



Delibera n. 49 del 27/02/2024

OGGETTO: PIANO DEI CONTROLLI 2024 ATS BRIANZA

IL DIRETTORE GENERALE – Dott. Michele Brait

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

ACQUISITI i pareri del

Direttore Sanitario	Dr. Aldo Bellini	Favorevole
Direttore SocioSanitario	Dr. Antonio Colaianni	Favorevole
Direttore Amministrativo	Dott. Giuseppe Matozzo	Favorevole

PREMESSO che la L.R. 30/12/2009 n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e ss.mm.ii., 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";

RICHIAMATI:

- la DGR n. XI/7315 del 14/11/2022, con la quale la Giunta Regionale ha approvato il Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022-2023 proposto da ACSS;
- la nota prot. n. ACSSL.2024.0000246 del 08/02/2024 con la quale ACSS fornisce le indicazioni operative in attuazione del Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022-2023;
- il Decreto ATS Brianza n. 77 del 27/02/2023 avente per oggetto "Piano dei Controlli 2023 ATS Brianza";
- la DGR n. XII/1827 del 31/01/2024, ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024" che fornisce le indicazioni per le attività di controllo e prevede la predisposizione del Piano dei Controlli relativo all'esercizio 2024 entro il 28/02/2024 ed il suo invio alla DG Welfare e all'ACSS;

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

RITENUTO pertanto di adottare, ai sensi e per gli effetti della L.R. 33/09 e ss.mm.ii. e secondo le indicazioni contenute nella DGR n. XI/7315 del 14/11/2022, il "Piano dei Controlli anno 2024" quale documento operativo-programmatorio delle attività di controllo per l'anno 2024;

DATO ATTO che con nota del Direttore Generale di ATS Brianza prot. n. 11803 del 08/02/2024, la Dr.ssa Barbara Ruffini, Direttore f.f. della SC Accreditamento, Controllo e Vigilanza Strutture Sanitarie, è stata individuata quale referente per la raccolta dei contributi delle articolazioni dell'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 f.f. della SC Accreditamento Controllo e Vigilanza Strutture Sanitarie Dr.ssa Barbara Ruffini che, anche in qualità di Responsabile del procedimento, attesta la regolarità tecnica e la legittimità del presente atto;

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa:

- di adottare, ai sensi e per gli effetti della L.R. 33/09 e ss.mm.ii. e secondo le indicazioni contenute nella DGR n. XI/7315 del 14/11/2022, il "Piano dei Controlli anno 2024", allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 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 disporre l'invio della presente delibera alle Strutture interessate;
- di disporre l'invio del presente provvedimento, in formato elettronico, alla DG Welfare e all'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo.

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

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E LEGITTIMITA'

**STRUTTURA PROPONENTE: SC ACCREDITAMENTO CONTROLLO E VIGILANZA
STRUTTURE SANITARIE**

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
Barbara Ruffini**

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

Impegno: _____

Conto n.: _____ Importo: _____

NOTE

Sistema Socio Sanitario



ATS Brianza

PIANO DEI CONTROLLI

ANNO 2024

Sommario

Premessa	1
1. AREA SANITARIA.....	2
1.1. Contesto territoriale.....	2
1.2. Risorse umane	5
1.3. Programmazione 2024	5
1.3.1. Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie	5
1.3.2. Vigilanza strutture sanitarie	6
1.3.3. Controllo prestazioni sanitarie di ricovero.....	9
1.3.4. Controllo prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale	22
2. AREA SOCIOSANITARIA.....	31
2.1. Contesto territoriale.....	31
2.2. Risorse umane	35
2.3. Programmazione 2024	36
2.3.1. Autorizzazione e accreditamento strutture sociosanitarie	36
2.3.2. Vigilanza strutture sociosanitarie	37
2.3.3. Controlli di appropriatezza	40
2.3.4. Verifica requisiti strutturali e tecnologici	43
3. AREA SOCIALE.....	44
3.1. Contesto territoriale.....	44
3.2. Risorse umane	45
3.3. Programmazione 2024	46
4. AREA VERIFICHE REQUISITI CONTRATTUALI	48
4.1. Contesto territoriale.....	48
4.2. Risorse umane	51
4.3. Programmazione 2024	52
4.3.1. Area sanitaria	52
4.3.2. Area sociosanitaria	54
5. AREA FARMACEUTICA	56
5.1. Contesto territoriale.....	56
5.2. Programmazione 2024	57
5.2.1. Vigilanza e controllo farmaceutica	57
5.2.2. Farmaceutica convenzionata.....	63

6.	AREA PROTESICA	69
6.1.	Contesto territoriale.....	69
6.2.	Programmazione 2024	70
6.2.1.	Appropriatezza prescrittiva ed erogativa	70
7.	ALTRE AREE DI CONTROLLO	73
7.1.	Tempi di attesa	73
7.2.	PNRR M6-C1: Realizzazione Case e Ospedali di Comunità e Assistenza domiciliare	75
7.3.	Risk Management.....	76
7.4.	Qualità percepita.....	78

Premessa

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

I principali riferimenti normativi per la stesura del Piano sono:

- DGR n. 7315 del 14/11/2022 “Approvazione del Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022 – 2023”;
- DGR n. 1867 del 31/01/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2024”;
- Nota ACSSL.2024.0000246 del 08/02/2024 “Comunicazione in materia dei Piani dei Controlli ATS”.

Il presente Piano dei Controlli descrive, per ciascuna area, il contesto territoriale e la programmazione delle attività di controllo per l'anno 2024, secondo le linee generali indicate dall'ACSS nel vigente PCPQ, tenuto conto del contesto territoriale di ATS Brianza.

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

- SS Accreditamento e vigilanza strutture sanitarie
- SS Controllo qualità e appropriatezza prestazioni di ricovero sanitario
- SS Controllo appropriatezza e equità di accesso prestazioni ambulatoriali e governo dei tempi di attesa
- SS Vigilanza e controllo strutture sociosanitarie
- SS Vigilanza strutture sociali e sperimentazioni
- SSD Verifica requisiti strutturali e tecnologici strutture erogatrici (VRST)
- SS Negoziazione flussi e pagamenti erogatori sanitari
- SS Negoziazione flussi e pagamenti erogatori sociosanitari
- SS Vigilanza farmaceutica
- SS Controlli interni, gestione qualità e risk management
- SC Innovazione e comunicazione

1. AREA SANITARIA

1.1. Contesto territoriale

Nella Tabella 1 viene riportato il quadro di sintesi dell'offerta di posti letto accreditati e a contratto delle strutture di ricovero e cura dell'ATS al 01/01/2024.

Tabella 1 - Offerta di posti letto accreditati e a contratto delle Strutture di ricovero e cura al 01/01/2024 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	1503
AREA MONZA	MONZA	Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza	Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza	Pubblica	877	25	61			963
		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					1136	128	99	1	16
AREA BRIANZA	VIMERCATE	ASST della BRIANZA	Nuovo Ospedale di Vimercate	Pubblica	423	20	45		13	501
	DESIO	ASST della BRIANZA	Ospedale Pio XI	Pubblica	318		23		10	351
		Multimedica spa	Villa Bianca Casa di Cura	Privata		69		1		70
	CARATE BRIANZA	ASST della BRIANZA	Ospedale Civile V. Emanuele III	Pubblica	151		13			164
		Istituti clinici Zucchi spa	Istituti Clinici Zucchi spa di Carate	Privata		138		4		142
		Istituti clinici Scientifici Maugeri spa	Centro Medico di Lissone	Privata		44				44
	SREGNO	ASST della BRIANZA	P.O. Trabattoni Ronzoni di Seregno	Pubblica	-	81		4		85
		ASST della BRIANZA	P.O. G. Borella Giussano	Pubblica	62	-	17		20	99
Totale Area					954	352	98	9	43	1456
TOTALE ATS					3099	811	283	26	120	4339

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

Nella Tabella 2 viene riportato il quadro di sintesi dell'offerta delle strutture di residenzialità psichiatrica accreditate a contratto, al 01/01/2024.

Tabella 2 - Offerta delle strutture di residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica e neuropsichiatrica accreditate a contratto al 01/01/2024

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	16
	SRP1-CRA-Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza	ASST BRIANZA-PRESIDIO VIMERCATE	16
	SRP2-CPA-Comunità Protetta ad Alta Assistenza	RECOVERY FOR LIFE SRL	12
	Struttura psichiatrica semiresidenziale	ASST BRIANZA-PRESIDIO DESIO	15
CARATE BRIANZA	SRP2-CPA-Comunità Protetta ad Alta Assistenza	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI PRESIDIO DI CARATE	20
		FONDAZIONE AS.FRA ONLUS	20
		FONDAZIONE AS.FRA ONLUS	20
		ASST BRIANZA-PRESIDIO DESIO	4
	SRP1-CRA-Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI PRESIDIO DI CARATE	20
		FONDAZIONE AS.FRA ONLUS	20
		FONDAZIONE AS.FRA ONLUS	20
		ASST BRIANZA-PRESIDIO DESIO	12
	Struttura psichiatrica semiresidenziale	FONDAZIONE AS.FRA ONLUS	7
		FONDAZIONE AS.FRA ONLUS	20
		SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE LUCIANO DONGHI - ONLUS	20
		ASST BRIANZA-PRESIDIO VIMERCATE	25
		ASST BRIANZA-PRESIDIO VIMERCATE	10
MONZA	Struttura psichiatrica semiresidenziale	NOVO MILLENNIO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	18
		ASST BRIANZA-PRESIDIO VIMERCATE	15
		FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA	5
		FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA	20
		FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA	10
	SRP2-CPM-Comunità Protetta a Media Assistenza	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA	10
	SRP1-CRA-Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza	FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA	18
SEREGNO	Struttura psichiatrica semiresidenziale	ASST BRIANZA-PRESIDIO VIMERCATE	20
		ASST BRIANZA-PRESIDIO VIMERCATE	15
	SRP2-CPA-Comunità Protetta ad Alta Assistenza	ASST BRIANZA-PRESIDIO DESIO	16

A questi si aggiungono, nel distretto di Desio, 4 pl di SRP2-CPM dell'Ente Associazione San Francesco e 8 pl di SRP2-CPA dell'Ente Recovery for Life autorizzati e accreditati, ma non a contratto.

Tabella 3 - Offerta delle strutture di residenzialità e semi residenzialità neuropsichiatrica accreditate al 01/01/2024

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	20	0
	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	20	0
	LECCO	L'Arcobaleno Società Cooperativa Sociale - Onlus	10	2

A queste strutture, si aggiungono 8 pl di Residenzialità Riabilitativa NPI, 4 pl di SRP2-CPM e 20 pl di SRP2-CPA autorizzati e accreditati, ma non a contratto.

La rete ambulatoriale di ATS Brianza è composta da:

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

Nelle tabelle 4 e 5 è riportato il quadro di sintesi dell'offerta delle strutture ambulatoriali accreditate e a contratto e di quelle accreditate non a contratto al 01/01/2024.

Tabella 4 – Offerta di strutture ambulatoriali accreditate e a contratto al 01/01/2024

POLIAMBULATORI PRIVATI ACCREDITATI A CONTRATTO	NUMERO
Ambulatoriali	20
Medicina di Laboratorio	3
Medicina dello sport	5
Ambulatori odontoiatrici	3
TOTALE	31

Tabella 5 - Offerta di strutture ambulatoriali accreditate non a contratto al 01/01/2024

POLIAMBULATORI PRIVATI ACCREDITATI NON A CONTRATTO	NUMERO
Ambulatoriali	6
Medicina di Laboratorio	1
Medicina dello sport	2
Ambulatori odontoiatrici	11
TOTALE	20

1.2. Risorse umane

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

Al 01/01/2024, nello specifico si tratta di:

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

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

1.3. Programmazione 2024

1.3.1. Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie

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

Con la DGR n. 1827 del 31/01/2024 Regione Lombardia ha definito che, a partire dal 2024, si avvierà un aggiornamento del sistema di accREDITamento in linea con il mutato contesto del sistema, che comporterà una profonda riflessione e rivisitazione dei requisiti di accREDITamento, in particolare per ciò che attiene ai requisiti organizzativi, alle modalità e ai controlli.

Il nuovo sistema dovrà prevedere, anche per periodi limitati, la flessibilità di attivazione e disattivazioni di strumenti proporzionati al livello di criticità, al pari di quanto già previsto nei piani di risposta alle epidemie.

Per l'anno 2024 proseguirà comunque, nelle more di ulteriori indicazioni normative, l'attività istituzionale di accREDITamento in merito alla processazione di:

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

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

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

Le istanze continueranno ad essere processate tramite l'utilizzo dell'applicativo Regionale "ASAN", dalla SS AccREDITamento e Vigilanza Strutture Sanitarie.

1.3.2. Vigilanza strutture sanitarie

La pianificazione delle attività istituzionali ordinarie è effettuata tenendo conto delle indicazioni contenute nella DGR n. 1827 del 31/01/2024 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 Rev. 3 del 30/11/2023.

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

1. Mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle Strutture Sanitarie di ricovero e cura, strutture psichiatriche e neuropsichiatriche, servizi di medicina di laboratorio e ambulatoriali (ambulatori territoriali e ambulatori di medicina sportiva);
2. Verifiche biennali dei Servizi Trasfusionali (SIMT) e Unità di Raccolta Sangue (UdR);
3. Verifiche finalizzate alla richiesta di riconoscimento/rinnovo (di regola ogni tre anni) delle idoneità alla sperimentazione clinica ai sensi del DM 19/03/1998;
4. Comunicazioni relative a modifiche organizzative/strutturali da parte delle Strutture Sanitarie;
5. 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.);
6. Verifiche di ottemperanza a diffide;
7. Verifiche nell'ambito del percorso di accreditamento con perizia asseverata prevista dalla DGR n. 3312/2001;
8. Verifiche su eventuali criticità riscontrate durante i controlli NOC;
9. Riclassificazione delle Terapie Intensive e Semintensive;
10. Riclassificazione Terapie Intensive Neonatali;
11. Riclassificazione Unità Operative di Neuroriabilitazione (cod. 75) e Unità Spinale (cod. 28);
12. Riclassificazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio.

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 13 sopralluoghi.

Verifiche biennali dei Servizi Trasfusionali (SIMT) e Unità di Raccolta Sangue (UdR)

L'attività di vigilanza biennale presso i SIMT e le UdR è pianificata prevedendo nel team di verifica la presenza di minimo tre operatori di cui almeno un valutatore inserito nell'elenco dei Valutatori del Sistema Trasfusionale. **Modalità operative di esecuzione:** sul campo, da remoto o mista; **campione:** 10 Strutture di raccolta sangue (di cui 5 AVIS), 3 SIMT/CLV.

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

L'attività di vigilanza, il cui esito è preliminare alla richiesta di riconoscimento/rinnovo delle idoneità alla sperimentazione clinica da presentare al comitato etico da parte delle strutture interessate (DM 19 marzo 1998), riguarda la verifica del possesso dei requisiti minimi di autorizzazione contenuti nel DPR 14 gennaio 1997. **Modalità operative di esecuzione:** sul campo, da remoto o mista; il **campione** di Strutture Sanitarie deriva dalle richieste pervenute dalle strutture interessate al riconoscimento/rinnovo delle idoneità alla sperimentazione (non quantificabile).

Riclassificazione delle Terapie Intensive e Semintensive

Come previsto dalla DGR n. 3264 del 16/06/2020 e successive proroghe regionali, di cui l'ultima prevenuta in data 29/12/2023 prot. n. G1.2023.0052124, il percorso di riclassificazione delle Terapie Intensive e Semintensive per il 2024 resta in corso per le seguenti strutture:

ENTE	STRUTTURA	UO	MACROATTIVITÀ
ASST LECCO	Ospedale San Leopoldo Mandic (Merate)	32 Neurologia	Semintensiva B Neurologica
ASST BRIANZA	Ospedale Civile Vittorio Emanuele III (Carate)	94 Terapia Semintensiva Multidisciplinare	Semintensiva B

Tipologia di controllo/modalità operative di esecuzione: sul campo, da remoto o mista; **campione:** 2 Strutture Sanitarie non ancora riclassificate al 2024.

Riclassificazione Terapie Intensive Neonatali

Come previsto dalla nota Regionale G1.2023.0052124 del 29/12/2023 e dalla DGR 1827/2024 nel corso dell'anno si procederà alla riclassificazione (entro il 31/12/2024) delle Terapie Intensive Neonatali ai sensi delle DGR 267/2018 e DGR 2395/2019. **Modalità operative di esecuzione:** sul campo, da remoto o mista. **Campione:** 6 Strutture Sanitarie sede di UO oggetto di riclassificazione.

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

Ai sensi della DGR 1827/2024 si procederà all'accREDITAMENTO dei posti letto riabilitativi ospedalieri dedicati ai cod. 75 (neuroriabilitazione) e cod. 28 (unità spinale).

Nel corso del 2024, per il territorio di ATS Brianza, si procederà alla riclassificazione dei posti letto ordinari da dedicare alla neuroriabilitazione (cod. 75) secondo i nuovi requisiti di accREDITAMENTO previsti dalla DGR n. 7860 del 31/01/2023 per le strutture individuate da Regione Lombardia con DGR. n. XII /1477 del 04/12/2023.

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

Riclassificazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio

A seguito della conclusione della prima fase del percorso di riclassificazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio che ha previsto nel corso del 2023 la verifica di congruenza tra quanto presentato dall'Ente nella proposta di riclassificazione e quanto presente dell'assetto accREDITATO, per il 2024 si procederà alla verifica dell'assolvimento dei requisiti previsti dalla normativa vigente secondo le tempistiche stabilite dalla DGR 7044/2022.

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

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
- 11 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 specifici precisando che per i requisiti specifici gli stessi variano in funzione delle macro attività vigilate.

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

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

e la collaborazione:

- per la verifica dei requisiti tecnologici e strutturali della SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici;
- per la verifica di requisiti di competenza della SS Gestione e Sviluppo Programmi Intersettoriali per le strutture di Medicina dello Sport.

Proseguiranno inoltre le attività relative a:

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

1.3.3. Controllo prestazioni sanitarie di ricovero

Analisi della produzione ricoveri 2023 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 2023.

La tabella 39 riporta la numerosità della produzione delle Strutture erogatrici di ATS Brianza per setting di erogazione (acuto, riabilitazione, subacuto).

Con riferimento all'ultimo triennio (2021-2023), si conferma un sostanziale trend di produzione in aumento.

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

CODICE	STRUTTURA	2021				2022				2023			
		ACUTI	RIAB	SUB	TOTALE	ACUTI	RIAB	SUB	TOTALE	ACUTI	RIAB	SUB	TOTALE
30023	Struttura 1	-	279	-	279	-	392	-	392		285	73	358
30024	Struttura 2	6.771	-	221	6.992	6.726	-	171	7.068	6.501	167	163	6.831
30033	Struttura 3	882	226	90	1.198	1.225	264	94	1.677	1.495	315	99	1.909
30034	Struttura 4	1.844	-	186	2.030	1.999	-	97	2.193	1.763		93	1.856
30068	Struttura 5	10.604	-	-	10.604	11.711	-	41	11.793	12.651			12.651
30070	Struttura 6	5.480	-	108	5.588	5.602	-	-	5.602	5.557			5.557
30078	Struttura 7	13.502	27	-	13.529	14.367	-	-	14.367	14.453	66		14.519
30081	Struttura 8	-	-	174	174	-	-	175	350			242	242
30082	Struttura 9	-	680	-	680	-	776	-	776		970		970
30106	Struttura 10	6.131	449	-	6.580	7.385	557	-	7.942	7.827	718		8.545
30107	Struttura 11	7.518	808	172	8.498	7.861	1.099	202	9.364	7.599	1.200	179	8.978
30108	Struttura 12	17	986	31	1.034	26	798	-	824		815		815
30109	Struttura 13	-	552	-	552	-	628	-	628		640		640
30284	Struttura 14	-	909	-	909	-	911	-	911		907		907
30381	Struttura 15	8.310	-	-	8.310	8.333	-	-	8.333				
30417	Struttura 16	-	349	-	349	-	344	-	344		316		316
30903	Struttura 17	18.011	106	392	18.509	19.557	85	423	20.488	19.594	268	303	20.165
30926 (ex 30909)	Struttura 18	20.253	50	-	20.303	22.214	59	22	22.317	31.090	53		31.143
30920	Struttura 19	412	126	-	538	656	529	-	1.185	626	561		1.187
30931	Struttura 20	-	1.719	-	1.719	-	1.859	-	1.859		2.066		2.066
TOTALE		99.735	7.266	1.374	108.375	107.662	8.301	1.225	118.413	109.156	9.347	1.152	119.655

Nel setting acuto (Tabella 40), gli MDC maggiormente prodotti e con trend in progressivo aumento sono MDC 05 e MDC 08, mentre si registra una riduzione per l'MDC 04, come riportato nella tabella sottostante.

