



Decreto n. 77 del 27/02/2023

OGGETTO: PIANO DEI CONTROLLI 2023 ATS BRIANZA

DIRETTORE GENERALE – Dr. Carmelo Scarcella

Nominato in forza della Deliberazione della Giunta Regionale di Lombardia n. XI/5199 del 7.09.2021

ACQUISITI i pareri del

Direttore Sanitario	Dr. Emerico Maurizio Panciroli	Favorevole
Direttore SocioSanitario	Dr. Antonio Colaianni	Favorevole
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Teresa Foini	Favorevole

PREMESSO che la L.R. 30.12.2009 n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e s.m.i., all'art. 11, istituisce l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS) e, al comma 4, stabilisce che ACSS, quale organismo tecnico-scientifico terzo ed indipendente, "predisporre e propone alla Giunta Regionale che lo approva, previo parere della Commissione Consiliare competente, il Piano annuale dei controlli e dei protocolli; la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS deve essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei medesimi";

RICHIAMATE

- la DGR n. XI/7315 del 14.11.2022, con la quale la Giunta Regionale ha approvato il Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022-2023 proposto da ACSS;
- la nota prot. n. ACSSL.2022.0001704 del 16.11.2022 con la quale ACSS fornisce le indicazioni operative in attuazione del Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022-2023;
- il Decreto ATS Brianza n. 428 del 13.12.2022 avente per oggetto "Piano dei Controlli ATS Brianza anno 2022";
- la DGR n. XI/7758 del 28.12.2022, ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023" che fornisce le indicazioni per le attività di controllo e prevede la predisposizione del Piano dei Controlli relativo all'esercizio 2023 entro il 28.02.2023 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 s.m.i., 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 s.m.i. e secondo le indicazioni contenute nella DGR n. XI/7315 del 14.11.2022, il "Piano dei Controlli anno 2023" quale documento operativo-programmatico delle attività di controllo per l'anno 2023;

DATO ATTO che con nota del Direttore Generale di ATS Brianza prot. n. 0089637/22 del 22.11.2022, la Dr.ssa Alessandra Grappiolo, Direttore 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;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico di questa ATS;

VISTA la proposta presentata dalla Dr.ssa Alessandra Grappiolo, Direttore della SC Accreditamento, Controllo e Vigilanza Strutture Sanitarie, che in qualità di Responsabile del procedimento attesta la regolarità tecnica e la legittimità del presente atto;

DECRETA

per le motivazioni indicate in premessa:

- di adottare, ai sensi e per gli effetti della L.R. 33/09 e s.m.i. e secondo le indicazioni contenute nella DGR n. XI/7315 del 14.11.2022, il "Piano dei Controlli anno 2023", allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di trasmettere il presente provvedimento, in formato elettronico, alla DG Welfare e all’Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo;
- 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 del presente decreto alle Strutture interessate.

Documento firmato digitalmente
IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Carmelo Scarcella)

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E CONTABILE

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

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

Il Direttore
Dr.ssa Alessandra Grappiolo

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



Regione
Lombardia

ATS Brianza

PIANO DEI CONTROLLI

Anno 2023

Sommario

Premessa	3
RELAZIONE ANNUALE 2022	4
1. AREA SANITARIA.....	5
1.1 Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie	5
1.2 Vigilanza strutture sanitarie	6
1.3 Ricoveri	9
1.4 Esiti attività svolta.....	9
1.5 Ambulatoriale	14
2. AREA SOCIOSANITARIA.....	17
2.1 Autorizzazione e accreditamento strutture sociosanitarie	17
2.2 Vigilanza strutture sociosanitarie	18
2.3 Controlli di appropriatezza	23
2.4 Segnalazioni	25
2.5 Esiti negativi.....	25
2.6 Scheda struttura	27
3. AREA SOCIALE.....	28
3.1 Vigilanza sociale.....	28
4. AREA VERIFICHE REQUISITI CONTRATTUALI	34
4.1 Verifiche requisiti contrattuali delle strutture	34
5. AREA FARMACEUTICA E PROTESICA	36
5.1 Farmaceutica	36
5.2 Protesica	49
6. ALTRE AREE DI CONTROLLO	52
6.1 Cure primarie.....	52
6.2 Cure primarie e PNRR	54
6.3 Presa in carico dei pazienti cronici (PIC).....	55
6.4 Legge Regionale 8 luglio 2020 n. 15: sicurezza del personale sanitario e sociosanitario.....	56
6.5 Tempi di attesa	58
6.7 Qualità percepita	65
PROGRAMMAZIONE 2023	66
1. AREA SANITARIA.....	67
1.1 Contesto territoriale	67
1.2 Risorse umane	69
1.3 Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie	69

