematiche normative illustrate dai referenti della Struttura complessa Affari generali e Legali, sulle tecniche di de-escalation con esempi pratici in un'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.

Inoltre quest'anno si intende aggiornare il documento di valutazione del rischio aggressione allineando la mappatura di tale rischio a quella di tutti i processi del sistema qualità, e redigendo un documento di policy dell'Agenzia come cappello introduttivo, andando ad esplicitare quelli che sono i punti fondamentali del PREVIOS (Piano per la Prevenzione degli atti di Violenza sugli Operatori Sanitari) che Regione Lombardia ha deliberato con DGR n. XII/3672 nella seduta del 16/12/2024.

2) 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 ed RSD, è stata la necessità di formare i referenti e i 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 sugli aspetti più importanti del Risk management nelle RSA e RSD e nel 2025 sul rischio cadute che ha esitato in un ottimo gradimento dell'evento in quanto improntato su aspetti di interesse quotidiano e sulle conseguenti soluzioni da intraprendere.

Per il 2026 dando seguito alle indicazioni delle Linee operative Regionali di Risk Management si è pensato ad un evento formativo di più ampio respiro sulla tematica dell'applicazione dell'intelligenza artificiale alla gestione del Risk management nelle Strutture sanitarie e sociosanitarie del territorio. 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 si intende distribuire così come avvenuto nel 2024 con la scheda di autovalutazione sulla gestione sicura dei farmaci, la scheda di Incident reporting predisposta sul modello di Incident reporting già utilizzato in HERM lomb, in modo da uniformare anche nelle strutture sociosanitarie private accreditate a quelli delle strutture pubbliche i dati, le informazioni ed il peso dato a questo nella gestione dei rischi nella cura ed assistenza agli anziani e ai fragili, e poter creare anche una base di confronto tra le stesse strutture. Lo strumento redatto insieme ai Risk manager di tutte le ATS della Regione Lombardia, costituisce una progettualità biennale iniziata nel 2025 e che dovrà terminare proprio nel 2026.

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 il punto di riferimento diretto e accessibile per chi desidera esprimere opinioni, porre domande o segnalare disservizi (da parte dell'Agenzia stessa o da uno degli enti accreditati sul territorio di appartenenza), garantendo una comunicazione trasparente e continua tra l'amministrazione e la comunità. Le segnalazioni che giungono all'URP non sono solo un canale per raccogliere feedback, ma anche uno strumento fondamentale per ascoltare attivamente le esigenze della popolazione e migliorare costantemente i servizi offerti.

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 2026, 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 e dall'ATS Brianza.

Ai sensi dell'Allegato A della DGR 5589 del 30/12/2025 (par. 16.3.1) è previsto che entro il secondo semestre del 2026 verrà riattivata la trasmissione dei flussi di dati derivanti dalla rilevazione di Customer Satisfaction degli enti sanitari del sistema, sospeso a causa della pandemia: la modalità e i tempi di trasmissione del nuovo flusso saranno definite, ATS rimane in attesa di conoscere il ruolo che ricoprirà in questo nuovo compito istituzionale.