Tabella 7 – Produzione per MDC in setting acuto

CODICE	DESCRIZIONE MDC	2021	2022	2023
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	11,10%	11,40%	11,92%
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	9,83%	11,38%	11,35%
14	Gravidanza, parto e puerperio	10,81%	9,94%	9,48%
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	7,69%	8,60%	9,06%
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	11,55%	9,25%	8,25%
15	Neonati normali e neonati con disturbi perinatali	8,06%	7,39%	7,03%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	6,69%	6,95%	6,55%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	5,49%	5,77%	6,13%
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	5,39%	5,18%	5,44%
7	Malattie e disturbi di fegato, vie biliari e pancreas	3,41%	3,61%	3,72%
9	Malattie e disturbi di cute, tessuto sottocutaneo e mammella	3,00%	3,19%	3,34%
3	Malattie e disturbi di orecchio, naso, bocca e gola	2,18%	2,78%	3,10%
19	Disturbi mentali	2,84%	2,40%	2,44%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	1,47%	1,64%	1,84%
18	Malattie infettive e parassitarie	1,64%	1,94%	1,79%
2	Malattie e disturbi dell'occhio	1,66%	1,56%	1,66%
10	Malattie e disturbi endocrini, della nutrizione e del metabolismo	1,41%	1,56%	1,65%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute	1,91%	1,82%	1,63%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie	1,42%	1,30%	1,32%
16	Malattie e disturbi del sangue e degli organi emopoietici	0,95%	0,84%	0,94%
21	Traumatismi ed avvelenamenti	0,59%	0,72%	0,64%
PR	PRE - MDC	0,60%	0,46%	0,42%
20	Abuso di alcol e farmaci e disturbi mentali correlati	0,09%	0,09%	0,10%
25	Infezioni da HIV	0,05%	0,07%	0,08%
24	Traumatismi multipli	0,09%	0,10%	0,07%
NA	Non attribuibile	0,05%	0,06%	0,03%
22	Ustioni	0,02%	0,01%	0,02%

Nel setting riabilitativo (Tabella 41), gli MDC maggiormente prodotti nel 2023, in linea con quanto rilevato per l'anno 2021 e il 2022, sono MDC 01 e MDC 08, mentre quelli che registrano un maggior incremento sono i ricoveri che ricadono negli MDC 04 e MDC 05.

Tabella 8 - Produzione per MDC in setting riabilitativo

CODICE	DESCRIZIONE MDC	2021	2022	2023
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	43,47%	40,86%	36,44%
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	33,73%	31,84%	30,98%
19	Disturbi mentali	10,86%	10,26%	11,29%
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	4,45%	8,53%	9,86%
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	4,77%	6,69%	9,31%
03	Malattie e disturbi di orecchio, naso, bocca e gola	0,66%	0,87%	0,98%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute	1,46%	0,43%	0,58%
02	Malattie e disturbi dell'occhio	0,16%	0,25%	0,28%
10	Malattie e disturbi endocrini, della nutrizione e del metabolismo	0,19%	0,07%	0,10%
18	Malattie infettive e parassitarie	0,01%	0,04%	0,09%
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	0,05%	0,02%	0,03%
21	Traumatismi ed avvelenamenti	0,04%	0,01%	0,03%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	0,04%	0,06%	0,01%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	-	-	0,01%
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sist. immunitario	-	-	0,01%
15	Neonati normali e neonati con disturbi perinatali	0,03%	0,01%	-
24	Traumatismi multipli	-	0,01%	-
PR	PRE - MDC	-	0,01%	-
07	Malattie e disturbi di fegato, vie biliari e pancreas	0,03%	-	-
09	Malattie e disturbi di cute, tessuto sottocutaneo e mammella	0,03%	-	-
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	0,01%	0,01%	-
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	-	0,01%	-

Relativamente all'analisi degli indicatori del Portale di Governo Regionale per l'anno 2023, sono stati considerati gli indicatori NOC, gli indicatori di efficacia, gli indicatori di appropriatezza e gli indicatori di esito; risultano sopra la media regionale, per alcune Strutture erogatrici del territorio di ATS Brianza, i seguenti indicatori:

- Indicatori NOC I3 – “incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa”
- Indicatori di efficacia RISK I5 – “durata media degenza” in reparti chirurgici specialistici
- Indicatori di efficacia RISK I6 – “peso medio DRG”
- Indicatori di appropriatezza % Ricoveri ripetuti entro 30 gg con stesso MDC

Alcuni di questi sono motivati dalla peculiarità della produzione, altri sono a rischio di inappropriatezza e pertanto attenzionabili nell'ambito dei controlli.

Criteri di campionamento

Il campionamento per l'esercizio 2024 è stato definito utilizzando i criteri indicati in Tabella 42, che include i criteri di campionamento definiti a livello regionale (tipo da 1 a 7), quelli correlati agli indicatori NOC del Portale di Governo Regionale (tipo da R a Z) e n. 34 criteri mirati di interesse locale aggiornati annualmente (tipo 8).

Tabella 9 - Criteri campionamento controlli NOC ricoveri - anno 2024

CAMP	SUB_COD	CRITERIO DESCRITTIVO	RIFERIMENTI NORMATIVI
1	100	Ripetuti	DGR 12692/2003 e DGR 4799/2007
2	200	Complicati	DGR 12692/2003 e DGR 4799/2007
3	300	DRG Anomali	DGR 12692/2003 e DGR 4799/2007
4	400	DRG medici < 4 gg con DP di NPL	DGR 12692/2003 e DGR 4799/2007
5	500	DH diagnostici	DGR 12692/2003 e DGR 4799/2007
6	600	Riabilitazione	DGR 12692/2003 e DGR 4799/2007
7	700	Riabilitazione (PRI e pri)	DGR 12692/2003 e DGR 4799/2007
8	801	8 - Chirurgici brevi	Regole di sistema consolidate
8	802	8 - DRG a rischio inappropriatazza - chi	DGR 1185/2013 e DGR 1046/2018
8	803	8 - DRG a rischio inappropriatazza - med	DGR 2057/2011
8	804	8 - DRG chemioterapia	DGR 6006/2016
8	805	8 - PTCA	Regole di sistema consolidate, DGR 3976/2012
8	806	8 - IMA	DGR 6006/2016
8	807	8 - Nefrostomie	Regole di sistema consolidate, DGR 34869/1998
8	808	8 - DRG ginecologia	Regole di sistema consolidate
8	809	8 - Neoplasie	Regole di sistema consolidate, DGR 4799/2007
8	810	8 - Ricoveri contemporanei	Regole di sistema consolidate
8	811	8 - Setticemie	DGR 2057/2011, Interpello GdL del 23/03/2017
8	812	8 - DRG complicati in DH	Regole di sistema consolidate
8	813	8 - DRG dermatologici	Regole di sistema consolidate
8	814	8 - DRG mammella	DGR 2645/2006 e DGR 1185/2013
8	815	8 - PMA	Regole di sistema consolidate
8	816	8 - Subacuti	DGR 1479/2011
8	817	8 - Ricoveri rinviati	Regole di sistema consolidate
8	818	8 - Ricoveri con procedure BIC	Regole di sistema consolidate
8	819	8 - Chirurgia bariatrica e post bariatrica	Regole di sistema consolidate
8	820	8 - Neonati patologici	DGR 2418/2000, DGR 2989/2014 e DGR 3993/2015
8	821	8 - Tracheostomie	Regole di sistema consolidate
8	822	8 - Parti complicati	DDG 32013/2001
8	823	Endoprotesi	DGR 5924/2022, Decreto 14040/2022, DGR 285/2023
8	824	8 - Artrodesi	Regole di sistema consolidate
8	825	8 - DRG costosi	Regole di sistema consolidate; DRG 7758/2022
8	826	8 - Ustioni	DGR 1185/2013
8	827	8 - Innesti cutanei	Regole di sistema consolidate
8	828	8 - Riabilitazione - DH	DGR 6006/2016
8	829	8 - Riabilitazione - costosi	DGR 6006/2016
8	830	8 - Riabilitazione - fratture	DGR 6006/2016
8	831	8 - Riabilitazione - plegie	DGR 1046/2018, DGR 1986/2019, nota DGW G1.2019.0009622
8	832	8 - Trasferimenti intra-ente	DGR 7758/2022
8	833	8 - Psichiatria	Regole di sistema consolidate
8	834	8 - Medici brevi	Regole di sistema consolidate
R	R00	Ind. Reg. I/9	% di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni
S	S00	Ind. Reg. I/8	Importo medio per reparto
T	T00	Ind. Reg. I/7	% di procedure effettuate in ambulatorio
U	U00	Ind. Reg. I/6	Numero di accessi per SDO in regime di day hospital
V	V00	Ind. Reg. I/5	% di ricoveri ripetuti nello stesso ospedale
W	W00	Ind. Reg. I/4	% di ricoveri ripetuti per la stessa MDC ed all'interno dello stesso ospedale
X	X00	Ind. Reg. I/3	Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa
Y	Y00	Ind. Reg. I/2	% casi complicati
Z	Z00	Ind. Reg. I/1	% di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni

Pianificazione attività di controllo

Secondo quanto disposto nella DGR n. 1827 del 31/01/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2024”, l’attività del NOC della ATS si svolge dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024. In particolare, il volume dei controlli sulle prestazioni di ricovero è determinato in almeno il 12,5% calcolato sulla produzione dell’anno 2023 e così suddiviso:

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




















Nelle more della nota regionale contenente le indicazioni relative alla numerosità dell’atteso definitivo calcolato sulla produzione consolidata dell’anno 2023, si è provveduto a stimare il debito in base alla produzione attualmente disponibile, come da tabella sotto riportata:

Tabella 10 – Stima del debito NOC – anno 2024



STRUTTURA	Produzione 2023	Stima atteso controlli 2024			
		Volume totale controlli 2024 (12,5%)	Mirato congruenza (6%)	Autocontrollo congruenza (3,5%)	Autocontrollo qualità documentale (3%)
STRUTTURA 1	358	45	21	13	11
STRUTTURA 2	6.831	854	410	239	205
STRUTTURA 3	1.909	239	115	67	57
STRUTTURA 4	1.856	232	111	65	56
STRUTTURA 5	12.651	1581	759	443	380
STRUTTURA 6	5.557	695	333	194	167
STRUTTURA 7	14.519	1815	871	508	436
STRUTTURA 8	242	30	15	8	7
STRUTTURA 9	970	121	58	34	29
STRUTTURA 10	8.545	1068	513	299	256
STRUTTURA 11	8.978	1122	539	314	269
STRUTTURA 12	815	102	49	29	24
STRUTTURA 13	640	80	38	22	19
STRUTTURA 14	907	113	54	32	27
STRUTTURA 15	316	40	19	11	9
STRUTTURA 16	20.165	2521	1210	706	605
STRUTTURA 17	1.187	148	71	42	36
STRUTTURA 18	31.143	3893	1869	1090	934
STRUTTURA 19	2.066	258	124	72	62
TOTALE	119.655	14.957	7.179	4.188	3.590

La programmazione dei controlli sull’attività di ricovero per l’anno 2024, sintetizzata di seguito, tiene conto dell’atteso calcolato, delle risorse professionali disponibili e della possibilità di svolgere l’attività da remoto.

Figura 1 – Cronoprogramma controlli NOC ricoveri – anno 2024

EROGATORI		gen-24	feb-24	mar-24	apr-24	mag-24	giu-24	lug-24	ago-24	set-24	ott-24	nov-24	dic-24
STRUTTURA 1											M AC AQ		
STRUTTURA 2										M AC AQ			
STRUTTURA 3									M AC AQ				
STRUTTURA 4									M AC AQ				
STRUTTURA 5			M									AC AQ	
STRUTTURA 6			M									AC AQ	
STRUTTURA 7				M								AC AQ	
STRUTTURA 8												M AC AQ	
STRUTTURA 9												M AC AQ	
STRUTTURA 10				M						AC AQ			
STRUTTURA 11					M			AC AQ					
STRUTTURA 12								M AC AQ					
STRUTTURA 13									M AC AQ				
STRUTTURA 14									M AC AQ				
STRUTTURA 15								M AC AQ					
STRUTTURA 16						M						AC AQ	
STRUTTURA 17										M AC AQ			
STRUTTURA 18					M1							M2 AC AQ	
STRUTTURA 19								M AC AQ					

Legenda:

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

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 2024. Le Strutture hanno provveduto ad inviare entro il 15/02/2023 i Piani di Controllo Aziendali per le prestazioni di ricovero con i criteri mirati di campionamento da applicare alle cartelle cliniche. I Piani sono stati sottoposti a verifica da parte del NOC per la formulazione di eventuali osservazioni con richieste di integrazioni o aggiornamenti.

È stata inoltre programmata la verifica della quota del 3% riferita ad attività di autocontrollo di qualità documentale per la quale è prevista l'estrazione casuale da parte di ATS, nel corso del mese di maggio, di un elenco di cartelle cliniche riferite al periodo gennaio – marzo 2024.

Controlli mirati di congruenza ed appropriatezza generica

Per l'esercizio 2024 la selezione delle cartelle cliniche tiene conto delle indicazioni previste dalla normativa regionale (indicatori 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 2024 sono riferiti principalmente a cartelle cliniche prodotte nell'anno 2023. Si precisa che relativamente alla numerosità dei campioni questo NOC applica un coefficiente di equità come fattore moltiplicativo della numerosità definita dagli indirizzi di programmazione, così specificato:

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

Approfondimenti tematici

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

A. Completezza della cartella clinica

La compilazione delle cartelle cliniche deve essere la più completa e corretta possibile.

L'unico luogo dove conservare i documenti prodotti durante l'episodio di ricovero (es. SDO, verbale operatorio, lettera di dimissione, consensi informati, ecc.) è la cartella clinica (Manuale del Fascicolo di Ricovero – 3° edizione – 2019).

I ricoveri erogati per conto del SSR le cui cartelle cliniche non corrispondono ai requisiti previsti dalla normativa vigente non sono rimborsabili, parzialmente o totalmente, in quanto non chiaramente rappresentative del percorso di cura del paziente (DGR n. 9014/2009; DGR n. 621/2010).

In merito all'utilizzo dei criteri di verifica della qualità documentale, è possibile procedere alla modificazione della valorizzazione a fronte del riscontro di gravi carenze documentali anche nel corso dei controlli di congruenza (DGR 6502/2017). Si ammette che l'eventuale documentazione mancante possa essere fornita su richiesta dei funzionari del NOC anche in corso di controllo nel caso in cui la stessa, redatta e sottoscritta nei modi e nei tempi coerenti con l'effettuazione dell'attività assistenziale cui si riferisce ma erroneamente sfuggita all'archiviazione in cartella clinica. (Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatezza e Controlli di Regione Lombardia – Verbale del 14/12/2011).

A.1 Lettera di dimissione ospedaliera

La lettera di dimissione è strumento di passaggio di informazioni significative tra il medico dimettente e il medico curante dell'assistito e funge da collegamento tra l'ospedale e il medico di medicina generale o l'ambito assistenziale che si prenderà cura della persona assistita dopo la dimissione. (DGR n. 6502/2017).

La lettera di dimissione è redatta dal medico che ha seguito il ricovero e deve contenere in modo esplicito, chiaro ed esaustivo i seguenti elementi:

- inquadramento clinico iniziale;
- motivo del ricovero;
- valutazione e decorso clinico;
- riscontri ed accertamenti significativi;
- procedure eseguite durante il ricovero;
- terapia farmacologica effettuata;
- condizioni del paziente e diagnosi alla dimissione;
- terapia farmacologica prescritta alla dimissione;
- istruzioni di follow-up;
- data di redazione;
- identificazione e firma del medico dimettente.

Il medico curante può prenderne visione a seguito di esibizione da parte della stessa persona assistita - o di suo caregiver - oppure attraverso il FSE, di cui la lettera di dimissione costituisce componente necessaria a livello nazionale.

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

L'eventuale relazione di trasferimento sottoscritta dal medico in occasione di un invio del paziente in urgenza in altra struttura non può in alcun modo ritenersi sostitutiva della lettera di dimissione se non contiene gli elementi caratterizzanti la stessa.

Anche per ogni ricovero in day hospital viene redatta, in corrispondenza della chiusura della cartella clinica (ad esempio, a conclusione di ogni ciclo terapeutico oppure per motivi amministrativi), una lettera di dimissione con le medesime caratteristiche riportate in precedenza. È comunque buona pratica rilasciare, ad ogni accesso di day hospital, una breve relazione descrittiva di quanto eseguito durante il ricovero, per assicurare la continuità terapeutica con il medico curante.

Con riferimento al "Progetto per la continuità della cura del paziente oncologico dopo trattamento chirurgico" che prevede, per le strutture pubbliche e private accreditate coinvolte, l'implementazione di un modello organizzativo di follow-up con presa in carico "totale" del paziente, è raccomandato l'inserimento in lettera di dimissione delle seguenti informazioni:

- a) appuntamento per la consegna dell'esito dell'esame istologico e della valutazione multidisciplinare;
- b) appuntamento/i per l'effettuazione delle prestazioni di follow-up nella stessa struttura, nei tempi definiti dal percorso di follow-up.

Laddove all'atto della dimissione non sia possibile pianificare il follow-up (ad esempio, perché il percorso è definito in funzione dell'esito dell'esame istologico), la prescrizione e la prenotazione delle prestazioni di follow-up sono riportate nell'addendum alla lettera di dimissione.

A.2. Cartella riabilitativa e sperimentazione SDO-R

Le attività sanitarie di riabilitazione richiedono la presa in carico globale della persona mediante la predisposizione, da parte del medico responsabile dell'U.O. Riabilitazione, di un progetto riabilitativo individuale (PRI) e la sua realizzazione con uno o più programmi (pri) attuativi (DGR n. 3111/2006).

Nel caso di ricoveri riabilitativi, la cartella clinica deve infatti contenere, anche ai fini della loro rimborsabilità, il Progetto ed il programma riabilitativo individuale (PRI e pri), firmati dal medico facente parte dell'équipe riabilitativa (DGR 621/2010).

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) è il documento diagnostico, prognostico e terapeutico elaborato dal "team riabilitativo" responsabilità del Dirigente medico dell'U.O. di Riabilitazione. Il PRI viene stilato in base al gruppo diagnostico principale e alle diagnosi funzionali che caratterizzano il paziente ammesso alla struttura riabilitativa e si declina prendendo in considerazione gli aspetti previsti dalle dimensioni "attività e partecipazione" dell'ICF (International Classification of Functioning) dell'OMS. In modo particolare si richiede che, all'interno del progetto venga formulato un obiettivo coerente, vengano identificate le figure professionali che partecipano al progetto, vengano definite la metodologia e i tempi entro cui verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti (ad es. con scale funzionali validate). Il PRI deve essere declinato in programmi riabilitativi.

Il/i Programma/i Riabilitativo/i Individuale/i (Pri) rappresentano la declinazione sui singoli pazienti del Progetto Riabilitativo Individuale. I Pri devono essere tenuti a cura dell'operatore sanitario che li attua all'interno del "team riabilitativo". (DGR n. 1375/2005)

Il professionista della riabilitazione documenta la scelta degli interventi nel progetto riabilitativo che ritiene possano portare al recupero della menomazione o all'acquisizione di nuove abilità, per superare i deficit residui e stila un programma con un diario riabilitativo.

Tale diario deve contenere la registrazione dei trattamenti riabilitativi, la risposta del paziente e i suoi cambiamenti, giornalmente e in ordine cronologico, in conformità a quanto previsto dai requisiti specifici di autorizzazione e accreditamento. Deve altresì essere riportata la data e il tempo erogato (in minuti) delle attività riabilitative, anche al fine di valutare il corretto setting assistenziale e di verificare l'appropriatezza del livello di intensità assistenziale. Ogni nota di diario deve essere sottoscritta dal professionista della riabilitazione che ha operato. (DGR n. 6502/2017).

Per le UO di Neuroriabilitazione (codice 75), come indicato nella DGR n. 7860 del 31/01/2023 è previsto uno standard riabilitativo di trattamento individuale di almeno 600 minuti/paziente/settimana e un'attività organizzata per svolgersi per almeno sei giorni su sette.

Per le UO di Recupero e Riabilitazione Funzionale (codice 56) di alta complessità (IAC), come indicato nella DGR n. 1980/2014, è previsto uno standard riabilitativo di trattamento individuale di almeno 500 minuti/paziente/settimana e un'attività organizzata per svolgersi per almeno sei giorni su sette.

Per le UO di Recupero e Riabilitazione Funzionale (codice 56) intensive, come indicato nella DGR n. 1980/2014, è previsto uno standard riabilitativo di trattamento individuale di almeno 380 minuti/paziente/settimana e un'attività organizzata per svolgersi per almeno sei giorni su sette.

Ai sensi del DM 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera", della DGR n. 1688 del 28/12/2023 e della nota regionale G1.2024.0001009 del 11/01/2024 "Trasmissione DGR n. XII/1688 del 28/12/2023 – flusso SDO riabilitativa", nel caso di ricovero:

- di paziente di età > 17 anni
- di paziente dimesso a partire dal 1° gennaio 2024
- nelle tre discipline ospedaliere Unità Spinale (codice 28), Recupero e Riabilitazione Funzionale (codice 56) e Neuroriabilitazione (codice 75),
- attribuibile alle Macro Categorie Diagnostiche (MDC) "MDC 1 - Malattie e disturbi del sistema nervoso", "MDC 4 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio", MDC 5-Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio e "MDC 8 - Malattie e disturbi dell'apparato muscolo scheletrico",

la cartella riabilitativa dovrà includere i contenuti informativi introdotti dal "Regolamento recante modificazioni e integrazioni al regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati" (DM n. 165 del 26/09/2023), con particolare riferimento alle specifiche su:

- modalità di codifica della SDO,
- provenienza della paziente,
- modalità di dimissione,
- valori in ingresso e alla dimissione delle scale di valutazione della disabilità e di complessità assistenziale.

I campi diagnosi presenti nel tracciato SDO2 devono essere compilati secondo le indicazioni contenute nelle “Linee guida per la compilazione e la codifica della SDO in caso di ricoveri in reparti di riabilitazione”:

Nome campo	Posizione inizio	Posizione fine	Descrizione	Indicazioni Linee guida
DIAGN	77	81	diagnosi principale dimissione	Sindrome funzionale, postumi/esiti, menomazione/disabilità
COND1	82	86	diagnosi secondaria 1	Diagnosi eziologica
COND2	87	91	diagnosi secondaria 2	Marcatore di complessità all’ammissione
COND3	92	96	diagnosi secondaria 3	Marcatore di complessità all’ammissione
COND4	97	101	diagnosi secondaria 4	Complicanze insorte o comorbilità pregresse riacutizzate o menomazioni/disabilità coesistenti
COND5	102	106	diagnosi secondaria 5	Complicanze insorte o comorbilità pregresse riacutizzate o menomazioni/disabilità coesistenti

A.3 Consenso informato

Il consenso informato costituisce un momento imprescindibile dell’attività medica: è infatti l'accettazione che il paziente esprime a un determinato trattamento sanitario, in maniera libera (e non mediata dai familiari), dopo essere stato informato sulle modalità di esecuzione, sui benefici, sugli effetti collaterali, sui rischi ragionevolmente prevedibili e sull'esistenza delle eventuali alternative terapeutiche.