1.4	Vigilanza strutture sanitarie	70
1.5	Ricoveri	72
1.6	Ambulatoriale	82
2.	AREA SOCIOSANITARIA.....	90
2.1	Contesto territoriale	90
2.2	Risorse umane	95
2.3	Autorizzazione e accreditamento strutture sociosanitarie	95
2.4	Vigilanza strutture sociosanitarie	95
2.5	Controlli di appropriatezza	96
3.	AREA SOCIALE	96
3.1	Contesto territoriale	96
3.2	Risorse umane	100
3.3	Vigilanza sociale.....	100
4.	AREA VERIFICHE REQUISITI CONTRATTUALI	102
4.1	Contesto territoriale	102
4.2	Risorse umane	105
4.3	Verifiche requisiti contrattuali delle strutture	106
5.	AREA FARMACEUTICA E PROTESICA	108
5.1	Farmaceutica	108
5.2	Protesica	119
6.	ALTRE AREE DI CONTROLLO	122
6.1	Cure primarie.....	122
6.2	Cure primarie e PNRR	122
6.3	Presa in carico dei pazienti cronici (PIC).....	123
6.4	Legge Regionale 8 luglio 2020 n. 15: sicurezza del personale sanitario e sociosanitario.....	124
6.5	Tempi di attesa	125
6.6	Qualità percepita	128
	ALLEGATI.....	129

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.

Anche per quest'anno è prevista un'adeguata flessibilità di programmazione delle verifiche in funzione dell'eventuale ripresa della situazione emergenziale, che potrà modificarne le modalità di verifica.

L'attività potrà quindi anche svolgersi attraverso verifiche presso le Strutture e/o da remoto, come già sperimentato nell'anno 2021/2022, con acquisizione di documentazione/evidenze a supporto delle valutazioni.

I principali riferimenti normativi per la stesura del Piano sono:

- DGR n. 6387 del 16/05/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022";
- DGR n. 7315 del 14/11/2022 "Approvazione del Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022 – 2023";
- Nota ACSSL.2022.0001704 del 16/11/2022 "Piano dei Controlli e dei Protocolli ACSS 2022-2023 – DGR n. 7315 del 14/11/2022";
- DGR n. 7758 del 28/12/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023".

Al fine di promuovere una maggiore omogeneità della programmazione, ACSS ha strutturato un format omogeneo a supporto della predisposizione dei Piani di Controllo. Questa ATS ha pertanto adottato il modello proposto e, come richiesto, individuato un referente aziendale per ciascuna area di controllo quale interlocutore di riferimento per ACSS.

Il presente documento è suddiviso in tre parti:

1. Relazione annuale 2022
2. Programmazione 2023
3. Allegati

I referenti per ciascuna area di intervento con i relativi ruoli e recapiti sono riportati nell'Allegato 1.

Parte I

RELAZIONE ANNUALE 2022

1. AREA SANITARIA

1.1 Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie

1.1.1 Modalità di attuazione

Per l'anno 2022 è proseguita come di consueto l'attività istituzionale di accreditamento in merito a:

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

Tutte le istanze presentate alla SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie sono state valutate preliminarmente dagli operatori della SS che le hanno esaminate al fine di verificare la completezza documentale di quanto trasmesso. A seguito dell'esame preliminare nei casi in cui si siano verificati errori sostanziali o assenza della documentazione prevista dalla normativa vigente, il Responsabile SS ha comunicato all'Ente richiedente il rigetto dell'istanza. Qualora siano stati rilevati errori formali o carenze documentali, l'istanza è stata processata previa richiesta di integrazioni.