A chi dare informazione

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuovere la massima partecipazione alle scelte decisionali e l’adesione alle proposte diagnostico terapeutiche.

Nel caso di un minore o di persona non in grado di firmare, nei casi previsti dalla legge, in cartella clinica devono essere inclusi moduli esplicativi che identifichino le persone che danno il consenso (DGR n. 6502/2017).

Quando il paziente non è in grado di fornire un valido consenso informato, è comunque fondamentale che il medico dia evidenza nella documentazione clinica della necessità di procedere al trattamento sanitario utile e necessario e della volontà del paziente in qualsiasi forma espressa o della sua impossibilità a comunicare un valido consenso. La registrazione in cartella clinica, qualora non possa essere contestuale, deve comunque avvenire tempestivamente rispetto alla effettuazione dell’attività.

A chi compete dare informazione

È buona prassi che l’acquisizione del consenso venga assunta da chi effettua la prestazione. È di tutta evidenza che il paziente deve giungere al medico esecutore già consapevole della prestazione che quest’ultimo dovrebbe porre in essere. Il medico erogatore dovrà accertarsi che il paziente sia stato adeguatamente informato, avendo egli, per la specifica prestazione richiestagli, la responsabilità dell’agire diretto sull’assistito.

La validità del consenso è inscindibilmente connessa ad una preventiva e completa informazione ed incombe sull’operatore sanitario l’obbligo di offrire gli elementi indispensabili perché la persona che dovrà sottoporsi ad un trattamento sanitario sia sufficientemente edotta in ordine al tipo di trattamento, alle alternative terapeutiche, alle finalità, alla possibilità di successo, ai rischi ed agli effetti collaterali.

Per il paziente accolto in setting di cura con specifiche caratteristiche e finalità (ad esempio: cure subacute, riabilitazione...), la normativa prevede l'acquisizione di un consenso peculiare per la tipologia di setting assistenziale nel quale il paziente è degente. In caso di trasferimento da una Struttura ad un'altra con cambio di setting, tale consenso non può essere demandato esclusivamente alla Struttura inviante, in quanto solo la Struttura erogatrice del nuovo livello di cura è in grado di descrivere la propria offerta di servizi e, quindi, è responsabile delle informazioni legate alla specifica organizzazione e finalità. La Struttura erogante ha pertanto il dovere di accertarsi che il paziente sia stato adeguatamente informato avendo, per la specifica prestazione di ricovero, la responsabilità dell'agire diretto sull'assistito (Manuale della Cartella Clinica - prima edizione, giugno 2001).

Modalità di acquisizione

Il consenso deve essere acquisito prima dell'intervento chirurgico, dell'anestesia, dell'utilizzo di sangue o emocomponenti e di altri trattamenti e procedure ad alto rischio; in riferimento alla chirurgia elettiva, il consenso alla trasfusione è previsto anche nei casi in cui la trasfusione non venga effettuata, ciò a tutela del principio che il consenso sia prestato dal paziente prima del verificarsi dell'evento trasfusivo. Il consenso informato è acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico (L. 219/2017 art. 1 comma 4).

Caratteristiche e contenuto dell'informazione

Il consenso deve essere datato e firmato dalla persona assistita e dal medico, deve essere completo e deve contenere l'esatta denominazione dell'intervento.

Affinché il consenso possa considerarsi valido, deve possedere le seguenti caratteristiche:

- deve essere dato prima dell'inizio del trattamento terapeutico;
- deve essere manifestato esplicitamente al sanitario;
- deve provenire dalla persona che ne ha la disponibilità (età, capacità giuridica);
- deve essere dato liberamente e essere immune da errori;
- può essere sempre revocato;
- deve essere richiesto per ogni trattamento (limitato a un tipo di intervento);
- la persona a cui viene richiesto il consenso deve ricevere informazioni chiare e comprensibili sia sulla malattia sia sulle indicazioni terapeutiche e in caso di indicazione chirurgica o di necessità di esami diagnostici specialmente se invasivi, la persona a cui viene richiesto il consenso deve essere esaurientemente informata sulla caratteristica della prestazione, in rapporto naturalmente alla propria capacità di apprendimento;
- la persona che deve dare il consenso deve essere portata a conoscenza sui rischi connessi e sulla loro percentuale di incidenza, nonché sui rischi derivati dalla mancata effettuazione della prestazione.

A.4 Documentazione anestesiológica

In caso di ricoveri nei quali vengono eseguiti interventi chirurgici o procedure interventistiche che prevedono assistenza anestesiológica dedicata, è necessario che la cartella clinica contenga anche la documentazione/cartella anestesiológica riportante il monitoraggio intraoperatorio. Tale documentazione costituisce uno dei requisiti necessari per la piena rimborsabilità dell'episodio di ricovero (DGR n. 621/2010).

La documentazione anestesiológica può ricomprendere le seguenti componenti (DGR n. 4298/2021 - Manuale del Fascicolo di Ricovero - 3a edizione rev. 01-2021):

- Valutazione preoperatoria, comprensiva di anamnesi, esame obiettivo, sintesi delle indagini preoperatorie, ricognizione della terapia farmacológica in atto, giudizio di idoneità al trattamento

programmato, classificazione del rischio e consenso all'anestesia. Al termine della valutazione preoperatoria va prevista l'annotazione di eventuali comunicazioni per l'articolazione organizzativa che prenderà in carico il paziente (ad es.: indicazione di occorrenze trasfusionali, prescrizione di premedicazione o di terapie da avviare o sospendere, ecc.).

- Valutazione immediatamente precedente l'intervento, per escludere l'insorgenza di modifiche dello stato di salute influenzanti il seguito del trattamento programmato.
- Scheda intra-operatoria, comprendente le seguenti informazioni:
 - nome dell'anestesista;
 - tipo di anestesia praticata;
 - dispositivi medici utilizzati;
 - modalità di ventilazione;
 - registrazione dei parametri monitorati;
 - registrazione dei farmaci e delle infusioni somministrati;
 - bilancio idrico intraoperatorio;
 - eventuali segnalazioni.
- Documentazione della fase di risveglio:
 - sede del risveglio;
 - registrazione dei parametri monitorati;
 - valutazione del dolore;
 - registrazione di farmaci e infusioni somministrati;
 - annotazione degli orari di ingresso e uscita dall'area di risveglio;
 - parametri rilevati e condizioni cliniche all'uscita del paziente dal blocco operatorio;
 - ora in cui viene autorizzata l'uscita del paziente dal blocco operatorio;
 - indicazioni per l'articolazione organizzativa che avrà in carico il paziente, riguardo a trattamenti, monitoraggi, controlli postoperatori.

Come indicato dalla DGR n. 3993/2015, è necessario che anche le prestazioni anestesologiche effettuate per attività diagnostico-terapeutiche svolte al di fuori delle Sale Operatorie (NORA, Non Operating Room Anesthesia), seguano i consueti protocolli di sicurezza del paziente, con particolare riferimento a:

- raccolta di consenso informato del paziente;
- monitoraggio dei parametri vitali del paziente (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, frequenza respiratoria, saturazione in ossigeno), valutazione seriale (ogni 5') del livello di coscienza e di risposta agli stimoli e verifica del dosaggio dei farmaci utilizzati;
- compilazione di una cartella anestesologica/scheda anestesologica;
- monitoraggio post-procedura (mantenimento dei parametri vitali, autonomia ecc.).

B. Movimentazione del paziente: modalità di rendicontazione delle procedure/interventi eseguiti in service

Ai fini di una corretta rendicontazione dell'episodio di ricovero e di tenuta della documentazione clinica, vengono di seguito riassunte le modalità di gestione del paziente movimentato da un presidio a un altro per l'effettuazione di procedura che, a meno di complicanze e dopo stabilizzazione clinica, ritorna presso la struttura inviante per il completamento dell'assistenza in acuto.

La descritta movimentazione del paziente costituisce un unico episodio di assistenza articolato su più presidi ospedalieri, grazie alla strutturazione di un percorso tra diverse strutture, secondo un modello che deve garantire il corretto riconoscimento di un episodio unico di malattia all'interno di un unico DRG.

Tale modello è realizzabile dalla Struttura inviante facendo riferimento alle modalità di rendicontazione definite dal Manuale di rilevazione - Flusso informativo - Scheda di Dimissione Ospedaliera - v. 2.2 – 2022 per gli interventi chirurgici o procedure "esterne" da indicare sul file SDO6.txt ovvero nella parte del flusso SDO

che contiene le informazioni da compilare sempre e solo per i ricoveri ordinari, nel caso in cui un intervento chirurgico o procedura venga effettuato in modalità “in service” presso un presidio diverso da quello in cui il paziente è ricoverato (quindi senza chiusura della SDO).

Deve essere completamente compilato un gruppo trasferimento esterno per ogni flag positivo “Intervento chir./procedura esterno (in service)” riportato nel file SDO2.txt: se flag=1 (SI) devono essere registrate tutte le relative informazioni del file SDO6 che sono quindi considerate abbinate all’intervento (il primo intervento con flag=1 con il primo gruppo di informazioni SDO6, il secondo intervento con flag=1 con il secondo gruppo, ecc.).

Procedure di modesta entità, che normalmente non sarebbero riportate sulla SDO, non dovranno essere registrate neppure se eseguite in Service.

Il NOC provvede alle verifiche di propria competenza in materia di correttezza della rendicontazione delle prestazioni sanitarie di ricovero, affinché non si assista alla erronea produzione di più SDO a fronte di un unico episodio di cura.

Inoltre, è necessario provvedere ad una corretta tenuta della documentazione clinica durante tutte le fasi di assistenza tra i presidi, con particolare riferimento alla modulistica relativa all’informazione e consenso (procedura, eventuale sedo-analgesia ecc.) da raccogliere con le modalità previste dalle normative e indicazioni regionali vigenti. La documentazione clinica relativa al passaggio nel presidio in cui il paziente non è ricoverato (referti, consensi ecc.) deve confluire nella cartella clinica del presidio inviante, che attenderà al prosieguo di cura e alla dimissione del paziente. Anche questi elementi rientrano nelle verifiche di competenza delle ATS.

C. Chirurgia profilattica per pazienti suscettibili a patologia oncologica

Le donne che, a seguito di test genetici risultano essere portatrici di mutazioni patogeniche dei geni BRCA1 o BRCA2, sono ad alto rischio di sviluppare un tumore al seno e/o all'ovaio.

Come stabilito dall’interpello del “Gruppo di lavoro regionale per l'autorizzazione, l'accreditamento, l'appropriatezza e la codifica delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie” del 11/05/2017, la mastectomia profilattica è un intervento ricompreso nei LEA nei casi descritti di seguito:

- riscontro di positività ai marker tumorali specifici;
- anamnesi familiare positiva per neoplasia mammaria;
- consulenza dello specialista oncologo/genetista che ne dichiara l’appropriatezza.

Analogamente, i ricoveri per intervento di istero/annessiectomia profilattica a carico del SSR si ritengono appropriati se erogati in favore di donne portatrici di mutazioni dei geni BRCA1 o BRCA2, senza manifestazioni cliniche.

In entrambe le casistiche, è fondamentale che nella cartella clinica sia inserita la documentazione che attesti le mutazioni patogeniche dei geni BRCA1 o BRCA2.

1.3.4. Controllo prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

Secondo quanto disposto nella DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2024”, l’attività del NOC della ATS si svolge dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024. Si conferma la percentuale di controllo delle pratiche da effettuarsi con le modalità previste dalle “Regole di sistema”.

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. 160.000 record ambulatoriali.

Analisi produzione ambulatoriale 2023

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

Di seguito si riporta l’analisi sulla variazione percentuale 2022 – 2023 della produzione di prestazioni ambulatoriali nei diversi distretti del territorio di ATS Brianza. Si rileva un incremento generalizzato delle prestazioni, tranne che in ambito riabilitativo.

Tabella 11 - variazione numero prestazioni erogate 2022 – 2023 per distretto

Provincia	Distretto	Incremento percentuale - prestazioni valorizzate (primi accessi, controlli, prevenzione individuale)					
		Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Terapie	Visite	Totali
Lecco	Bellano	-8%	-17%	4%	9%	-5%	-3%
	Lecco	11%	6%	5%	8%	2%	7%
	Merate	3%	7%	-6%	-4%	1%	5%
	Totali	8%	6%	3%	6%	1%	6%
Monza e Brianza	Carate Brianza	9%	4%	11%	5%	10%	4%
	Desio	6%	3%	-13%	0%	14%	2%
	Monza	2%	4%	-4%	-3%	-1%	2%
	Seregno	5%	6%	3%	4%	-3%	5%
	Vimercate	4%	18%	-4%	3%	8%	15%
	Totali	5%	6%	-4%	0%	3%	5%
ATS Brianza		6%	6%	-2%	1%	3%	5%

Di seguito il confronto della produzione, limitato alle prestazioni di primo accesso e controllo classificate secondo classificazione Fa-Re. Si registra, nel confronto con l’anno 2022, un aumento generalizzato della produzione sia in termini di volumi prodotti che di valore delle prestazioni, con alcune eccezioni, come la riabilitazione e la chirurgia ambulatoriale maggiore (v. approfondimento § 7.6.1.1).

Tabella 12 - produzione prestazioni ambulatoriali ATS Brianza 2022-2023 – classificazione Fa-Re

Tipologia prestazione		Volumi		Valori		Incrementi percentuali	
		2022	2023	2022	2023	2022	2023
Diagnostica	Radiologia tradiz. RX	422.889	432.092	10.924.015	11.247.267	2%	3%
	Tac	111.421	120.904	16.703.840	18.256.041	9%	9%
	Diagnostica vascolare	11	14	3.415	3.944	27%	15%
	Medicina nucleare	10.875	10.582	7.330.615	7.241.157	-3%	-1%
	Ecografia	245.345	268.376	11.490.985	12.621.578	9%	10%
	Ecocolordoppler	135.969	147.851	7.217.574	7.834.293	9%	9%
	Elettromiografia	113.888	125.032	1.201.563	1.319.113	10%	10%
	Endoscopia	37.434	38.767	3.058.304	3.120.140	4%	2%
	Risonanza magnetica	105.691	111.813	21.619.698	22.758.386	6%	5%
	Altra diagnostica senza radiazioni	320.155	335.880	9.416.759	9.798.845	5%	4%
	Biopsia	13.378	13.622	1.539.935	1.544.912	2%	0%
	Altra diagnostica	111.602	114.440	1.699.904	1.910.415	3%	12%
	Totali	1.628.658	1.719.373	92.206.606	97.656.090	6%	6%
Laboratorio	Prelievi	1.095.147	1.118.504	3.184.760	3.249.708	2%	2%
	Chimica clinica	8.264.662	8.860.996	38.389.764	41.559.061	7%	8%
	Ematologia	1.138.276	1.152.119	4.381.105	4.500.711	1%	3%
	Immunoematologia	18.040	32.475	180.960	281.613	80%	56%
	Microbiologia	485.164	516.423	7.353.454	7.866.235	6%	7%
	Anatomia/istologia patologica	92.639	97.353	2.828.728	2.998.156	5%	6%
	Genetica/citogenetica	78.806	81.435	8.676.579	6.877.983	3%	-21%
	Totali	11.172.734	11.859.305	64.995.350	67.333.467	6%	4%
Riabilitazione	Diagnostiche	24.481	24.283	436.916	405.469	-1%	-7%
	Rieducazione funz.le	310.417	313.692	11.533.362	11.579.739	1%	0%
	Terapie fisiche	397.827	383.132	1.291.670	1.244.128	-4%	-4%
	Altro	38.887	37.811	548.324	553.744	-3%	1%
	Totali	771.612	758.918	13.810.271	13.783.080	-2%	0%
Terapie	Radioterapia	41.223	33.687	14.844.910	13.158.858	-18%	-11%
	Chemioterapia	64.118	63.997	11.671.941	10.884.250	0%	-7%
	Dialisi	177.763	176.274	25.608.054	25.458.102	-1%	-1%
	Odontoiatria	47.156	47.430	958.459	935.990	1%	-2%
	Trasfusioni	4.294	3.989	214.261	136.235	-7%	-36%
	Chirurgia ambulatoriale minore	42.238	44.562	5.445.231	5.879.069	6%	8%
	Chirurgia ambulatoriale magg.	14.030	13.493	15.429.674	14.545.030	-4%	-6%
	Altre prestazioni terapeutiche	300.961	317.125	11.205.286	11.691.210	5%	4%
	Totali	691.783	700.557	85.377.817	82.688.744	1%	-3%
Visite	Prima visita	474.153	498.961	10.303.008	10.871.245	5%	6%
	Visita di controllo	595.967	601.361	10.667.809	10.764.362	1%	1%
	Totali	1.070.120	1.100.322	20.970.817	21.635.607	3%	3%
Totali		15.334.907	16.138.475	277.360.861	283.096.988	5%	2%

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

Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa e assistenziale (BIC)

Si evidenzia una riduzione nei volumi complessivi, con andamenti marcatamente diversi a seconda della tipologia di Struttura.

Tabella 13 - Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa e assistenziale 2022-2023 per struttura erogatrice

ENTE	Chirurgia ambulatoriale a bassa complessità					
	Volumi			Valori		
	2022	2023	Incr. %	2022	2023	Incr. %
ASST Lecco	2.657	2.250	-15%	2.860.336	2.362.809	-17%
ASST Brianza	3.522	4.107	17%	3.505.113	4.057.099	16%
IRCCS San Gerardo	3.942	3.675	-7%	3.979.147	3.613.091	-9%
Strutture pubbliche	10.121	10.032	-1%	10.344.596	10.032.999	-3%
Casa di Cura Lecco "Beato Luigi Talamoni"	1.047	940	-10%	1.243.636	1.129.221	-9%
Casa di Cura G.B. Mangioni Hospital	865	806	-7%	1.150.191	1.064.577	-7%
Policlinico di Monza	1.086	850	-22%	1.362.338	1.079.634	-21%
Istituti clinici Zucchi	2.335	2.265	-3%	2.621.465	2.468.372	-6%
Strutture private	5.333	4.861	-9%	6.377.629	5.741.803	-10%
Totali	15.454	14.893	-4%	16.722.225	15.774.802	-6%

Tabella 14 - Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa e assistenziale 2022 - 2023 per branca specialistica – volumi.

Branca principale chirurgia ambulatoriale a bassa complessità	Strutture pubbliche			Strutture private			Erogatori ATS Brianza		
	2022	2023	Incr. %	2022	2023	Incr. %	2022	2023	Incr. %
CHIRURGIA VASCOLARE	527	361	-31%	641	661	3%	1.168	1.022	-13%
GASTROENTEROLOGIA	192	194	1%	93	119	28%	285	313	10%
OCULISTICA	6.844	7.138	4%	2.218	2.047	-8%	9.062	9.185	1%
ODONTOSTOMATOLOGIA	14	17	21%				14	17	
ORTOPEDIA	1.895	1.634	-14%	1.973	1.711	-13%	3.868	3.345	-14%
GINECOLOGIA	326	395	21%	123	154	25%	449	549	22%
UROLOGIA	323	293	-9%	285	169	-41%	608	462	-24%
Totali	10.121	10.032	-1%	5.333	4.861	-9%	15.454	14.893	-4%

Macroattività ambulatoriale complessa (MAC)

La produzione complessiva di prestazioni di macroattività ambulatoriale complessa (MAC) si mantiene costante, con un lieve calo che appare legato principalmente alla riduzione di attività di una Struttura.

Tabella 15 - Macroattività ambulatoriale complessa 2022 - 2023 per tipologia e struttura

ENTE	MAC	VOLUMI			VALORI		
		2022	2023	Incr. %	2022	2023	Incr. %
ASST Brianza	Altro	14.972	15.896	6%	3.313.487	3.067.379	-7%
	Riabilitazione	3.594	4.608	28%	737.676	961.885	30%
	Totali	18.566	20.504	10%	4.051.163	4.029.264	-1%
ASST Lecco	Altro	19.583	21.049	7%	3.652.572	3.630.277	-1%
	Riabilitazione	4.720	4.729	0%	1.020.133	1.008.959	-1%
	Totali	24.303	25.778	6%	4.672.705	4.639.236	-1%
Casa di Cura Mangioni	Altro	899	1.059	18%	175.095	158.803	-9%
IRCCS San Gerardo	Altro	36.882	33.821	-8%	6.226.620	5.684.504	-9%
	Riabilitazione	15.802	12.536	-21%	3.223.408	2.557.209	-21%
	Totali	52.684	46.357	-12%	9.450.028	8.241.713	-13%
Ist. E. Medea	Riabilitazione	3.734	4.166	12%	747.664	831.776	11%
Istituti clinici Zucchi	Altro	15	12	-20%	2.739	2.130	-22%
	Riabilitazione	4.025	4.920	22%	767.682	940.294	22%
	Totali	4.040	4.932	22%	770.421	942.424	22%
Istituto Maugeri	Riabilitazione	9.394	9.483	1%	1.787.016	1.803.901	1%
Multimedica	Riabilitazione	593	1.005	69%	112.912	189.671	68%
Policlinico di Monza	Altro	3.465	4.046	17%	675.258	750.409	11%
Villa Beretta - Valduce	Riabilitazione	4.035	4.669	16%	780.578	912.072	17%
Totali		121.713	121.999	0%	23.222.840	22.499.269	-3%

Visite

La produzione di visite specialistiche segue il trend già evidenziato, con incrementi più accentuati per le prestazioni di prima visita, oggetto di negoziazione integrativa, rispetto a quelle di controllo.

Tabella 16 - visite 2022-2023 per struttura

Ente	Volumi 2022			Volumi 2023			Incrementi percentuali		
	Prima visita	Visita di controllo	Totali	Prima visita	Visita di controllo	Totali	Prima visita	Visita di controllo	Totali
ASST Brianza	113.693	156.249	269.942	129.548	167.558	297.106	14%	7%	10%
ASST Lecco	98.198	160.928	259.126	105.498	153.884	259.382	7%	-4%	0%
IRCCS San Gerardo	104.805	145.320	250.125	95.264	149.113	244.377	-9%	3%	-2%
Policlinico	30.418	53.451	83.869	34.633	53.111	87.744	14%	-1%	5%
Istituti clinici Zucchi	26.924	38.690	65.614	29.349	38.557	67.906	9%	0%	3%
Centro Diagnostica Meda	8.237	10.258	18.495	5.783	8.948	14.731	-30%	-13%	-20%
Casa di cura Mangioni	7.805	4.607	12.412	9.862	4.049	13.911	26%	-12%	12%
Casa di cura Talamoni	5.983	4.309	10.292	6.752	4.822	11.574	13%	12%	12%
Ist. Medea	4.161	5.459	9.620	4.502	5.724	10.226	8%	5%	6%
Multimedica	5.519	3.488	9.007	4.692	2.992	7.684	-15%	-14%	-15%
Altre Strutture	60.353	13.208	73.561	63.613	12.603	76.216	5%	-5%	4%
Totali	466.096	595.967	1.062.063	489.496	601.361	1.090.857	5%	1%	3%

Tabella 17 - visite 2022-2023 per branca

BRANCA	Incrementi percentuali					
	Pubblico	Privato	Totali	Pubblico	Privato	Totali
	PRIME VISITE			VISITE DI CONTROLLO		
ALTRE PRESTAZIONI	9%	-12%	-2%	0%	-32%	-6%
ANESTESIA	0%	-11%	-2%	16%	14%	16%
CARDIOLOGIA	18%	4%	12%	12%	-15%	2%
CHIRURGIA GENERALE	1%	19%	8%	12%	10%	10%
CHIRURGIA PLASTICA	-26%	-14%	-23%	31%	-52%	6%
CHIRURGIA VASCOLARE	9%	-8%	2%	12%	-5%	5%
DERMOSIFILOPATIA	10%	0%	9%	15%	4%	13%
MEDICINA NUCLEARE	36%	-	36%	3%	-	3%
ENDOCRINOLOGIA	23%	13%	20%	15%	0%	10%
GASTROENTEROLOGIA	14%	8%	13%	7%	-47%	2%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	21%	4%	8%	-	-	-
NEFROLOGIA	-4%	8%	-3%	5%	0%	5%
NEUROLOGIA	15%	6%	12%	12%	12%	12%
OCULISTICA	-7%	12%	-2%	1%	-11%	-2%
ODONTOSTOMATOLOGIA	4%	8%	5%	2%	-34%	-2%
ONCOLOGIA	2%	28%	5%	5%	-1%	4%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	19%	16%	17%	6%	-2%	4%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	24%	-11%	11%	33%	-62%	2%
OTORINOLARINGOIATRIA	-6%	7%	-3%	-2%	-22%	-6%
PNEUMOLOGIA	22%	0%	20%	15%	6%	14%
PSICHIATRIA	1%	2%	1%	47%	-26%	14%
RADIOTERAPIA	8%	-26%	1%	-5%	-16%	-7%
UROLOGIA	17%	31%	21%	15%	13%	14%
TOTALI	6%	3%	5%	6%	-15%	1%

Si segnala un modesto aumento per visite e controlli dermatologici, mentre continua la carenza di risorse nell'ambito dell'oculistica. Si evidenzia inoltre un aumento significativo delle visite di controllo anestesiolgiche delle strutture private.

Medicina dello Sport

La produzione delle strutture di medicina dello sport è lievemente calata.

Tabella 18 - analisi produzione medicina dello sport 2022-2023

Struttura	2022		2023		Incremento	
	Volumi	Valori	Volumi	Valori	Volumi	Valori
ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA PBM POLISPORTIVA BOVISIO MASCIAGO	9.851	165.409	12.851	212.763	30,5%	28,6%
CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT SRL - CARATE B.	32.053	535.218	30.923	512.015	-3,5%	-4,3%
CAM SPORT SRL	26.045	432.142	23.744	393.496	-8,8%	-8,9%
CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA SRL - DERVIO	13.252	221.154	11.432	189.929	-13,7%	-14,1%
CENTRO MEDICINA SPORT LARIO	19.710	326.718	18.010	298.646	-8,6%	-8,6%
Totali	100.911	1.680.640	96.960	1.606.848	-3,9%	-4,4%

Analisi del rischio sulla produzione a flusso aperto

Al fine di selezionare le tipologie di prestazioni da porre a controllo nell'anno 2024, sono state effettuate delle analisi a flusso aperto 2023 estese a tutte le prestazioni rendicontate presenti nel flusso. La valutazione ha permesso di individuare le aree a maggior rischio di criticità su cui orientare l'attività di controllo per l'anno corrente.

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

Tabella 19 - Analisi produzione criteri DGR 10804/2009

Indicatori	Accessi interessati da potenziali criticità
A - prestazioni diagnostiche senza e con contrasto	106
B - prestazioni diagnostiche stesso distretto corporeo rendicontate nello stesso accesso	1.315
D - prestazioni diagnostiche multirendicontate	1.226
E - prestazioni di laboratorio rendicontate nello stesso accesso di prestazioni di dialisi	21
F, G, H, I, J, K, O prestazioni di laboratorio non rendicontabili nello stesso accesso	3.340
P – congruenza fra codice esenzione e compartecipazione dell'assistito	40.258
R – prestazioni in corso di ricovero	7.068
S – prestazioni effettuate in data successiva a quella nota di decesso	541
U - prestazioni diagnostiche non rendicontabili nello stesso accesso	26
V - prestazioni diagnostiche e di visita non rendicontabili nell'ambito dello stesso accesso	313

In merito ai risultati, si segnala che:

- Indicatore B - il 99% delle potenziali criticità riguardano radiografie della colonna. Verifiche sul campo effettuate negli anni precedenti hanno evidenziato che, nella quasi totalità dei casi, le rendicontazioni risultavano corrette, con l'effettiva refertazione di tutte le procedure rendicontate, nonché il riscontro dell'appropriatezza delle prestazioni;
- Indicatore D - l'81% delle potenziali criticità riguardano la radiografia della rotula e il 14% la radiografia della colonna cervicale. Per quanto riguarda la radiografia della rotula le verifiche sul campo effettuate negli anni precedenti hanno evidenziato che, nella quasi totalità dei casi, le rendicontazioni risultavano corrette, con l'effettiva refertazione di tutte le procedure rendicontate, nonché il riscontro dell'appropriatezza delle prestazioni;
- Indicatori F, G, H, I, J, K, O - l'86% delle potenziali criticità riguarda l'elettroforesi delle proteine;

- Indicatore P - l'analisi è stata effettuata sulle esenzioni per patologia cronica dove la norma indica un set di prestazioni che possono essere effettuate in esenzione. Le criticità riguardano per lo più le Strutture pubbliche (90%). Nella tabella successiva i codici di esenzione nell'ambito dei quali si riscontrano oltre l'80% delle criticità.

Tabella 20 - Condizioni di esenzione con maggiori criticità

Codice	Condizione di esenzione
013	Diabete mellito
0A02	Affezioni del sistema circolatorio ...
023	Insufficienza renale cronica
0031	Ipertensione arteriosa - in presenza di danno d'organo
0A31	Ipertensione arteriosa - senza danno d'organo
027	Ipotiroidismo congenito, ipotiroidismo acquisito (grave)
016	Epatite cronica (attiva)
025	Ipercolesterolemia familiare ...

- Indicatore R - l'analisi, effettuata su tutti i record valorizzati, a prescindere dal contenuto del campo "Identificativo tipo di prestazione", è stata limitata ai casi in cui la data di contatto risultava maggiore alla data di ricovero e minore della data di dimissione, escludendo la casistica di cui alla prestazione codice 39.95.A "Emodialisi extracorporea in costanza di ricovero" per la quale si precisa che il requisito della degenza risultava soddisfatto per tutti gli accessi analizzati. In merito agli accessi rilevati critici, per il 90% legati a prestazioni di primo accesso e di controllo, si evidenzia che il 99% è erogato da Strutture Pubbliche;
- Indicatore S - l'analisi è stata effettuata su tutti i record valorizzati, a prescindere dal contenuto del campo "Identificativo tipo di prestazione". Il 94% dei record riguarda prestazioni di primo accesso e controllo e le criticità riguardano quasi esclusivamente le Strutture pubbliche. Si evidenzia, tuttavia, che nelle verifiche effettuate in passato, le criticità risultavano quasi integralmente attribuibili alla scarsa qualità di compilazione del tracciato "Assistiti" con conferma dell'effettuazione delle prestazioni rendicontate;
- Indicatore V - le criticità sono per il 98% in ambito oculistico.

Per quanto riguarda l'indicatore M (antibiogramma M.I.C.), l'89% delle prestazioni rendicontate afferiscono a due Strutture private, già sottoposte a controllo nel corso dell'anno 2023 per le prestazioni relative all'anno 2021.

In merito alle prestazioni di Chirurgia ambulatoriale a bassa complessità (BIC), sono stati analizzati i record contenenti tale tipologia. Ad una prima analisi si riscontrano 476 potenziali criticità, legate a carenze di compilazione del tracciato (mancata identificazione dell'assistito), rendicontazione multipla di prestazioni (nello stesso accesso o in altro accesso nella stessa data, o in regime di ricovero), nonché indicazioni di controllo conseguenti a riscontro di un numero anomalo di prestazioni per tipologie con vincolo numerico (p.e. riscontro di tre prestazioni di cataratta per un singolo codice fiscale). Si riscontrano inoltre casi con esenzione per patologia e conseguente mancata compartecipazione dell'assistito che richiederanno una verifica della documentazione.

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

Tabella 21 - Analisi del rischio prestazioni non associabili

ENTE	Presidio	BRANCA PRINCIPALE							Totali
		LABOR.	RIABIL.	GINEC.	OCUL.	CARDIOL.	NEUROL.	GASTR.	
Policlinico di Monza	POLIAMB. POLICLINICO MONZA	71	1.412	21	10	1	10	2	1.527
	POLICLINICO DI MONZA V.MODIGLIANI	2							2
	POLICLINICO DI MONZA CASA DI CURA PRIVATA	10	824		4		2		840
	Totale	83	2.236	21	14	1	12	2	2.369
Istituti clinici Zucchi	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI - CARATE BRIANZA	2	58	1					61
	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI - MONZA	60	72	3	1	1			137
	Totale	62	130	4	1	1			198
	BIANALISI SPA- LISSONE	1.267							1.267
	BIOBETA ANALISI MEDICHE	17							17
	CASA DI CURA LECCO "BEATO LUIGI TALAMONI"	58			13			2	73
	CENTRO DIAGNOSTICO MEDA		299				3		302
	FISIOCENTER C.S.M.D.		14		6				20
	G.B.MANGIONI HOSPITAL	10		362					372
	ISTITUTO EUGENIO MEDEA	22			4				26
	LABORATORIO ANALISI MEDICHE ALFA SRL	87							87
	MULTIMEDICA SPA	33	1	11			2		47
	POLITERAPICO POLIDIAGNOSTICO				1				1
ASST Lecco	POLIAMBULATORIO CALOLZIOCORTE				5				5
	POLIAMBULATORIO CASATENOVO				2				2
	POLIAMBULATORIO OGGIONO				2				2
	POLIAMBULATORIO OSP.DI BELLANO				6				6
	POLIAMBULATORIO OSP.DI LECCO	736	705	14	22	5	6	2	1.490
	POLIAMBULATORIO OSP.DI MERATE	226	175		54		1		456
	Totale	962	880	14	91	5	7	2	1.961
ASST Brianza	OSPED. TRABATTONI RONZONI		6						6
	OSPEDALE C.BORELLA				14				14
	POLIAMBULATORIO MACHERIO				16				16
	POLIAMBULATORIO MONZA				6				6
	POLIAMBULATORIO OSP.VIMERCATE	1.171	105	94	81	258	1	1	1.711
	POLIAMBULATORIO P.O. DESIO	283	131	3	48	1	5	1	472
	POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO							2	2
	Totale	1.454	242	97	165	259	6	4	2.227
IRCCS Fondazione San Gerardo dei Tintori - Poliambulatorio	47	198	48	84	19	10	3	409	
IRCCS INRCA	29							29	
Totali	4.131	4.000	557	379	285	40	13	9.405	

Criteri di campionamento e pianificazione attività di controllo

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

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

Dato atto dei criteri sopra-esposti, l'introduzione del Nuovo Nomenclatore tariffario durante l'anno 2024 (DGR XII/1878 del 12/02/2024) potrà condizionare i criteri di campionamento nonché le modalità di controllo.

L'attività di controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è svolta in conformità alla Procedura di Processo ID 02948 rev.4 "Prestazioni sanitarie SSR: controllo di prestazioni di specialistica ambulatoriale a cura dell'ATS" e della Istruzione Operativa ID 02954 rev.3 "Manuale dei controlli ambulatoriali".

Controlli secondo le DGR 10804/2009 e 8078/2002

In riferimento alla DGR 10804/2009 saranno controllati:

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

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

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

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

Controlli sulle prestazioni di MAC

I controlli previsti sulle prestazioni di MAC saranno effettuati mediante controllo documentale sul campo per le prestazioni di MAC riabilitativa (06, 07 e 08) e saranno svolti contestualmente al controllo delle altre prestazioni. I controlli consisteranno nella verifica della completezza della documentazione.

Controlli sulle prestazioni di Medicina dello sport

La modalità di controllo sulle prestazioni di Medicina dello sport per il 2024 è in fase di definizione nell'ambito di una complessiva riorganizzazione delle funzioni gestite da articolazioni afferenti a due diversi Dipartimenti dell'Agenzia; l'attività vedrà la collaborazione della funzione accreditamento con la funzione controllo nonché con strutture extra dipartimentali.

I controlli saranno effettuati come da cronoprogramma di seguito:

Figura 2 – Cronoprogramma controlli specialistica ambulatoriale 2024

Erogatori	gen-24	feb-24	mar-24	apr-24	mag-24	giu-24	lug-24	ago-24	set-24	ott-24	nov-24	dic-24
Fondazione IRCCS San Gerardo												
Altri erogatori												
Medicina dello sport												
Erogatori di prestazioni MAC												
Erogatori di prestazioni BIC												

Legenda	
	Contollo
	Contollo sul campo

2. AREA SOCIOSANITARIA

2.1. Contesto territoriale

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

Tabella 22 - 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 ambulatoriali	RIA Domiciliari
TOX	- DIP COM (Comunità Tossicodipendenze) - DIP BIA (Bassa Intensità Dipendenze)		DIP AMB: SERT/NOA e SMI (Servizio Multidisciplinare Integrato)	
PALLIATIVE	HOSPICE	UO CP (DH)	UO CP (MAC-amb)	UCP-DOM
ALTRO	OSPEDALI DI COMUNITA’		CF (Consultori Familiari)	C-DOM (Ex ADI)

Le suddette tipologie di Unità d’Offerta, distribuite in base al Distretto inteso ai sensi della L.R. n. 22/2021, presenti al 01/01/2024, sono dettagliate in tabella n. 20. Per ogni Unità d’Offerta è stata rappresentata anche la numerosità per tipologia di posti/posti letto solo autorizzati, accreditati o contrattualizzati.

Tabella 23 - rete UdO sociosanitarie al 01/01/2024

TIPOLOGIA UDO	DISTRETTI								Totale ATS
	BELLANO	CARATE BRIANZA	DESIO	LECCO	MERATE	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	
RSA									
N. UDO	8	8	8	11	7	11	8	10	71
Posti Letto Autorizzati	347	761	904	1120	761	1093	671	806	6463
Posti Letto Accreditati	322	664	904	1042	751	1093	587	741	6104
Posti Letto a Contratto	295	664	496	984	719	999	571	543	5271
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		79	60	65	52	453
Posti Letto Accreditati	113		84		79	60	65	52	453
Posti Letto a Contratto	113		84		36	60	65	52	410

TIPOLOGIA UDO	DISTRETTI								Totale ATS
	BELLANO	CARATE BRIANZA	DESIO	LECCO	MERATE	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	
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	6	1	8	4	7	32
Posti Letto Autorizzati		54	122	197	30	240	102	185	930
Posti Letto Accreditati		54	122	197	30	240	102	175	920
Posti Letto a Contratto		34	64	140	30	240	70	150	728
CONSULTORI FAMILIARI PRIVATI									
N. UDO			1	1	1	1	1	1	6
CONSULTORI FAMILIARI PUBBLICI									
N. UDO	3	1	2	4	2	1	1	1	15
DIP-AMB (SERT-NOA)									
N. UDO		1	1	2	1	4	1	1	11
DIP-AMB (SMI)									
N. UDO				1			1		2
DIP-BIA									
N. UDO				3				1	4
Posti Letto Autorizzati				18				5	23
Posti Letto Accreditati				18				5	23
Posti Letto a Contratto				18				5	23
DIP-COM									
N. UDO	1	3	2	3	1				10
Posti Letto Autorizzati	24	58	29	64	15				190
Posti Letto Accreditati	24	58	29	64	15				190
Posti Letto a Contratto	24	58	29	48	15				174
RIA AMB DOM CDC									
N. UDO	2	1		2		1	1	1	8
Posti Letto Autorizzati	0	0		294		15			309
Posti Letto Accreditati	0	0		294		15			309
Posti Letto a Contratto	0	0		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	4	9	6	4	27
C-DOM LIMITROFI (Accreditate Fuori ATS con Contratto in ATS Brianza)									
N. UDO									10
HOSPICE									
N. UDO		1		1	1	2	1		6
Posti Letto Autorizzati		13		10	12	31	19		85
Posti Letto Accreditati		13		10	12	31	19		85
Posti Letto a Contratto		13		10	12	31	19		85

TIPOLOGIA UDO	DISTRETTI								Totale ATS
	BELLANO	CARATE BRIANZA	DESIO	LECCO	MERATE	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	
UCPDOM									
N. UDO		1			2	1	1		5
UCPDOM (Accreditate Fuori ATS con Contratto in ATS Brianza)									
N. UDO									4
UOCP									
N. UDO		1		1			1		2
Posti Letto Autorizzati				1			1		2
Posti Letto Accreditati				1			1		2
Posti Letto a Contratto				1			1		2
RSA Aperta									
N. UDO	1			4	1	4	2	2	14
Misura Residenzialità Assistita Religiosi									
N. UDO				1	1	2	1	1	6
Posti Letto Autorizzati				20	10	17	3	6	56
Posti Letto Accreditati									
Posti Letto a Contratto				20	10	17	3	6	56
Misura Residenzialità Assistita									
N. UDO	2			7	1	2		1	13
Posti Letto Autorizzati									
Posti Letto Accreditati									
Posti Letto a Contratto	32			86	9	57		17	201
VILLAGGIO ALZHEIMER									
N. UDO						1			1
Posti Letto Autorizzati						64			64
Posti Letto Accreditati						0			0
Posti Letto a Contratto						64			64
N. UDO totale	29	27	26	53	35	54	36	39	312

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

Tabella 24 - posti letto in Nucleo Alzheimer e SV

TIPOLOGIA UdO	N. UdO	PL ALZHEIMER	PL Stati Vegetativi
RSA	71	561	10
BELLANO	8	10	0
CARATE BRIANZA	8	55	0
DESIO	8	105	0
LECCO	11	107	10
MERATE	7	87	0
MONZA	11	75	0
SEREGNO	8	57	0
VIMERCATE	10	65	0
RSD	10	0	60
BELLANO	3	0	0
DESIO	2	0	0
MERATE	2	0	0
MONZA	1	0	60
SEREGNO	1	0	0
VIMERCATE	1	0	0

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

Tabella 25 - 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		6	1	32
	RSA	8	8	8	10	11	8	11	7	71
	Res. Assistita Religiosi	1		1	1	2		1		6
	Residenzialità Assistita				1	2	2	7	1	13
	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	4		3	2			4	4	17
RIABILITAZIONE	CURE INTERMEDIE						1		1	2
	POST ACUTI					2			1	3
	SRM			1				1		2
	TOTALE:	26	23	26	32	37	22	44	28	238
TOTALE PER ASST:	144					94				

Di seguito l'offerta di servizi domiciliari, con la specifica dei territori su cui risultano accreditati per l'erogazione enti gestori di Cure Domiciliari, Cure palliative domiciliari, 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 26 - Offerta domiciliare

TIPOLOGIA UdO	DISTRETTI								TOTALE
	CARATE BRIANZA	DESIO	SEREGNO	VIMERCATE	MONZA	BELLANO	LECCO	MERATE	
C-DOM	21	19	19	21	19	5	7	8	119
C-DOM con sede fuori dal territorio dell'ATS Brianza	1	5	5	5	2				18
RSA Aperta			2	2	4	1	4	1	14
UCPDOM	2	2	2	2	1	2	2	2	15
UCPDOM con sede fuori dal territorio dell'ATS Brianza	3	3	3	3	2				14
RIA AMB DOM sede principale	1		1	1	1	2	2		8
RIA AMB DOM sedi secondarie			2	1		2			5
RIA AMB DOM - CDC					1		2		3
TOTALE:	27	29	31	33	28	8	13	11	180
TOTALE PER ASST:	148					32			

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

Tabella 27 - Sedi dei consultori

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			

2.2. Risorse umane

Per l'ambito sociosanitario il personale dedicato all'attività di controllo e vigilanza afferisce alla SC Accreditamento Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie e Sociali e alla sua articolazione SS Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie ed è dettagliato di seguito:

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

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

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

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

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

Analogamente, anche per la gestione e gli atti di competenza rispetto a segnalazioni che pervengono in corso d'anno su unità d'offerta sociosanitarie, la Responsabile SS individua équipe multidisciplinare dedicata e stabile, anche per la specificità e complessità dei procedimenti stessi, che possono esitare anche in atti quali segnalazioni a organi esterni

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

Una quota di personale, specificatamente formato, dedica annualmente una quota parte di tempo lavoro, sottratto all'attività di vigilanza, per gli adempimenti di competenza legati al debito informativo scheda struttura.