Le istanze complete sono state processate sia attraverso l'esame documentale sia mediante sopralluoghi, in collaborazione con la SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici strutture erogatrici, finalizzati alla valutazione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalle normative in materia di accreditamento. Per le istanze relative ai punti prelievo collocati in altre ATS ed afferenti a SMEL con sede nel territorio di ATS Brianza, si è proceduto alla richiesta di parere in merito alla verifica del possesso dei requisiti oggetto dell'istanza all'ATS competente per territorio.

1.1.2 Esiti attività svolta

Nel corso del 2022 sono pervenute 39 istanze, 5 delle quali sono state rigettate per errori sostanziali o gravi carenze documentali (assenza documentazione allegato B2), le restanti 34 sono state processate e sono così suddivise:

- 13 istanze di autorizzazione e accreditamento in ampliamento
- 5 istanze di autorizzazione all'esercizio in trasformazione
- 14 istanze di autorizzazione all'esercizio e accreditamento di nuova struttura
- 2 istanze di voltura

Le istanze hanno interessato 13 strutture appartenenti a 11 diversi Enti; alcune strutture sono state oggetto di più istanze.

Nel dettaglio le istanze sono state presentate dalle seguenti tipologie di struttura: 5 da Strutture ambulatoriali, 19 da Strutture di ricovero e cura, 7 da Servizi di Medicina di Laboratorio, 2 da Strutture di Neuropsichiatria Infantile, 1 da strutture psichiatriche.

1.2 Vigilanza strutture sanitarie

1.2.1 Modalità di attuazione

Nella pianificazione delle attività istituzionali per il 2022 si è ritenuto di dare priorità, nell'ambito della vigilanza, alle seguenti attività:

- verifiche biennali di Servizi Trasfusionali e Unità di Raccolta Sangue;
- monitoraggio degli adeguamenti strutturali generali dei Presidi Ospedalieri e delle strutture sanitarie di ricovero e cura private, in collaborazione con la SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici Strutture erogatrici (VRST);
- riclassificazioni delle terapie intensive e semintensive ai sensi della DGR n. 3264/2020;

In aggiunta a quanto sopra citato, sono state effettuate anche le seguenti fattispecie di verifica:

- verifiche derivanti da comunicazioni relative a modifiche organizzative/strutturali da parte delle strutture sanitarie;
- verifiche derivanti da segnalazioni/richieste da parte di privati cittadini, altri servizi di ATS Brianza, Enti terzi.

Le modalità di verifica sono state pianificate prevedendo un'adeguata flessibilità in funzione dell'eventuale ripresa della situazione emergenziale, pertanto le attività si sono svolte sia attraverso sopralluoghi che tramite richiesta di documentazione verificata in sede.

Il team di verifica, costituito da almeno due operatori della SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie, è stato affiancato da operatori della SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici nei sopralluoghi per cui era prevista anche la verifica di requisiti tecnologici e strutturali.

Per i Servizi Trasfusionali e le Unità di Raccolta Sangue i sopralluoghi sono stati pianificati prevedendo nel team di verifica la presenza di minimo tre operatori di cui almeno un valutatore inserito nell'elenco dei Valutatori del Sistema Trasfusionale e sono stati condotti in modalità mista con preliminare richiesta di documentazione valutabile da remoto e successivo sopralluogo on site.

Nell'ambito del monitoraggio annuale dell'andamento dei lavori di adeguamento strutturale ai sensi della DGR n. 5806 del 29/12/2021 è stata richiesta alle strutture interessate dalla proroga, l'invio di una relazione aggiornata in merito allo stato di avanzamento dei lavori di adeguamento strutturale, tale documentazione è stata il punto di partenza per le verifiche on site condotte dalla SSD Verifica requisiti strutturali tecnologici strutture erogatrici a partire dal mese di giugno.