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

2.3. Programmazione 2024

2.3.1. Autorizzazione e accreditamento strutture sociosanitarie

Come disposto da DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 verrà garantita la verifica sul 100% delle istanze e delle SCIA/SCIA Contestuale che verranno inviate in corso d'anno, e saranno processate ai sensi DGR 2569/2014 e DGR 6788/2022.

I sopralluoghi vengono 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.

Si è dato avvio al processo di accreditamento in ambito sociosanitario e riclassificazione degli Ospedali di Comunità ai sensi DGR 1435/2023. In particolare è in corso di espletamento la manifestazione d'interesse rivolta a enti pubblici non intercompany e privati per l'apertura di n. 2 Ospedali di Comunità sul territorio di ATS Brianza.

Per quanto riguarda le ASST, è in corso procedimento di SCIA contestuale per l'apertura nell'OdC di Lecco e verranno riclassificati n. 1 OdC di ASST Brianza presso il P.O. di Giuszano e n. 1 OdC di ASST Lecco presso P.O. di Bellano, secondo le indicazioni regionali.

Ai sensi DGR n. XII/1827/2024 e successive indicazioni, verrà garantita la verifica del possesso dei requisiti specifici, previsti dalla DGR 4086/2015, propedeutica alla contrattualizzazione di ulteriori n. 7 posti letto sul territorio di ATS Brianza per la misura residenzialità assistita per religiosi.

2.3.2. Vigilanza strutture sociosanitarie

Come disposto da DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 verrà garantita la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento di almeno il 33% per ciascuna tipologia di UdO Sociosanitaria, comprese le misure.

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

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

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

- diverse unità d'offerta o diverse tipologie di UdO gestite dallo stesso ente gestore, comprese le misure;
- verifica a 90 giorni dal provvedimento regionale per la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento, ovvero prima appropriatezza dopo SCIA/SCIA contestuale.

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

I sopralluoghi saranno effettuati senza preavviso, come previsto da DGR 2569/2014.

Per le verifiche sono utilizzati i verbali trasmessi da Regione Lombardia, con le relative check list regionali.

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

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

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

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

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

Di seguito i volumi di campionamento programmati per l'anno 2024:

Tabella 28 - Sopralluoghi previsti per la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento organizzativo gestionali

Tipologia UdO	Tot. UdO	n. sopralluoghi previsti anno 2024 (33%)
RSA	71	23
RSD	10	4
CSS	16	5
DIP COM	10	3
DIP BIA	4	1
CURE INT/POST ACUTI	5	2
HOSPICE	6	2
SRM	2	1
CDD	32	11
CDI	32	11
DIP AMB	13	4
RIA	8	3
CONS-FAM	21	7
UCP-Dom	5	2
C-Dom	26	9
MISURA RSA APERTA	17	6
MISURA RESIDENZIALITA' ASSISTITA	13	4
MISURA RESIDENZIALITA' ASSISTITA RELIGIOSI	6	2
		100

In riferimento ai requisiti soggettivi, come previsto da DGR 1827/2024, oltre a garantire i controlli di competenza per il 100% delle istanze (SCIA/SCIA contestuali/volture), verranno richieste le autocertificazioni ai sensi DGR 2569/2014 da tutti i soggetti gestori.

Si procederà quindi con la verifica del 10 % delle autocertificazioni presentate al 31/01/2024.

Specificatamente, si prevede il controllo di n. 15 Enti Gestori che saranno scelti tra quanti hanno almeno una UDO campionata per la verifica del mantenimento dei requisiti per il Piano controlli 2024 e che non siano già stati verificati negli ultimi 3 anni. Nel campione 2024 rientreranno anche gli Enti Gestori:

- di UDO non contrattualizzate;
- iscritti nello specifico registro delle persone giuridiche private;
- di più UDO inserite nel Piano controlli 2024
- che presentano autocertificazioni contenenti anomalie intercettate nella prima fase di verifica della 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 viene richiesta la visura storica; per le persone giuridiche private viene richiesta l'iscrizione al registro regionale o alla Prefettura;
- verifica della continuità gestionale e finanziaria: viene acquisita e analizzata la relazione sull'ultimo bilancio approvato, relativamente al fatto che la società di revisione contabile - o l'organo di controllo

con funzioni di revisore contabile - dichiarare in modo esplicito che il bilancio sia stato approvato sulla base della corretta applicazione del principio della continuità aziendale e che non vi siano incertezze significative sulla continuità aziendale, tali da darne informativa in bilancio.

- verifica della presenza dell'organo di controllo economico e relativa composizione: viene analizzata la dichiarazione prodotta, comparandola alla visura camerale. Viene verificata anche l'iscrizione dei revisori al relativo albo.
- verifica dell'assenza di procedure concorsuali: per gli Enti Gestori iscritti alla CCIAA viene acquisita la visura camerale con annotazione; per le persone giuridiche private viene inoltrata specifica richiesta al Tribunale fallimentare.

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

In particolare la dichiarazione deve esplicitare:

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

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

Per un campione del 10 %, coincidente con n. 8 unità d'offerta previste nel Piano controlli 2024 e non verificate negli ultimi 3 anni, si procederà con le seguenti acquisizioni:

- trasmissione del Codice Etico adottato,
- evidenza della formazione/informazione del proprio personale,

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

2.3.3. Controlli di appropriatezza

Come disposto da DGR n. XII/1827 del 31/01/2024, verrà garantito su almeno il 33% per ciascuna tipologia di UdO Sociosanitaria il controllo di appropriatezza ai sensi DGR 1765/2014, con le seguenti percentuali minime di FASAS:

- 13% per le UdO in regime Residenziale e Semiresidenziale, assicurando un numero minimo di 3 FASAS e massimo di 30 FASAS;
- 3,5% per le UdO in regime Ambulatoriale e Domiciliare, assicurando un numero minimo di 3 FASAS e massimo di 50 FASAS.

Il controllo di appropriatezza è assicurato sulle medesime strutture individuate per il controllo di vigilanza.

Inoltre il 33% delle C-Dom e UCP-Dom con sede accreditata fuori ATS ma contrattualizzate per erogazione sul territorio di ATS Brianza verrà garantito il controllo di appropriatezza ex post.

Come da indicazioni regionali, in attesa di revisione degli indicatori di verifica di appropriatezza, per le C-Dom si programmeranno verifiche applicando gli indicatori generali di cui alla DGR 1765/2014.

Si intende calendarizzare i suddetti controlli nel secondo semestre dell'anno 2024.

Tutti i controlli su unità d'offerta domiciliari saranno condotti con modalità ex post, con sopralluogo presso la sede operativa accreditata in ATS, da remoto mediante piattaforma Teams o con convocazione di gestore accreditato fuori ATS presso la sede istituzionale del servizio.

Anche per le UCP-Dom e per altre tipologie di Unità d'Offerta, semiresidenziali o ambulatoriali, potrà essere utilizzata la modalità di controllo da remoto, tramite piattaforma Teams, e successiva trasmissione via PEC del verbale al gestore per la relativa sottoscrizione.

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

Tabella 29 - campione controlli di appropriatezza

Tipo UdO	n. UdO	Totale FaSAS previsti anno 2024
RSA	23	381
RSD	4	22
CSS	5	15
DIP COM	3	13
DIP BIA	1	3
POST ACUTI/CURE INT	2	33
HOSPICE	2	60
SRM	1	4
CDD	11	39
CDI	11	51
DIP AMB (SERT/NOA/SMI)	4	64
RIA AMB-DOM	3	69
CONSULTORI	7	164
UCP-Dom	2	12
UCP-Dom Accreditata fuori ATS	1	3
C-Dom	9	146
C-Dom con sede operativa accreditata fuori ATS	3	9
RSA APERTA	6	18
RES. ASSISTITA	4	12
RELIGIOSI	2	6
		1124

Nel campionamento dei fascicoli per ogni controlli 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.

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:

- contenzioni;
- LDP;
- nuovi ingressi;
- dimissioni/decessi;
- cadute;
- cambio classe.

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 e/o alla presenza di comportamenti auto-eteroaggressivi come indicato da DGR 1513/2023;

- dimissioni;
- cambi classe;
- utenza atipica (SV, SLA);
- nuovo ingresso.

CSS: - età ≥ 65 aa,

- complessità assistenziale legata alla sfera dell'alimentazione e/o alla presenza di comportamenti auto-eteroaggressivi come indicato da DGR 1513/2023;
- dimissioni;
- cambi classe.

CDD: - età ≤ 18 e ≥ 65 anni;

- complessità assistenziale legata alla sfera dell'alimentazione e/o alla presenza di comportamenti auto-eteroaggressivi,
- dimissioni,
- necessità di controlli infermieristici "nelle 24 ore",
- cambi classe,
- nuovo ingresso.

CDI: - nuovo ingresso;

- età ≤ 65 aa;
- part time;
- dimissioni.

CURE INTERMEDIE: - permanenza per una durata superiore alla soglia prevista;

- trasferimento ad altra UdO;
- decesso;

POST-ACUTI: - permanenza per una durata superiore alla soglia prevista di 60 gg;

- dimissione verso altra UdO;
- decessi;

RIA AMB DOM CDC: - cicli ripetuti nei 12 mesi;

- periodo superiore ai 6 mesi tra primo contatto e presa in carico;
- diagnosi complesse legate allo spettro autistico.

DIP BIA: - nuovo ingresso;

- permanenza superiore a 18 mesi;

DIP COM:

- utenti giovani: ospiti minorenni e con età compresa tra 18 e i 30 aa (per verificare lo sviluppo del percorso terapeutico),
- permanenza per una durata superiore alla soglia prevista per lo specifico modulo,
- ospiti con polidipendenze,
- dimissioni prima della fine del percorso terapeutico
- nuovo ingresso;

DIP-AMB (SERT/NOA/SMI):

- utenti giovani: ospiti minorenni e con età compresa tra 18 e i 30 aa (per verificare lo sviluppo del percorso terapeutico),
- polidipendenza;
- dimissione;
- ingressi recenti.

CONSULTORI FAMILIARI: - prestazione ad elevata integrazione sociosanitaria Cod.101,102,801;

HOSPICE: - trasferimenti dalla rete CP;

- non oncologici;
- degenza > a 60 gg;

UCPDOM: - dimissioni volontarie;

- trasferimento da/per altra unità d'offerta;
- presa in carico inferiore ai 5 gg;
- diagnosi non oncologica;
- profilo specialistico;

C-DOM: - trasferimento ad altra tipologia di cure domiciliari;

- decesso;
- età < 18 aa;
- profili di ADI Integrata;

RSA APERTA:

- attivazione per utenti non autosufficienza in persone con età ≥ 75 aa;
- demenza CDR 4-5;
- demenza CDR 05-1;

RESIDENZIALITÀ ASSISTITA: - rivalutazioni;

- sospensioni prima dello scadere del progetto.

RESIDENZIALITÀ ASSISTITA PER RELIGIOSI: - alta intensità di bisogno.

2.3.4. Verifica requisiti strutturali e tecnologici

Il personale dedicato all'attività di verifica dei requisiti strutturali e tecnologici afferisce alla SSD Verifica requisiti strutturali e tecnologici strutture erogatrici del Dipartimento Programmazione Accreditamento Acquisto Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie ed è dettagliato di seguito:

- n. 2 Architetti (di cui un Dirigente Responsabile)
- n. 2 Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (di cui un part-time)
- n. 1 Assistente amministrativo part-time

La SSD in funzione della DGR n. 1827 del 31/01/2024 e in concertazione con la programmazione della SS Vigilanza e controllo strutture socio sanitarie ha previsto la seguente attività di vigilanza presso le seguenti UdO:

Tipologia UdO	Numero strutture da vigilare
CDD	n. 14
RSD	n. 4
Hospice	n. 3
CSS	n. 8
CDI	n. 14
IDR/amb	n. 6
NOA/SMI	n. 3
Religiosi	n. 2
Consultori familiari	n. 3
Bid/Bia	n. 1
C.T.	n. 6
SRM	n. 1
RSA	n. 24
RSA Aperta	n. 4
APA	n. 2
UCP DOM	n. 2
C-dom	n. 1
Totale	n. 98

I due indicatori scelti, in concertazione con la SS Vigilanza e controllo strutture socio sanitarie, che hanno sotteso la scelta dei campioni per la programmazione 2024, sono stati i dati storici di rotazione delle verifiche ed eventuali criticità emerse dai precedenti sopralluoghi.

Si precisa, che il campione scelto sopra riportato in tabella, si discosta in parte da quello della SS Vigilanza e controllo strutture socio sanitarie, visto che nell'anno 2023, a seguito della nota regionale n. G1.2023.0032013 avente per oggetto: *“Implementazione delle verifiche sulla sicurezza delle strutture sociosanitarie della rete territoriale rispetto a quanto già previsto dal piano annuale dei controlli in allineamento alle determinazioni di cui alla DGR XI/7758/2022”*, la SSD ha effettuato un incremento dell'attività di vigilanza strutturale pari al 10% portando il proprio dato dei controlli al 35%.

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

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

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

3. AREA SOCIALE

3.1. Contesto territoriale

Nel corso dell'anno ci sono stati alcuni cambiamenti relativi alle unità d'offerta sociali ubicate nel territorio di ATS Brianza ed hanno riguardato n. 76 strutture, come di seguito dettagliato:

- Area Prima Infanzia:
 - messa in esercizio di n. 8 UdO (4 Asili Nido, 1 Micronido e 3 Nidi Famiglia);
 - cambio Ente Gestore di n. 4 UdO (1 Micronido e 3 Asili Nido);
 - cessata attività di n. 5 UdO (1 Asilo Nido, 2 Micronidi e 2 Centri Prima Infanzia);
 - trasferimento sede per n. 4 Asili Nido;
 - variazione capacità ricettiva per n. 4 Asili Nido;
 - trasformazione in altra tipologia di UdO per n. 5 strutture (3 Micronidi, 1 Centro Prima Infanzia trasformato in Asili Nido e 1 Nido Famiglia trasformato in Micronido).
- Area Minori:
 - messa in esercizio di n. 30 UdO (2 Alloggi per l'autonomia di Tipo Educativo, 1 Comunità Educativa, 21 Centri Ricreativi Diurni per Minori e 6 Centri Educativi Diurni);
 - cambio Ente Gestore di n. 2 UdO (1 Centro Diurno per Minori e 1 Alloggio per l'autonomia di tipo educativo);
 - cessata attività n. di 2 UdO (2 Comunità Familiari);
 - trasferimento sede di n. 2 UdO (1 Centro Ricreativo Diurno per Minori e 1 Alloggio per l'autonomia di tipo educativo);
 - variazione capacità ricettiva di n. 3 UdO (1 Centro di Aggregazione Giovanile e 2 Centri Ricreativi Diurni per Minori);
 - trasformazione in altra tipologia di UdO di n. 2 strutture (1 Alloggio per l'autonomia Genitori Figli trasformato in Alloggio per l'autonomia e 1 Alloggio per l'autonomia Genitori Figli trasformato in Comunità educativa).
- Area Disabili:
 - messa in esercizio di n. 3 UdO (2 Centri Socio Educativi e 1 Servizio di Formazione all'Autonomia);
 - variazione capacità ricettiva di n. 2 Comunità Alloggio Disabili.

Pertanto al 1° gennaio 2024 la rete delle UdO sociali, nel territorio dell'ATS della Brianza, è costituita dalle tipologie riportate nella seguente tabella, con indicazione di numerosità e capacità ricettiva.

Tabella 30 - Rete Udo sociali ATS Brianza al 01/01/2024

Area	Tipologia	TOTALE ATS		IRCCS SAN GERARDO		ASST DELLA BRIANZA		ASST LECCO	
				Distretto Monza		Distretti: Desio Carate Seregno Vimercate		Distretti: Bellano Lecco Merate	
		n. UdO Aut	n. Posti	n. UdO Aut	n. Posti	n. UdO Aut	n. Posti	n. UdO Aut	n. Posti
Prima infanzia	asili nido	231	6947	41	1304	138	4132	52	1511
	centri prima infanzia	21	415	0	0	3	58	18	357
	micronidi	23	222	3	30	9	89	11	103
	nidi famiglia	48	240	6	30	22	110	20	100
tot		323	7824	50	1364	172	4389	101	2071
Minori	comunità educative	37	339	14	137	6	54	17	148
	comunità educative genitore figli	2	24	1	12	1	12	0	0
	comunità familiari	3	16	1	4	0	0	2	12
	alloggi per l'autonomia	9	34	0	0	5	19	4	15
	alloggio per l'autonomia genitore figli	0	0	0	0	0	0	0	0
	alloggio per l'autonomia di tipo educativo	7	22	1	5	1	3	5	14
	centri aggregazione giovanile	10	590	4	370	6	220	0	0
	centri ricreativi diurni per minori	196	16320	13	1215	107	8387	76	6718
	case vacanza	3	316	0	0	0	0	3	316
	comunità educativa diurna	1	12	0	0	1	12	0	0
centro educativo diurno	8	238	5	150	2	53	1	35	
tot		276	17911	39	1893	129	8760	108	7258
Disabili	comunità alloggio disabili	11	97	3	29	4	31	4	37
	comunità risocializzazione reinserimento	2	35	0	0	0	0	2	35
	centri socio-educativi	33	751	8	187	18	416	7	148
	servizi formazione all'autonomia	16	487	2	60	12	357	2	70
tot		62	1370	13	276	34	804	15	290
Anziani	centri diurni per anziani	10	655	0	0	8	600	2	55
	alloggi protetti per anziani	16	297	2	59	5	95	9	143
	casa	6	58	1	6	3	31	2	21
	case albergo	1	17	0	0	0	0	1	17
tot		33	1027	3	65	16	726	14	236
TOTALE		694	28132	105	3598	351	14679	238	9855

3.2. Risorse umane

Per l'ambito sociosanitario il personale dedicato all'attività di controllo e vigilanza afferisce alla SC Accreditamento Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie e Sociali e alla sua articolazione SS Vigilanza e Controllo Strutture Sociali Sperimentazioni ed è dettagliato di seguito:

- n. 1 Dirigente Psicologo;
- n. 3 Assistenti Sociali, di cui uno con incarico di funzione "Ufficio coordinamento delle attività di vigilanza delle Strutture sociali e delle Sperimentazioni";
- n. 2 Educatori Professionali;
- n. 1 Assistente Sanitario;
- n. 1 Assistente Amministrativo Part Time.

Il personale amministrativo svolge funzioni di macroattività in back office.

3.3. Programmazione 2024

A seguito dell’emanazione della D.G.R. 1827 del 31/01/2024, le verifiche in merito al mantenimento dei requisiti minimi di esercizio riguarderanno almeno il 25% delle unità d’offerta sociali.

Sulla base delle UdO sociali presenti al 01/01/2024 sono state infatti campionate almeno il 25% delle strutture per ogni area d’intervento, utilizzando come criterio unico la data dell’ultimo sopralluogo di vigilanza effettuato presso l’unità d’offerta sociale, come da tabella sottostante.

Tabella 31 - Verifiche ispettive di vigilanza routinaria per tipologia di UdO programmate per l’anno 2024

Area	Tipologia UdO	n. UdO al 01/01/2024	N. UdO da vigilare 2024	% (>=25%)
Area Prima infanzia	asili nido	231	58	25,08%
	centro prima infanzia	21	5	
	micronido	23	6	
	nido famiglia	48	12	
Totale area prima infanzia		323	81	
Area minori	comunità educative per minori	37	9	25,97%
	comunità educative genitore figli	2	0	
	comunità educativa diurna	1	0	
	comunità familiari	3	1	
	alloggi per l’autonomia	9	2	
	alloggi per l’autonomia genitore figli	0	0	
	alloggi per l’autonomia di tipo educativo	7	2	
	centro educativo minori	8	1	
centri aggregazione giovanile	10	5		
Totale area minori		77	20	
Area disabili	comunità alloggio disabili	11	3	26,67%
	centri socio-educativi	33	8	
	servizi formazione all'autonomia	16	5	
Totale area disabili		60	16	
Area anziani	centri diurni per anziani	10	3	25,00%
	alloggi protetti anziani	16	4	
	comunità alloggio sociale anziani	6	1	
Totale area anziani		32	8	
TOTALE UDO		492	125	25,41%

A queste unità d’offerta si aggiungono alcune verifiche in loco di UdO sanzionate nell’anno 2023; è stata effettuata un’analisi del rischio di tali UdO, individuando i seguenti criteri, in relazione 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 pertanto valutato di vigilare il 25% delle UdO a rischio alto e rischio medio-alto, quindi saranno vigilate altre n. 8 unità d’offerta.

Saranno garantite inoltre le seguenti attività:

- le verifiche inerenti le CPE, tramite sopralluogo congiunto o disgiunto con le strutture competenti;
- la gestione delle eventuali segnalazioni;
- l’aggiornamento dell’anagrafica interna ATS della Brianza delle UdO sociali formalizzate;

- la collaborazione costante con Uffici Unici/Ufficio dei Piani dei Comuni del territorio ATS, con riunioni periodiche, relativamente all'attività di vigilanza routinaria e alla verifica delle CPE;
- la partecipazione agli incontri del gruppo di lavoro avviato dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità e i referenti ATS per le attività di vigilanza sulle UdO Sociali;
- l'effettuazione degli eventuali sopralluoghi richiesti dalla Procura del Tribunale per i Minorenni, per tramite della Polizia Locale territorialmente competente relative alle strutture residenziali per minori;
- l'attività di verifica di appropriatezza sulla Misura Comunità Minori Vittime di abuso, violenza e grave maltrattamento.

4. AREA VERIFICHE REQUISITI CONTRATTUALI

4.1. Contesto territoriale

4.1.1. Area sanitaria

L'analisi di contesto per l'area sanitaria, condotta nel triennio 2022-2024, 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 01/01/2024 ATS Brianza ha nel proprio territorio n. 47 strutture a contratto:

- n. 4 enti gestori pubblici (di cui 2 erogano prestazioni sia in ambito sanitario che sociosanitario)
- n. 43 enti gestori privati (di cui 4 erogano prestazioni sia in ambito sanitario che sociosanitario)

I contratti ordinari stipulati sono n. 49 (due enti gestori hanno ciascuno due contratti, con due codice budget, su diversi setting contrattuali).

Agli enti gestori afferiscono complessivamente 185 strutture accreditate a contratto (n. 114 nel settore pubblico e n. 71 nel settore privato).

Tabella 32 - Strutture sanitarie accreditate a contratto (anno 2024)

Settore	N. Enti Gestori	N. strutture a contratto
Pubblico	4	114
Privato	43	71
Totale	47	185

Si evidenzia che per i setting Psichiatria e Neuropsichiatria infantile (NPIA) lo schema contrattuale utilizzato per gli erogatori privati è quello socio-sanitario. La tabella sottostante mostra il dettaglio dei setting di erogazione degli enti gestori (pubblici e privati).

Tabella 33 - N. enti gestori per setting (anno 2024)

Setting	N. Enti Gestori
NPI AMBITO SANITARIO	3
NPI AMBITO SOCIO-SANITARIO	3
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	39
PSICHIATRIA AMBITO SANITARIO	3
PSICHIATRIA AMBITO SOCIO-SANITARIO	9
RICOVERI	12
SUBACUTE	5
Totale	47

Si riportano qui di seguito il numero di enti gestori ed i relativi posti letto/tecnici al 01/01/2024. Si evidenzia che il numero di strutture accreditate a contratto afferenti agli enti gestori è stata calcolata considerando la categorizzazione proposta delle strutture sanitarie (ambulatorio di medicina sportiva, servizio di medicina di laboratorio, etc) come non mutuamente esclusiva, in quanto alcune strutture rientrano in più tipologie.

Nell'ambito delle strutture sanitarie di psichiatria nella categoria delle strutture psichiatriche non residenziali si è considerato soltanto le strutture semiresidenziali (e non "Altro tipo di struttura territoriale").

Tabella 34 - N. Enti gestori e PL/PT per natura giuridica (fonte dati ASAN)

Area	NATURA GIURIDICA (Pubblico/Privato)	A CONTRATTO	
		N. ENTI	POSTI LETTO/TECNICI (se pertinente)
Sanitario	Pubblico	4	3.889
	Privato	43	1.203

Tabella 35 – N. strutture sanitarie e PL/PT per tipologia e natura giuridica (fonte dati ASAN)

STRUTTURA SANITARIA	NATURA GIURIDICA (Pubblico/Privato)	A CONTRATTO	
		N. STRUTTURE	POSTI LETTO/TECNICI (se pertinente)
AMBULATORIO DI MEDICINA SPORTIVA	Pubblico	0	0
	Privato	5	0
SERVIZIO DI MEDICINA DI LABORATORIO	Pubblico	0	0
	Privato	3	0
STRUTTURA DI RICOVERO E CURA	Pubblico	10	3.802
	Privato	9	1.170
STRUTTURA DI CURE SUB ACUTE	Pubblico	6	87
	Privato	3	33
STRUTTURA AMBULATORIALE	Pubblico	26	0
	Privato	29	0
STRUTTURA PSICHIATRICA residenziale	Pubblico	13	156
	Privato	11	184
STRUTTURA PSICHIATRICA non residenziale	Pubblico	11	171
	Privato	4	65
STRUTTURA NEUROPSICHIATRIA (res. e non res.)	Pubblico	5	53
	Privato	5	29

4.1.2. Area Sociosanitaria

L'analisi di contesto per l'area sociosanitaria, condotta sul triennio 2022 – 2024, evidenzia come il numero complessivo degli enti gestori a contratto con questa ATS sia variato da n. 131 gestori a contratto all'01/01/2023 a n. 127 gestori a contratto all'01/01/2024.

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

Ai sensi della DGR XII/715 del 24/07/2023, sono stati sottoscritti n. 53 contratti di scopo per l'acquisto di cure domiciliari dalla rete d'offerta pubblica e privata accreditata ex DGR XI/6867/2022, compresa l'erogazione di cure domiciliari in regime di RSA Aperta, e dalla rete pubblica e privata accreditata per l'erogazione di cure palliative domiciliari per il raggiungimento dell'obiettivo target PNRR di cui alla Missione 6 - Componente 1 sub-investimento M6C1 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)".

Di seguito il dettaglio dei contratti sottoscritti:

- n. 27 contratti con Enti gestori di unità d'offerta C-DOM, di cui n. 25 già a contratto con ATS Brianza per lo stesso setting di cura e n. 2 contratti con nuovi Enti gestori in esito alla manifestazione di interesse di cui al decreto di ATS n. 429 del 06/11/2023;
- n. 9 contratti di scopo con Enti gestori di unità d'offerta CP-DOM, di cui n. 7 già a contratto con ATS Brianza per lo stesso setting di cura e n. 2 nuovi contratti in esito alla manifestazione di interesse di cui al decreto di ATS n. 429 del 06/11/2023;
- n. 17 contratti di scopo con Enti gestori di unità d'offerta RSA Aperta, di cui n. 13 già a contratto con ATS Brianza per lo stesso setting di cura e n. 4 nuovi contratti in esito alla manifestazione di interesse di cui al decreto di ATS n. 429 del 06/11/2023.

Con riferimento all'anno 2023 si segnala quanto segue:

- la non sottoscrizione del contratto annuale 2023 per la UDO CP-DOM Mosaico CUDES 017902 in quanto risultava inattiva alla data del 31/12/2022 e per la CSS CUDES 001147 del Comune di Lecco a seguito della chiusura dell'accreditamento alla data del 31/12/2022; .
- la riclassificazione di n. 29 ex ADI in CDOM con la relativa messa a contratto a far data dall'01/04/2023 mentre, come sopra indicato, non hanno richiesto la riclassificazione n. 4 ex ADI (CUDES 016253-016271-016286-016304) cui si aggiunge n. 1 nuovo Ente gestore sottoscrittore di contratto di scopo PNRR in esito alla manifestazione di interesse di cui al decreto di ATS n. 429 del 06/11/2023;
- la voltura del CDI CUDES 001093 dall'Ente gestore Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi al nuovo Ente Gestore L'Arcobaleno società cooperativa sociale - Onlus a far data dal 03/05/2023. In data 07/12/2023 si è provveduto alla sottoscrizione di un addendum a seguito del trasferimento dei posti, richiesto dall'Ente gestore Unico L'Arcobaleno e previo riscontro positivo della Direzione Generale Welfare del 17/11/2023 prot. n. G1.2023.0046743 (prot ATS n. 0090748/23) dal CDI CUDES 001093 c/o Rsa Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi con sede a Lecco al CDI CUDES 006038 CDI Polo Frassoni con sede a Lecco;
- la voltura della RSA CUDES 001206 "Anna e Guido Fossati" dall'Ente gestore Croce di Malta s.r.l. CF/P.IVA 03653930960 a favore del nuovo soggetto gestore Punto Service Cooperativa Sociale A.R.L., a far data dall'01/08/2023;
- la voltura della CDOM CUDES 091992 "Assistenza Domiciliare Paxme" (ex ADI CUDES 016358) dall'ente A.M.P. Paxme Domiciliare S.C.A.R.L. a favore del nuovo soggetto gestore Assistenza Domiciliare Paxme S.R.L., a far data dal 24/07/2023;
- la voltura della CDOM CUDES 091989 "A Casa Tua" (ex ADI 016256) dall'Ente Cooperativa Sociale e di Lavoro Operatori Sanitari Associati Onlus a favore del nuovo soggetto gestore A Casa Tua S.R.L., a far data dal 24/07/2023;
- la voltura della CP-DOM CUDES 018721 "A Casa Tua" dall'ente Cooperativa Sociale e di Lavoro Operatori Sanitari Associati Onlus a favore del nuovo soggetto gestore A Casa Tua S.R.L., a far data dall'08/08/2023;

- la voltura dell'unità d'offerta CDOM CUDES 091948 (ex ADI 016289) dall'Ente gestore Meditel Centro Medico Polispecialistico srl a favore del nuovo soggetto gestore A Casa Tua S.R.L., a far data dal 27/12/2023;

Al 01/01/2024 risultano contrattualizzati complessivamente:

- n. 17 enti gestori pubblici (di cui 16 con sede legale in ATS Brianza);
- n. 104 enti gestori privati (di cui 53 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 2023 sono stati sottoscritti n. 14 contratti di filiera di cui n. 13 con erogatori privati che ne hanno fatto richiesta a seguito del riconoscimento dello status di Ente Unico e n. 1 erogatore pubblico.

Si riportano di seguito le tipologie di Unità d'Offerta per l'area sociosanitaria, e i relativi posti letto, al 01/01/2024:

Tabella 36 - N. strutture sociosanitarie e PL/PT per tipologia e natura giuridica

TIPOLOGIA DI UDO SOCIO SANITARIA	NATURA GIURIDICA (Pubblico/Privato)	N° UDO	POSTI LETTO/TECNICI (se pertinente)
			A CONTRATTO
C-DOM	Pubblico	1	0
	Privato	28	0
	ASST	1	0
CDD	Pubblico	17	438
	Privato	14	328
	ASST	1	15
CDI	Pubblico	5	134
	Privato	25	594
CONSULTORI	Privato	6	0
CSS	Pubblico	1	10
	Privato	14	139
CURE PALLIATIVE domiciliare*	Privato	10	0
	ASST	5	0
CURE PALLIATIVE residenziale**	Privato	4	56
	ASST	2	33
DIPENDENZE	Privato	13	197
RIABILITAZIONE/CURE INTERMEDIE	Pubblico	1	40
	Privato	8	324
RSA	Pubblico	4	532
	Privato	61	4779
RSD	Privato	8	350
	ASST	1	60
SMI	Privato	2	0
SRM	Privato	2	76

* Sono stati conteggiati complessivamente gli assetti presenti in AFAM e nelle schede di budget allegata 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 dal 01/01/2023, 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 negoziazione e contrattualizzazione delle strutture sociosanitarie.

La dotazione organica delle 2 SS.SS. al 01/01/2024 è di seguito rappresentata:

Tabella 37 - Risorse umane SS Negoziazione Flussi e Pagamenti Erogatori Sanitari

Figure Professionali	N. unità	Ruolo
DIRIGENTE TECNICO	1	Direttore SC Negoziazione e Governo delle Prestazioni
FUNZIONARIO – RUOLO AMMINISTRATIVO	1	
ASSISTENTE – RUOLO AMMINISTRATIVO	3	di cui 1 addetto a verifica requisiti contrattuali
OPERATORE – RUOLO AMMINISTRATIVO	1	
	6	

Tabella 38 - Risorse umane SS Negoziazione Flussi e Pagamenti Erogatori Sociosanitari

Figure Professionali	N. unità	Ruolo
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1	
FUNZIONARI – RUOLO AMMINISTRATIVO	3	di cui 1 addetto a verifica requisiti contrattuali
ASSISTENTE – RUOLO AMMINISTRATIVO	4	di cui 1 addetto a verifica requisiti contrattuali
	8	

4.3. Programmazione 2024

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 2024, 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 Euro 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).

4.3.1. Area sanitaria

Si evidenzia di seguito una sintesi dei controlli programmati per l'esercizio 2024 relativamente ai requisiti contrattuali per l'area sanitaria.

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	N° CONTROLLI PROGRAMMATI	BASE DATI	CRITERI CAMPIONAMENTO	STRUMENTI OPERATIVI
Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 94, comma 1, d. lgs. 36/2023)	Da remoto	43	Casellario giudiziale	100% degli Enti erogatori privati	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	41	Portale Banca Dati Nazionale Antimafia (BDNA)	100% degli Enti erogatori privati con contratto superiore a € 150.000	Acquisizione autocertificazione da parte dei singoli Enti. Richiesta comunicazione/informazione tramite BDNA
Regolarità contributiva (art. 96, comma 6, d.lgs. 36/2023)	Da remoto	47	Portale INPS/INAIL	100% degli Enti erogatori (pubblici e privati)	Richiesta DURC tramite banca dati INPS/INAIL
Regolarità contributiva (art. 96, comma 6, d.lgs. 36/2023)	Da remoto	43	Agenzia delle Entrate	100% degli Enti erogatori privati	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	43	Casellario giudiziale	100% degli Enti erogatori privati	Acquisizione autocertificazione da parte dei singoli Enti. Verifiche successive con Amministrazioni certificanti (richiesta a Procura della Repubblica)
Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)	Da remoto	43	Relazione inviata da Soggetti tenuti alla revisione legale dei conti	100% degli Enti erogatori privati	Acquisizione e verifica relazione ultimo bilancio approvato
Applicazione modello organizzativo (d.lgs. 231/2001)	Da remoto	20	Relazione annuale OdV (estratto sintetico)	100% Enti erogatori privati (con contratto >= 800mila € annui)	Acquisizione e verifica relazione Organismo di Vigilanza
Ulteriori requisiti (art. 94, comma 5, d.lgs. 36/2023) – lett. d)	Da remoto	43	Portale Telemaco	100% degli Enti erogatori privati	Acquisizione autocertificazione da parte dei singoli Enti. Verifiche successive con confronto dati CCIAA scaricati da portale https://telemaco.infocamere.it .
Ulteriori requisiti (art. 94, comma 5, d.lgs. 36/2023) – lett. e), f)	Da remoto	5	Casellario ANAC	10% delle dichiarazioni prodotte su campione casuale	Acquisizione autocertificazione da parte dei singoli Enti. Verifiche successive tramite casellario ANAC.
Ulteriori requisiti (art. 94, comma 5, d.lgs. 36/2023) – lett. b)	Da remoto	5	Casellario ANAC	10% delle dichiarazioni prodotte su campione casuale	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	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 2024, 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 e Controllo Strutture Sociosanitarie e Sociali:

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	N° CONTROLLI Progr.TI	BASE DATI	CRITERI CAMPIONAMENTO	STRUMENTI OPERATIVI
Ulteriori requisiti (art. 94, comma 5 D.Lgs. 50/2016)	Da remoto	13	AFAM	10% delle dichiarazioni prodotte su campione casuale	lett. d) presso il portale https://telemaco.infocamere.it lett. e) lett. f) presso portale ANAC
Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 94, comma 1 lett. a), b), c), d), e), f), g), h) D.Lgs. 36/2023)	Da remoto	13	AFAM	10% delle dichiarazioni prodotte su campione casuale	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	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	381	AFAM	100% delle UdO. La verifica avviene ad ogni pagamento e comunque ogni 120 giorni.	Richiesta DURC tramite banca dati INPS/INAIL
Regolarità contributiva (art. 94, comma 6 D.Lgs. 36/2023)	Da remoto	127	AFAM	100% delle UdO	Acquisizione autocertificazione comprovante assenza violazioni in merito a pagamento imposte/tasse. Verifiche successive con Agenzia delle Entrate
Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (art. 94, comma 5, lett. a) D.Lgs. 36/2023)	Da remoto	13	AFAM	10% delle dichiarazioni prodotte su campione casuale	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	17		n. 5 gestori aventi diritto ai ristori DPI costi 2022 > 10.000€ + n. 12 gestori (10%) attraverso verifica assolvimento obblighi D.Lgs. 33/2013.	Acquisizione autocertificazione dell'EG. Verifica assolvimento obblighi nei siti web degli EE.GG.
Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)	Da remoto	127	AFAM/ CONTRATTI WEB	100% delle UdO	Acquisizione/Verifica relazione del revisore rispetto all'ultimo bilancio approvato
Applicazione modello organizzativo (D.Lgs. 231/2001)	Da remoto	63	AFAM/ CONTRATTI WEB	Soggetti con capacità ricettiva >= 80 PL o capacità contrattuale >= € 800.000	Acquisizione/Verifica relazione dell'Organismo di Vigilanza

5. AREA FARMACEUTICA

5.1. Contesto territoriale

Di seguito è rappresentato il contesto territoriale al 31/12/2023.

N. farmacie/dispensari	347
Strutture che detengono stupefacenti	335 Farmacie 2 ASST 1 IRCSS 71 RSA 105 Studi Veterinari Privati
N. parafarmacie	40
N. grossisti	12
N. depositi	2
N. esercizi e GDO che erogano alimentazione particolare	144
N. Fornitori di Protesi (Audioprotesica, Ottici, Ortopedia)	85
N. esercizi autorizzati al commercio online	4 Farmacie 5 Parafarmacie
N. altre strutture distributive di farmaci	11 RSD 2 ASST 1 IRCSS 71 RSA 11 RSD
Spesa Farmaceutica convenzionata	179.493.553,24 € valore dato al netto iva dalle DCR
Spesa DPC e oneri di servizio	44.283.723,22€ valore dato al netto iva
N. Record File F * <i>(*Dati File F Produzione)</i>	14.091 (n. record per anno contabile gen-dic 2023)
Valore File F* <i>(*Dati File F Produzione - comprensivi rimborsi)</i>	169.226.115,30 €
N. di strutture erogatrici File F* <i>(*Dati File F Produzione)</i>	31

5.2. Programmazione 2024

5.2.1. Vigilanza e controllo farmaceutica

Farmacie e dispensari farmaceutici

ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e modalità	Visita ispettiva in presenza presso le farmacie/dispensari secondo le modalità previste dalla normativa vigente. Ai sensi dell'art. 127 del T.U.LL.SS e della L.R. 33/2009 modificata dalla L.R. 6/2017 è previsto l'obbligo di ispezionare il 100% delle farmacie/dispensari aperti al pubblico in ciascun biennio (2024/2025), di cui almeno il 50% effettuato ogni anno solare
Numerosità dei controlli programmati	Il numero totale delle farmacie/dispensari da ispezionare nel corso del 2024 è di n.174/347. (ispezione ordinaria) In caso di segnalazioni pervenute in ATS Brianza o verifica delle prescrizioni impartite, viene svolta l'attività di Vigilanza Ispettiva Straordinaria senza preavviso mentre, al fine del rilascio di autorizzazioni per nuove aperture /trasferimento/ampliamento locali farmacie e dispensari viene svolta l'attività di Vigilanza Ispettiva Preventiva.
Flussi o basi dati utilizzati	Portale "Ispezioni Farmacie"
Modalità di campionamento ed i criteri di selezione del campione.	Per l'attività di Vigilanza Ispettiva Ordinaria il campione viene selezionato in funzione delle irregolarità riscontrate nelle strutture ispezionate negli anni 2022/2023, in base alla data dell'ultima ispezione effettuata e alla posizione geografica.
Modalità operative di esecuzione (con preavviso), e descrizione sintetica delle attività di controllo.	L'attività di <i>Vigilanza ispettiva ordinaria</i> è programmata, con preavviso di 7 giorni alla farmacia oggetto di ispezione. Le verifiche sono: <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

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

Vendita on-line di medicinali

ITEMS	DESCRIZIONE
<p>Attività di controllo e modalità</p>	<p>L'attività consiste nel controllo delle strutture erogatrici di farmaci tramite la vendita "on line".</p> <p>Il controllo viene effettuato senza preavviso, da remoto, a campione, con lo scopo di stabilire se il sito di "vendita on line" autorizzato risponda ai requisiti dell'art.112 quater del D.lvo 219/2006 e smi.</p>
<p>Numerosità dei controlli programmati</p>	<p>Verifiche sul 50% dei siti autorizzati alla vendita online di farmaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tot. n. 2/4 Farmacie autorizzate alla vendita on line - Tot n. N. 3/5 Parafarmacie autorizzate alla vendita on line
<p>Flussi o basi dati utilizzati</p>	<p>Estrazione dal portale del Ministero della Salute al 31/12/2021</p>
<p>Modalità di campionamento ed i criteri di selezione del campione</p>	<p>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 (2024/2025).</p>
<p>Modalità operative di esecuzione</p>	<p>L'ispezione alle strutture dispensatrici di farmaci vengono effettuate senza preavviso con la stesura di un verbale sottoscritto da n.2 Farmacisti di ATS Brianza.</p> <p>Le attività di controllo consistono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nella verifica della corrispondenza del sito web utilizzato a quello autorizzato dal Ministero della Salute e del collegamento ipertestuale - nella verifica dell'utilizzo appropriato del logo identificativo - riproduzione degli effetti indesiderati descritti nel foglio illustrativo

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

Parafarmacie

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

	<p>farmacista, assistenza al cliente nell'acquisto del medicinale (SOP/OTC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • gli aspetti relativi alla farmacovigilanza e relativi agli avvisi al pubblico (prezzo esposto dei medicinali, pubblicità non autorizzata, svolgimento operazioni di concorso o premio vendite sotto costo) • i requisiti strutturali dei locali (deposito, area logistico amministrativo, arredi, area spogliatoio per il personale, presenza dichiarazioni di conformità impianti) • i requisiti tecnologici (presenza frigorifero, temperatura dell'aria, condizioni di conservazione medicinali, presenza insegne ingannevoli ecc) • i requisiti tecnologici/strutturali degli esercizi che allestiscono preparazioni galeniche officinali senza ricetta medica • la vendita di Medicinali/dispositivi/alimenti/cosmetici ed erogazione di eventuali servizi e prestazioni sanitari accessori • controllo corrispondenza P.Iva e codice fiscale dell'esercizio commerciale riportato sullo scontrino fiscale e sull'Open data ministeriale <p>La commissione di vigilanza sulle parafarmacie è composta da: farmacista ATS, amministrativo ATS e medico d'igiene/ UPG</p>
--	---

Depositi/grossisti di medicinali

ITEMS	DESCRIZIONE
<p>Attività e modalità con cui di intende eseguire il controllo</p>	<p>L'Attività consiste nel controllo, in presenza, dei grossisti/depositi di medicinali secondo le modalità previste dalla normativa vigente (D.L.vo n.219/06)</p> <p>Ai sensi della DGR n. XI/1046 DEL 17/12/2018 al punto 7.1.15 "Vigilanza su depositi e grossisti", i grossisti devono essere ispezionati almeno una volta ogni 2 anni ed i depositi almeno una volta ogni 5 anni.</p>
<p>Numerosità dei controlli programmati</p>	<p>Con il piano controlli 2022/23 è stata programmata ed effettuata la vigilanza di n. 9/13 grossisti di medicinali e 0/2 depositi, pertanto in coerenza con la DGR sopra menzionata per il biennio 2024/2025 si prevede di ispezionare 0/2 depositi e n.4/13 grossisti.</p>
<p>Flussi o basi dati</p>	<p>Open data del Ministero della Salute</p>
<p>Modalità di campionamento</p>	<p>Sulla base della normativa vigente e DGR n.XI/1046 DEL 17/12/2018 al punto 7.1.15 "Vigilanza su depositi e grossisti" tenendo presente della data dell'ultima ispezione.</p>
<p>Modalità operative di esecuzione</p>	<p>Effettuazione controlli previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilanza ispettiva ordinaria (con preavviso) • Vigilanza ispettiva straordinaria (su segnalazione o eventuali prescrizioni, senza preavviso)

	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilanza preventiva (con preavviso) per rilascio autorizzazioni per nuova apertura/trasferimento/ampliamento locali. <p>Durante l'ispezione viene redatto un verbale di accertamento, tramite format unico regionale, garantendo comportamenti ispettivi uniformi su tutto il territorio regionale, ai fini del controllo del mantenimento dei requisiti previsti dal D.L.vo n.219/06 art.100.</p> <p>I controlli vengono effettuati sui locali, attrezzature e sistemi di servizio, sulla documentazione e procedure del sistema qualità, sull'approvvigionamento e forniture al cliente, sulla gestione resi e sulla effettuazione di autoispezioni per il mantenimento dei requisiti in materia di buona pratica di distribuzione dei medicinali per uso umano.</p>
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Verbale di accertamento tramite format unico regionale
Composizione équipe di vigilanza , dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le équipes sia ad eventuali gestioni integrate tra i diversi dipartimenti delle ATS	La commissione è composta da: due farmacisti ATS un tecnico della prevenzione/UPG un amministrativo

Constatazione e affido dei farmaci stupefacenti scaduti presso farmacie, RSA/RSD, ambulatori veterinari, SerT, strutture ospedaliere

ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e modalità	<p>L'attività consiste nella constatazione e affido stupefacenti a carico delle strutture sanitarie e socio sanitarie del territorio di ATS Brianza, detentrici di farmaci stupefacenti.</p> <p>Per quanto riguarda le Farmacie territoriali e i Grossisti di medicinali l'attività si svolge in loco, mentre per quanto riguarda RSA/RSD, AMBULATORI VETERINARI, SERT, STRUTTURE OSPEDALIERE, l'attività di constatazione ed affido stupefacenti si svolge presso la struttura richiedente o previo appuntamento (nel mese di giugno e novembre) 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).</p>
Numerosità dei controlli programmati	Si prevede l'evasione di almeno il 50% delle richieste di affido stupefacenti pervenute da parte delle strutture nel corso dell'anno 2024.
Flussi o basi dati	Elenco Farmacie/Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie presenti sul territorio di TAS Brianza
Modalità di campionamento	<p>L'affido stupefacenti presso le Farmacie si svolge contestualmente all'attività programmata trimestralmente di <i>vigilanza ispettiva "ordinaria"</i>, su richiesta del direttore responsabile della farmacia da ispezionare, redigendo apposito verbale di affido e constatazione stupefacenti.</p> <p>Per quanto riguarda le strutture sanitarie e socio sanitarie il campionamento viene effettuato in base alla data di ricezione della richiesta, compatibilmente con la</p>

	<p>calendarizzazione delle operazioni di affido programmate all'inizio dell'anno in corso (giugno e novembre 2024).</p>
<p>Modalità operative di esecuzione</p>	<p>In sede di Vigilanza ispettiva ordinaria presso le Farmacie la Commissione di Vigilanza redige un verbale di constatazione e affido stupefacenti scaduti non vendibili, tramite format unico regionale, viene inoltre effettuato il controllo della corretta tenuta del registro stupefacenti e irrogata eventuale sanzione amministrativa con separato verbale di contestazione (SPV) oltre a eventuale segnalazione di notizia di reato all' Autorità giudiziaria competente.</p> <p>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) 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.</p> <p>Effettuate le operazioni di consegna del pacco sigillato alla ditta preposta il direttore sanitario della struttura effettua lo scarico del medicinale sul registro stupefacenti. Avvenuta la distruzione dello stupefacente la Ditta preposta invia il formulario di "avvenuta distruzione stupefacente" alla struttura sanitaria richiedente che a sua volta ne invia copia al Servizio Farmaceutico ATS Brianza.</p>
<p>Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)</p>	<p>Verbale di accertamento</p>
<p>Composizione équipe di vigilanza, dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le équipe sia ad eventuali gestioni integrate tra i diversi dipartimenti delle ATS</p>	<p>La commissione è composta da: 1 farmacista ATS Brianza 1 farmacista designato dell'Ordine dei Farmacisti 1 amministrativo</p>
<p>Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo</p>	<p>Farmacie: su richiesta del Direttore responsabile della farmacia durante l'attività programmata trimestralmente di <i>vigilanza ispettiva "ordinaria"</i>. Strutture sanitarie e socio sanitarie: giugno e novembre 2024 presso ATS Brianza</p>

5.2.2. Farmaceutica convenzionata

Controlli DPC (Distribuzione Per Conto):

ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e Modalità	L'attività viene effettuata mensilmente da remoto attraverso la piattaforma Web-DPC. Viene effettuata la verifica della corrispondenza tra le quantità e gli importi rendicontati da parte dell'ATS Capofila di BG con quanto risulta erogato dalle farmacie di comunità dell'ATS Brianza.
Numerosità dei controlli programmati	Viene controllato il 100% delle ricette DPC "aperte" oltre 30 giorni o "chiuso" che risultano spedite ma non contabilizzate da oltre 1 anno, riferite all'anno 2022
Flussi o basi dati	Flussi estratti da Web-DPC
Modalità di campionamento	Si verificano le ricette riferite alle farmacie relative ai farmaci erogati in DPC.
Modalità operative di esecuzione	I controlli che vengono effettuati consistono: <ul style="list-style-type: none"> nella vigilanza e monitoraggio dei farmaci DPC dispensati in convenzionata (il controllo viene effettuato analizzando la % di ricette DPC spedite in convenzionata valutandone le motivazioni). nel controllo delle "ricette aperte" oltre 30 giorni o "chiuso" che risultano spedite ma non contabilizzate da oltre 1 anno presenti sul gestionale WEBDPC (il controllo può essere effettuato sia durante il corso dell'ispezione ordinaria che da remoto).
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Applicativo WebDPC ,Farmavision
Composizione équipe di vigilanza , dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le équipe sia ad eventuali gestioni integrate tra i diversi dipartimenti delle ATS	Un farmacista e un amministrativo

DCR-FUR

ITEMS	DESCRIZIONE
Attività e Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/remoto)	Il Servizio Farmaceutico effettua ogni mese i pagamenti alle farmacie convenzionate aperte al pubblico per erogazione di prodotti e servizi a carico del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale. L'attività consiste nel controllo da remoto e liquidazione dell'importo esposto in DCR-FUR delle farmacie territoriali tramite gli applicativi FARMA 2017 e GPI Eusis (applicativo contabile).
Numerosità dei controlli programmati	Controllo mensile secondo calendario regionale di tutte le farmacie convenzionate presenti sul territorio
Flussi o basi dati utilizzati	Il flusso di riferimento è la DCR-FUR e Report di Farma 2017
Modalità di campionamento	Tutte le farmacie, pubbliche e private che presentano DCR-FUR ogni mese
Modalità operative di esecuzione	Mensilmente le farmacie inviano la DCR/FUR entro la data definita da Regione e successivamente a seguito di controlli contabili si modifica/conferma l'importo da liquidare.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Farma2017 e GPI EUSIS

Composizione équipe di vigilanza , dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le équipe sia ad eventuali gestioni integrate tra i diversi dipartimenti delle ATS	Farmacisti e Amministrativi
---	-----------------------------

Controllo tecnico delle ricette tramite Commissione Farmaceutica Aziendale - CFA

ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo modalità	<p>Nell'ATS Brianza operano n.2 Commissioni Farmaceutiche Aziendali, rispettivamente per le farmacie territoriali dell'area della Provincia di Lecco e Monza, le quali hanno competenza a pronunciarsi in merito:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ad ogni irregolarità ed inosservanza all'Accordo Collettivo Nazionale con le farmacie convenzionate di cui al DPR 371/1998; b) alle difformità rilevate nell'ambito dell'applicazione dell'accordo con le farmacie sulla Distribuzione per Conto dei farmaci A-PHT ai sensi della DGR n. XI/796 del 12/11/2018 e successive modifiche; c) alle irregolarità riscontrate nell'ambito della gestione dei Moduli WebCare per l'Assistenza Integrativa; d) alle difformità rilevate nell'ambito dell'applicazione dell'accordo con le farmacie sulla Distribuzione per Conto di strumenti, ausili e presidi per il controllo della glicemia per i pazienti diabetici ai sensi della DGR n. XI/5925 del 07/02/2022 e successive modifiche. <p>Alle commissioni compete inoltre la convalida del pagamento o all'annullamento totale o parziale delle ricette sottoposte al suo esame in relazione a quanto previsto dall'art. 4 dell'Accordo nazionale.</p> <p>La verifica delle ricette avviene da remoto (essendo i dati presenti sul portale on-line Farmavision) e riguarda le ricette irregolari dal punto di vista tecnico.</p> <p>La programmazione dei controlli da svolgersi è vincolata al caricamento dei dati da parte di ARIA sul Portale.</p> <p>Nel 2024 è in programmazione la verifica dalle CFA del 100% delle irregolarità presenti nelle ricette RUR e DPC e nei moduli WEBCARE estratti da ARIA SPA e caricati sul Portale Farmavision.</p>
Numerosità dei controlli	Viene controllato il 100% delle ricette irregolari estratte da Aria SPA nel corso di sedute della CFA.
Flussi o basi dati utilizzati	Il flusso di riferimento è costituito dal tracciato FUR/Consolidato (fonte dati variabile sulla base della rilettura, avvenuta o meno, del dato FUR).
Modalità di campionamento	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. (DPR 371/98 - DGR X/3940 del 31/07/2015 e Circolari Regionali attuative)
Modalità operative di esecuzione	Le ricette ritenute irregolari vengono esaminate dalla Commissione Farmaceutica Aziendale nell'ambito di

	riunioni dedicate, per le farmacie private e per le farmacie pubbliche.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni	Portali Farmavision e Farmaimage, verbali della Commissione Farmaceutica.
Composizione équipe di vigilanza	Componenti della Commissione Farmaceutica Aziendale: <ul style="list-style-type: none"> • n° 3 farmacisti designati dalle associazioni di categoria tra i titolari di farmacia privata (per le farmacie Private) o n° 3 farmacisti direttori di farmacie comunali (per le farmacie Pubbliche) • n°3 farmacisti di ATS Brianza • n°1 funzionario amministrativo di ATS Brianza (per la funzione di Segreteria)
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo	Vengono effettuate almeno due riunioni/anno da parte della Commissione Farmaceutica Aziendale, una per le farmacie private ed una per le farmacie pubbliche.
Indicatore di controllo utilizzato e del relativo target/atteso di riferimento	Indicatori di processo: <ul style="list-style-type: none"> • N. ricette verificate / N. ricette irregolari totali Indicatori di esito: <ul style="list-style-type: none"> • N. ricette NON convalidate di cui è richiesto l'addebito CFA • Spesa per ricette NON convalidate di cui è richiesto l'addebito CFA

Monitoraggio e promozione del farmaco biosimilare in ambito ospedaliero (File F)

ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo modalità	L'attività consiste nell'analisi del dettaglio di consumo (trend) e di spesa prodotta dalle strutture pubbliche e private erogatrici sul territorio di ATS Brianza, in forma aggregata e per singola ATC monitorata. Il monitoraggio è effettuato da remoto (tramite portale Farmavision) sul dato di produzione rendicontato dalle strutture erogatrici.
Numerosità dei controlli programmati	Almeno 2 controlli programmati/anno in funzione della disponibilità del flusso consolidato
Flussi o basi dati utilizzati	Database Farmavision Flusso File F ricevuto da LISPA normalizzando i consumi alle unità di confezioni dispensate.
Modalità operative di esecuzione	Si inoltra a LISPA la richiesta di estrazione del file di dettaglio produzione delle ATC monitorate, nel periodo considerato. Il <i>source data</i> ricevuto viene normalizzato, in termini di confezioni dispensate e DDD, al fine di analizzare la variabilità territoriale e lo scostamento rispetto agli andamenti nazionali. Qualora la qualità del dato richiesto lo consenta, si procede anche ad approfondire l'informazione relativa al medico prescrittore e rispettivo comportamento nelle strutture pubbliche erogatrici (es. Enoxaparina sodica). Gli andamenti delle molecole monitorate, sia in termini di incidenza dei consumi che di costo, verranno condivisi con le strutture territoriali erogatrici.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni	L'analisi dei record oggetto di monitoraggio viene effettuata a partire dal tracciato consolidato inviato da LISPA. Al fine dei controlli, tali dati vengono implementati con: <ul style="list-style-type: none"> • verifica e normalizzazione delle unità di misura;

	<ul style="list-style-type: none"> • elenco aggiornato dei medicinali biosimilari in commercio per le ATC analizzate (sito AIFA); • codici AIC aggiornati al periodo di verifica da Banca dati medicinali (es. “Gallery” di Farmadati o CODIFA). <p>Viene prodotto un file (solitamente in formato xls) che riporti in ciascuna riga/record: la struttura erogatrice, il distretto, il farmaco (AIC/ATC), la data, la quantità erogata, l’unità di misura, le DDD, l’importo totale ed altri dati utili all’esame.</p> <p>A seconda del tipo di molecola, anche in base a eventuali disposizione regionali, viene effettuato il confronto tra farmaci biologici di riferimento e non soggetti a copertura brevettuale (trend dei consumi, analisi variabilità territoriale, analisi della stima di risparmio, medico prescrittore).</p>
--	---

Monitoraggio dei Piani Terapeutici (PT)

ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e modalità	<p>I Piani Terapeutici (PT) e le Note AIFA sono stati introdotti quali strumenti regolatori per il controllo sia dell’appropriatezza prescrittiva che della spesa SSN in particolare per medicinali di competenza specialistica ad alto consumo a livello territoriale.</p> <p>Il controllo dei PT avviene sui PT emessi attraverso la piattaforma “PT on line” di ATS Brianza mentre, solo nel caso di disservizio della piattaforma on-line, sarà possibile accettare l’invio dei PT cartacei che pervengono via posta ordinaria, P.E.C.</p>
Numerosità dei controlli programmati	100% dei piani pervenuti anno 2024
Flussi o basi dati	I dati verificati provengono sia dai PT redatti attraverso la piattaforma PT-OnLine di ATS Brianza sia dalle copie dei PT trasmessi tramite mail o via posta ordinaria
Modalità di campionamento	<p>Controllo <i>ex- ante</i> su tutti i PT on line.</p> <p>Tutti i piani cartacei pervenuti via mail o via posta ordinaria vengono controllati e suddivisi prima dell’archiviazione.</p> <p>Controlli specifici possono essere effettuati su specifiche richieste da F.O., indicazioni nazionali/regionali, prescrittori/assistiti (es. nota 39/GH, nota 74, PT Cannabis)</p>
Modalità operative di esecuzione	<p>Verifica dei dati riportati sui PT: es. struttura/centro prescrittore, utilizzo del corretto template RL o AIFA, note AIFA ove presenti, indicazioni terapeutiche, validità temporale.</p> <p>PT-OnLine: il controllo avviene <i>ex-ante</i> (la piattaforma non permette la pubblicazione di PT errati o incompleti).</p> <p>PT cartacei: il controllo avviene prima dell’archiviazione del PT solo nel caso di disservizio della piattaforma on line</p>
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Confronto con template RL/AIFA, verifica delle schede tecniche e/o note AIFA (es. tramite banca dati “Gallery” di Farmadati o CODIFA e sito AIFA) ed eventuali indicazioni regionali

Farmacovigilanza (FV) e monitoraggio sospette reazioni avverse (ADR)

ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controlli Modalità	<p>La Farmacovigilanza (FV) rappresenta lo strumento fondamentale per il continuo monitoraggio del rapporto rischio/beneficio dei medicinali grazie ai dati raccolti nelle reali condizioni d'impiego.</p> <p>Per il 2024 è confermata l'attività di verifica della completezza, congruità e qualità delle schede di sospetta ADR (Adverse Drug Reaction)</p> <p>Vengono verificate le schede ADR (Adverse Drug Reaction) pervenute al responsabile locale di farmacovigilanza di ATS Brianza da parte di pazienti/cittadini, Farmacisti di comunità, medici infermieri di strutture sanitarie private, accreditate e non (Poliambulatori e ambulatori diagnostici, studi medici/dentistici) strutture socio-sanitarie (es. RSA/RSD) afferenti al territorio di ATS Brianza.</p>
Numerosità dei controlli programmati	100% delle schede pervenute anno 2024. L'attività di controllo si svolge quotidianamente con il vincolo di 7 giorni per l'inserimento in RNF dalla data di ricezione delle schede ADR
Flussi o basi dati	I dati da verificare provengono dalle schede di sospetta segnalazione avversa sia a seguito di inserimento on line tramite i sistemi implementati da AIFA o a seguito di invio delle schede cartacee tramite posta ordinaria, PEC o PEO.
Modalità di campionamento	100% delle schede di sospetta ADR pervenute
Modalità operative di esecuzione	Le schede ADR vengono valutate rispetto alla presenza ed alla congruenza dei dati fondamentali per l'inserimento nella rete nazionale di FV (paziente, reazione avversa, farmaco sospetto, segnalatore, n. di lotto per i vaccini/biologici). Il controllo prevede anche l'aggiornamento ed il follow-up delle schede di sospetta ADR a seguito di ricezione di nuova documentazione a supporto.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni	<p>Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF)</p> <p>Banca dati medicinali (es. "Gallery" di Farmadati o CODIFA)</p> <p>European Medicine Agency (EMA)</p> <p>World Health Organization (WHO)</p>

Controllo della spesa e dei consumi relativi al File F

ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di controllo e Modalità	<p>Per i controlli File F sull'anno 2023, si conferma quale obiettivo delle ATS l'attività in essere sul controllo dei prezzi, dosi, e tipologie" come previsto dalla DGR 7758/22 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023".</p> <p>I controlli possono essere effettuati sia da remoto (tramite mezzi informatici) che in loco presso la Struttura erogatrice a seguito specifica richiesta dell'ente o per il verificarsi di situazioni particolari (es. limitato accesso per emergenza pandemica)</p>

Numerosità dei controlli programmati	Almeno 2 controlli programmati/anno per ciascuna Struttura oggetto del campionamento in funzione della disponibilità del flusso consolidato.
Flussi o basi dati	L'analisi viene condotta sul tracciato consolidato pubblicato mensilmente sul portale dedicato (FarmaVision) o estratto dal DWH aziendale "Oslo" relativo al File F "Produzione".
Modalità di campionamento	Il campionamento viene svolto secondo delle indicazioni regionali vigenti: vengono selezionati tutti gli erogatori di File F che hanno rendicontato farmaci innovativi con accesso ai fondi previsti ed estratti tutti i relativi record rendicontati. Su tale campione vengono esaminati puntualmente tutti i record (100%).
Modalità operative di esecuzione	I controlli istituzionali vengono pianificati e concordati con le strutture seguendo le indicazioni regionali vigenti. Sia che il controllo venga effettuato in loco o da remoto, vengono esaminati puntualmente tutti i record File F oggetto del campione. Le segnalazioni, gli eventuali errori con le relative prescrizioni, vengono indicati in un verbale sottoscritto dalle parti (con firma digitale se controllo eseguito in remoto) con chiara indicazione del termine per l'ottemperanza/correzione.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni	L'estrazione e l'analisi dei record File F oggetto del campione viene effettuata a partire dal tracciato consolidato scaricato da portale dedicato (FarmaVision o DWH aziendale "Oslo") relativo al File F "Produzione". Al fine dei controlli, tali dati vengono implementati con: <ul style="list-style-type: none"> • File prezzi massimo d'acquisto, trasmesso periodicamente da R.L. • Elenco aggiornato dei medicinali innovativi pubblicato da AIFA • Codici AIC aggiornati al periodo di verifica da Banca dati medicinali (es. "Gallery" di Farmadati o CODIFA). Viene prodotto un file (solitamente in formato xls) che riporti in ciascuna riga/record: la prestazione farmaceutica, il destinatario della prestazione, la data, il valore unitario e totale, il confronto col valore di riferimento ed altri dati utili all'esame. A seconda del tipo di controllo, in base alle indicazioni regionali, viene effettuato il confronto di ciascun record rendicontato nel flusso file f con le rispettive schede AIFA (controllo di appropriatezza) oppure con la documentazione contabile (es. note di credito) prodotta dalla struttura (controllo di spesa).
Composizione équipe di vigilanza , dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le équipe sia ad eventuali gestioni integrate tra i diversi dipartimenti delle ATS	Farmacista afferente a U.O. farmacovigilanza e monitoraggio prescrizioni eventualmente coadiuvato da personale amministrativo per le sole operazioni di segreteria.

6. AREA PROTESICA

6.1. Contesto territoriale

Di seguito è rappresentato il contesto territoriale al 31/12/2023.

N. farmacie/dispensari	347
Strutture che detengono stupefacenti	335 Farmacie 2 ASST 1IRCSS 71 RSA 105 Studi Veterinari Privati
N. parafarmacie	40
N. grossisti	12
N. depositi	2
N. esercizi e GDO che erogano alimentazione particolare	144
N. Fornitori di Protesi (Audioprotesica, Ottici, Ortopedia)	85
N. esercizi autorizzati al commercio online	4 Farmacie 5 Parafarmacie
N. altre strutture distributive di farmaci	11 RSD 2 ASST 1 IRCSS 71 RSA 11 RSD
Spesa Farmaceutica convenzionata	179.493.553,24 € valore dato al netto iva dalle DCR
Spesa DPC e oneri di servizio	44.283.723,22€ valore dato al netto iva
N. Record File F * <i>(*Dati File F Produzione)</i>	14.091 (n. record per anno contabile gen-dic 2023)
Valore File F* <i>(*Dati File F Produzione - comprensivi rimborsi)</i>	169.226.115,30 €
N. di strutture erogatrici File F* <i>(*Dati File F Produzione)</i>	31

Di seguito è rappresentato il contesto territoriale al 31/12/2023.

N. pazienti che, nel 2023 hanno usufruito dell'assistenza protesica STD e Diabete (autonomitoraggio, microinfusori e sistema CGM – FGM)	20.477
N. prescrizioni (Protesica STD e Diabete)	28.800
N. MMG prescrittori online rispetto al totale	170/648
N. PLS prescrittori online rispetto al totale	0/169
N. specialisti prescrittori	791
N. centri di prescrizione (totali strutture sanitarie)	19

6.2. Programmazione 2024

6.2.1. Appropriatelyzza prescrittiva ed erogativa

Medici prescrittori

ITEMS	DESCRIZIONE
<p>Attività di controllo e Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/ da remoto)</p>	<p>L'attività consiste nell'aggiornamento dell'elenco Specialisti prescrittori del proprio territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Viene effettuato il confronto documentale da remoto in collaborazione con le Direzioni Sanitarie delle strutture pubbliche e private accreditate mediante invio elenco medici prescrittori già censiti nel portale AssistantRL e verifica delle credenziali di prescrizione assegnate, in coerenza con la specialità del Medico e Unità Operativa di afferenza. Viene eseguita la verifica documentale sulla base di format di autocertificazione dei requisiti generali (scheda dati Medico) per l'inserimento dei nuovi medici prescrittori.
<p>Numerosità dei controlli programmati</p>	<ul style="list-style-type: none"> Verifica di tutti i nominativi presenti nell'elenco medici prescrittori pubblicato sul sito di ATS Brianza. Gestione di tutte le istanze di variazione del profilo medico prescrivente, compreso i nuovi inserimenti, pervenute al Servizio Farmaceutico. <p>L'aggiornamento degli ELENCHI dei medici prescrittori nel sito aziendale è prevista con la periodicità indicata dall'allegato 3 della DGR n.1827 del 31/01/2024 "Indirizzi di programmazione del SSR anno 2024" (luglio e dicembre 2024).</p>
<p>Flussi o base dati utilizzati</p>	<p>Elenchi Aziendali, AssistantRL, Provisioning SISS (Anno 2023)</p>
<p>Modalità di campionamento ed i criteri di selezione del campione</p>	<p>La verifica e il controllo prenderà in considerazione sia le richieste di nuovi inserimenti e variazione pervenute al servizio farmaceutico inerenti i medici Prescrittori, sia i nominativi dei medici presenti nell'elenco dei prescrittori pubblicato sul sito ATS Brianza e aggiornato al 31/12/2023.</p>
<p>Modalità operativa di esecuzione</p>	<p>Prescrittori:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inoltro comunicazioni di verifica degli elenchi "medici specialisti prescrittori" alle rispettive direzioni delle strutture pubbliche e private accreditate ubicate sul Territorio di ATS Brianza. Attività di controllo e aggiornamento sia delle credenziali di prescrizione, sia dei nominativi dei medici oggetto di confronto con le direzioni delle strutture pubbliche e private accreditate. <p>L'attività si svolgerà con cadenza semestrale (luglio e dicembre 2024).</p>

Centri di prescrizione

ITEMS	DESCRIZIONE
<p>Attività di controllo e Modalità con cui si intende eseguire il controllo</p>	<p>L'attività consiste nell'attuazione delle indicazioni regionali previste nella DGR n.1827 del 31.01.24 "Indirizzi di programmazione del SSR anno 2024" al fine dell'autorizzazione e aggiornamento degli HUB autorizzati alla prescrizione a carico del SSR di microinfusori e sistemi di monitoraggio del glucosio.</p> <p>L'attività di competenza del Servizio Farmaceutico consiste nella verifica dei requisiti autocertificati dalle Direzioni sanitarie delle ASST, IRCSS e strutture private accreditate che individuano una propria U.O./Servizio quale centro HUB prescrittore di tecnologie innovative (prima prescrizione, rinnovo o modifica della prescrizione di microinfusori e CGM) e comunicati ad ATS Brianza con idonea evidenza documentale, sulla base dei seguenti requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -almeno 50 pazienti in carico con microinfusori sulla base delle prescrizioni degli ultimi 3 anni -un team di clinici prescrittori (diabetologo e/o endocrinologo internista) - la presenza di un PDTA dedicato con reperibilità diabetologica 24/24h, 7/7gg - la presenza di un dietista e almeno 1 infermiere (e di 1 psicologo nelle attività). <p>I centri che non dispongono dei suddetti requisiti (SPOKE) possono fare richiesta di autorizzazione alla prescrizione (prima prescrizione, rinnovo o modifica della prescrizione di microinfusore e CGM) solo dopo aver concordato con un centro HUB, specifici PDTA concordati con ATS e ASST contabile.</p> <p>Entro il 31.05.24 dovranno essere autorizzati quali HUB prescrittore tutti i Centri del territorio di propria competenza aventi i requisiti ed invio prospetto alla DGW.</p> <p>Al fine di garantire la continuità prescrittiva ai pazienti, i centri prescrittori già autorizzati ad oggi manterranno l'attuale attività fino al 31.05.24 nelle more dell'adeguamento dei suddetti requisiti.</p>
<p>Numerosità dei controlli programmati</p>	<p>Gestione di tutte le istanze di autocertificazione dei requisiti pervenuti al 31.05.24 atti al riconoscimento di centro di prescrizione per microinfusori e sistemi di monitoraggio del glucosio.</p>
<p>Flussi o base dati utilizzati</p>	<p>Elenchi Aziendali, AssistantRL (Anno 2023)</p>
<p>Modalità di campionamento</p>	<p>ASST, IRCSS e Struttura Sanitaria privata accreditata</p>
<p>Modalità operativa di esecuzione</p>	<p>Alla luce delle nuove disposizioni previste dalla DGR n.1827 del 31.01.24 "Indirizzi di programmazione del SSR anno 2024":</p> <ul style="list-style-type: none"> - invio format di autocertificazione possesso dei requisiti sopra esposti a tutte le Direzioni Sanitarie delle strutture sanitarie pubbliche e private del territorio di ATS Brianza, ASST e IRCSS (nel caso di individuazione di una U.O./Servizio quale Centro HUB prescrittore di tecnologie innovative/prima prescrizione, rinnovo o modifica), con richiesta di evidenza documentale del possesso dei requisiti.

	<ul style="list-style-type: none"> - verifica requisiti dichiarati dal Direttore Sanitario della struttura richiedente l'autorizzazione tramite evidenza documentale pervenuta - autorizzazione della struttura - trasmissione elenco centri autorizzati di prescrizione di microinfusori e sistemi di monitoraggio in continuo del glucosio alla DGW entro il 31.05.24
<p>Strumenti operativi impiegati</p>	<p>La verifica documentale delle istanze avviene con analisi delle autocertificazioni pervenute dalle Direzioni Sanitarie delle strutture pubbliche e private accreditate richiedenti il riconoscimento a centro prescrittore, tramite format predisposto da ATS Brianza, contenenti evidenza dei criteri previsti nell'appendice 3.4 dell'allegato 3 della DGR n.1827 del 31/01/2024 "Indirizzi di programmazione del SSR anno 2024".</p>

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 2024, i controlli sui TDA programmati da ATS Brianza sono i seguenti:

- monitoraggi MTA nazionali e regionali;
- monitoraggio TDA in riferimento alle indicazioni regionali a partire dalla DGR XII/1827 del 31.01.2024;
- altri controlli finalizzati al governo dei tempi di attesa.

Monitoraggi MTA nazionali e regionali

Nel 2024, ATS effettuerà l'attività di verifica periodica prevista dai Monitoraggi Nazionali e Regionali dei tempi di attesa, mediante le seguenti azioni:

- verifica dell'adesione al Monitoraggio Nazionale dei Tempi di Attesa (ALPI Volumi e Prenotazioni);
- verifica mensile della adesione al Monitoraggio Regionale RL_MTA;
- verifica che tutte le sospensioni effettuate dalle Strutture vengano regolarmente rendicontate e che le sospensioni comunicate siano coerenti agli ambiti previsti dalla normativa e che le Strutture abbiano messo in atto gli accorgimenti necessari per minimizzare il disagio dell'utenza;
- verifica dell'adesione al monitoraggio semestrale su SMAF delle sospensioni coerentemente alle comunicazioni pervenute;
- verifica dell'adesione al monitoraggio dei volumi e della congruenza dei dati inseriti tramite incrocio con altre fonti informative.

Monitoraggio TDA in riferimento alle indicazioni regionali a partire dalla DGR 1827/2024

Saranno effettuati controlli sui volumi di prestazioni aggiuntive ambulatoriali e di ricovero che saranno definiti nel Piano Operativo Regionale secondo le indicazioni che perverranno in merito.

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

Tabella 39 - Target di rispetto dei TDA dei ricoveri chirurgici programmati DGR XII/1827 del 31.01.2024

	<i>baseline (da PRSS)</i>	<i>target 2024</i>	<i>target 2027 (da PRSS)</i>
% di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici oncologici programmati - classe di priorità A	83%	85%	90%
% di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici non oncologici programmati - tutte le classi di priorità	79%	82%	90%

Nel 2024 potranno essere attivati controlli su prescrizioni, prenotazioni ed erogazioni non appena sarà messa a disposizione la Dashboard descritta nelle regole 2024.

Altri controlli finalizzati al governo dei tempi di attesa

Presa in carico paziente chirurgico oncologico

Nell'anno 2024 proseguirà il progetto "Continuità della cura del paziente oncologico dopo intervento chirurgico: presa in carico del paziente oncologico: pianificazione, prescrizione e prenotazione del percorso di follow-up all'atto della dimissione", pertanto saranno effettuati i controlli previsti mediante il calcolo degli indicatori come definiti da progetto.

Indicatori	% di prestazioni tracer effettuate nei tempi previsti dal follow-up
	% di prestazioni tracer effettuate nello stesso Ente

Il programma prevede, per l'anno 2024, la prosecuzione della misurazione degli esiti dell'attività per i tumori della mammella e del colon/retto e l'avvio dell'attività per i tumori uterino e del polmone. La misurazione sarà effettuata per tutti gli Erogatori coinvolti, secondo le tempistiche previste dal cronoprogramma e gli esiti saranno condivisi con gli Erogatori stessi.

Tavolo di lavoro "Governance dell'offerta in ATS Brianza sulla base dell'analisi del bisogno"

Per l'anno 2024 prosegue l'attività del tavolo di lavoro "Governance dell'offerta in ATS Brianza sulla base dell'analisi del bisogno" per condividere l'analisi dei bisogni di salute e le strategie di miglioramento dell'offerta.

Sono già stati programmati tre incontri sulle seguenti tematiche:

- analisi del bisogno;
- progetto presa in carico del paziente oncologico;
- modalità omogenee di rendicontazione delle prestazioni sanitarie;
- tempi di attesa e attribuzione delle classi di priorità degli interventi chirurgici programmati.

Il tavolo è stato istituito tra gli obiettivi strategici di valore pubblico a valenza triennale nell'ambito del *Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025*.

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

Con la Missione 6 Componente 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza si intende potenziare la rete di assistenza sanitaria territoriale grazie all'attivazione di nuove strutture e presidi territoriali (Case della Comunità e Ospedali di Comunità). Il subinvestimento M6C1 I1.2.1 - Assistenza domiciliare prevede, inoltre, un incremento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare con l'obiettivo di prendere in carico, entro la metà del 2026, almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni.

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

Ad integrazione di tale attività, e in continuità con quanto realizzato nell'anno precedente, sarà effettuata una visita conoscitiva presso ciascuna Casa di Comunità attivata nell'annualità 2023. Negli incontri, per la raccolta dei dati, sarà utilizzata una scheda di rilevazione da predisporre ad hoc.

Con riferimento al subinvestimento M6C1 I1.2.1 - Assistenza domiciliare si effettua il controllo dell'andamento delle prese in carico in cure domiciliari degli over 65, tenuto conto dell'obiettivo-target. Il controllo si basa sull'analisi dei flussi trimestrali relativi ai setting che compongono il sistema delle cure domiciliari, tenuto conto della popolazione anziana nelle ASST afferenti ad ATS Brianza. I dati saranno sistematizzati mediante la predisposizione di una scheda di sintesi a cadenza trimestrale.

7.3. Risk Management

Per l'anno 2024 l'attività di monitoraggio degli eventi sentinella, eventi avversi e near miss continuerà come di consueto, accanto al monitoraggio dei sinistri e alla partecipazione del relativo Comitato. A queste seguiranno delle attività conseguenti ad eventuali segnalazioni specifiche e il monitoraggio delle implementazioni delle Raccomandazioni Ministeriali.

Per la predisposizione del Piano di Risk Management 2024 sono proposte le attività descritte di seguito, facendo riferimento specifico ad alcune tematiche già declinate nelle recenti Linee operative di Risk Management.

Tali proposte potrebbero diventare delle progettualità, nonché essere integrate, dopo un confronto con il Network di risk management regionali e delle ATS, che avverrà nel mese di marzo 2024.

Prevenzione e gestione delle aggressioni sugli operatori sanitari

In continuità con l'attività svolta nel 2023 continuerà, nel 2024 l'attività di monitoraggio di eventuali eventi aggressivi occorsi agli operatori sanitari, eventi che verranno segnalati nel flusso informativo previsto dalla Legge Regionale 15/2020, oltre che in quello predisposto da Agenas.

Inoltre proseguirà l'attività formativa nei confronti degli operatori, predisponendo almeno un corso sulle modalità di gestione agiti aggressivi, e sull'importanza della segnalazione nell'incident reporting specifico.

Proposta di integrazione di elementi di Enterprise Risk Management nel processo di programmazione degli screening mammella/colon

Essendo stata evidenziata nell'attività del 2023, l'esigenza da parte dell'Agenzia di una valutazione integrata dei Rischi da parte di tutti gli attori coinvolti nel processo di programmazione dei rischi, si propone di introdurre elementi di Enterprise Risk Management, che considerino tutti i rischi emersi dalle valutazioni di strutture interne ad ATS Brianza, strutture esterne fornitrici di Servizi, ed Enti esterni erogatori di prestazioni, coinvolti nello stesso processo. Tale lavoro si auspica debba essere il risultato di contributi espressi da un gruppo multidisciplinare. Tale valutazione integrata infine dovrà essere condivisa con tutti gli operatori coinvolti. Sarà dunque rilevante il contributo risultato dall'interfacciarsi di tutti i componenti del gruppo di lavoro, soprattutto per l'individuazione delle azioni preventive al verificarsi di eventi avversi in questa attività di notevole complessità.

Proposta di evento formativo per i referenti delle RSA e RSD partecipanti al progetto del 2023, su nozioni base 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 la formazione dei referenti e dei risk Manager delle strutture sociosanitarie su nozioni base di Risk Management.

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

Una formazione ai dirigenti delle strutture sugli aspetti più rilevanti del Risk Management sanitario può aiutare le direzioni ad identificare un Risk Manager, o altra figura dedicata, come riferimento per la gestione del rischio e promozione della sicurezza delle cure nelle strutture.

La formazione risulta altresì importante per l'implementazione di sistemi di gestione del rischio o della qualità che prevedano strumenti per la rilevazione, l'analisi e la riduzione degli eventi avversi (sui pazienti) e degli eventi indesiderati (a livello organizzativo) come ad esempio l'incident reporting, mezzo essenziale non solo

per gli aspetti sopra citati, ma anche per incrementare l'empowerment degli operatori per renderli sempre più partecipi agli eventuali cambiamenti migliorativi dei processi e sistemi aziendali.

Per quanto riguarda l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali applicabili, il fatto che dai dati risulta che questa non è ancora stata completata da tutte le strutture, dimostra che può essere utile incentrare la formazione anche su questa tematica, individuando ad esempio tra le altre, strategie alternative volte al miglioramento delle modalità di uso e gestione dei farmaci in generale.

La formazione, inoltre, risulta necessaria nella comunicazione interna ed esterna ai fini di una corretta promozione della cultura della sicurezza, sia per ridurre la probabilità di errori e aumentare l'efficacia della pratica clinica, e sia perché possano essere comunicati agli interlocutori esterni alle strutture messaggi univoci e rassicuranti in caso di eventi critici.

La strutturazione di un'eventuale corso, il relativo programma e la successiva erogazione potrebbero essere condivise da tutte le ATS Lombarde che si allineerebbero agli stessi contenuti e quindi allo stesso programma, eventualmente agli stessi docenti, e agevolerebbero i partecipanti alla frequenza in quanto ci sarebbero sempre altre edizioni in altre ATS dove poter frequentare lo stesso corso, in caso di impossibilità alla partecipazione nella propria ATS di competenza.

7.4. Qualità percepita

ATS Brianza ha, nel corso degli anni, sviluppato diversi strumenti di ascolto dei cittadini. Ogni utente, singolo o associato, può fare osservazioni, inoltrare reclami, suggerire soluzioni per il miglioramento dei servizi offerti. Gli Uffici Relazioni con il Pubblico di ATS Brianza sono da sempre il luogo al quale ogni cittadino può rivolgersi per segnalare un disservizio verificatosi da parte dell’Agenzia stessa o da uno degli enti accreditati sul territorio di appartenenza.

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

Per agevolare i cittadini nella espressione dei loro reclami e suggerimenti ATS Brianza utilizza strumenti facili e funzionali per raccogliere eventuali suggerimenti/reclami (mail, telefono e format sul portale aziendale). È importante sottolineare che l’esperienza ha insegnato che gli utenti presentano segnalazioni solo se hanno la sensazione che l’organizzazione presta ascolto alle osservazioni e le utilizza.

Per il 2024, continuerà l’attività svolta dagli Uffici Relazioni con il Pubblico e verranno sviluppate nuove indagini di customer satisfaction. L’impegno relativo alla rilevazione del grado di soddisfacimento dell’utenza è stato inoltre inserito attraverso obiettivi specifici nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 di questa Agenzia. Nel PIAO è infatti stata prevista l’individuazione di azioni di miglioramento dei servizi offerti dall’ATS Brianza a seguito della rilevazione del grado di soddisfazione dei propri utenti che verranno costantemente monitorate. Nell’ambito della programmazione pluriennale del PIAO, la struttura complessa Innovazione e Comunicazione ha previsto per il 2024 la realizzazione di due iniziative volte alla raccolta di soddisfazione dei clienti.

Per il 2024, sono stati individuati, in accordo con le rispettive strutture, i seguenti sottoprocessi:

- Struttura “Servizi per la famiglia” (Dipartimento PIPSS): sottoprocesso “Programmazione dei servizi integrati e progettualità riguardanti famiglia e minori”.
- Struttura “Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto alimenti origine animale” (Dipartimento Veterinario): sottoprocesso “Avvio delle attività commerciali di alimenti di origine animale”.

Per la programmazione delle attività ordinarie relative alla gestione qualità, è stato concordato con la SS Controlli Interni, Gestione Qualità e Risk Management che nel 2024 la SS Innovazione e Comunicazione avvierà un sistema di raccolta di questionari di soddisfazione degli utenti (unitamente ad una raccolta delle esigenze espresse dagli utenti stessi quali clienti esterni dell’Agenzia, avente ad oggetto le attività dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico).

Gruppo di lavoro

Hanno collaborato alla redazione del documento:

- Giovanna Barbaini - SSD Verifiche requisiti strutturali e tecnologici strutture erogatrici
- Stefania Bolis - SC Innovazione e comunicazione
- Alessandra Casè - SC Accredimento controllo e vigilanza strutture sociosanitarie e sociali
- Elena De Giosa - Risk Manager
- Paolo Marrazzo - SC Negoziazione e governo delle prestazioni
- Fabio Muscionico - Dipartimento per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali
- Giorgia Palmieri - SC Servizio farmaceutico
- Barbara Ruffini - SC Accredimento controllo e vigilanza strutture sanitarie