1.2.2 Esiti attività svolta

Nel corso del 2022 sono state effettuati 14 sopralluoghi di vigilanza come di seguito dettagliati:

Tabella 1 – Sopralluoghi vigilanza strutture sanitarie – anno 2022

Tipologia struttura	Tipo attività	Strutture/ruoli ATS coinvolti
Punto prelievi	Parere per altra ATS	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/SSD VRST
Struttura ambulatoriale	Sopralluogo a seguito di comunicazione	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/SSD VRST
SIMT	Sopralluogo per verifica biennale	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/SSD VRST/Valutatori CNS
SIMT	Sopralluogo per verifica biennale	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/SSD VRST/Valutatori CNS
SIMT e CLV	Sopralluogo per verifica biennale	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/SSD VRST/Valutatori CNS

Tipologia struttura	Tipo attività	Strutture/ruoli ATS coinvolti
UdR AVIS	Sopralluogo per verifica biennale	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/Valutatori CNS
UdR AVIS	Sopralluogo per verifica biennale	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/Valutatori CNS
UdR AVIS	Sopralluogo per verifica biennale	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/Valutatori CNS
UdR AVIS	Sopralluogo per verifica biennale	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/Valutatori CNS
Punto prelievi	Parere per altra ATS	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/SSD VRST
Struttura di ricovero e cura	Sopralluogo rinnovo sperimentazione clinica	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/Valutatore PMA
Struttura di ricovero e cura	Sopralluogo di vigilanza a seguito di comunicazione	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/SSD VRST
Struttura di Medicina dello sport	Sopralluogo di vigilanza a seguito di segnalazione	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/SSD VRST
UdR AVIS	Sopralluogo per verifica biennale	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/Valutatori CNS

A questa attività si aggiunge quella svolta nell'ambito della riclassificazione delle terapie intensive e semi intensive ai sensi della DGR n. 3264 del 16/06/2020, come dettagliato nella tabella:

ASST/ENTE	PRESIDIO	UO	MACROATTIVITÀ
MONZA	S.GERARDO	A 03 Anestesia e Rianimazione	Attività di rianimazione e terapia intensiva TICH
			Attività di rianimazione e terapia intensiva TINCH
			Attività di rianimazione e terapia intensiva
			Semintensiva A SINCH
		32 Neurologia	Semintensiva B STROKE
		08 Cardiologia	Semintensiva A UCC
BRIANZA	DESIO	68 Pneumologia	Semintensiva A UTIR
		32 Neurologia	Semintensiva B-STROKE
		A 03 Anestesia e Rianimazione	Attività di rianimazione e terapia intensiva 1
BRIANZA	VIMERCATE	08 Cardiologia	Semintensiva A UCC
		94 Semintensiva	Semintensiva B STROKE
			Semintensiva B UTIR+MED.GEN.
		A 03 Anestesia e Rianimazione	Attività di rianimazione e terapia intensiva 1
08 Cardiologia	Semintensiva A TIPO		
LECCO	MANZONI	08 Cardiologia	Semintensiva A UCC
		A 03 Anestesia e Rianimazione	Attività di rianimazione e terapia intensiva NCH
		A 03 Anestesia e Rianimazione	Attività di rianimazione e terapia intensiva
		32 Neurologia	Semintensiva B STROKE

ASST/ENTE	PRESIDIO	UO	MACROATTIVITÀ
		A 03 Anestesia e Rianimazione	Attività di rianimazione e terapia intensiva CCH
			Semintensiva B CCH
		08 Cardiologia	Semintensiva A UCC
POLICLINICO DI MONZA	POLICLINICO DI MONZA	49- Terapia intensiva 2	Attività di rianimazione e terapia intensiva (non a contratto)
		49- Terapia intensiva 1	Attività di rianimazione e terapia intensiva
		50- Unità coronarica	Attività di rianimazione e terapia intensiva

Per tutte queste strutture è stata richiesta evidenza documentale in merito al possesso dei requisiti organizzativi e strutturali previsti dalla sopra citata DGR. La documentazione pervenuta è stata valutata in sede dalla SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie relativamente ai requisiti organizzativi e dalla SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici per quanto riguarda il cronoprogramma di adeguamento ai requisiti previsti dalla norma.

Per le 2 strutture che hanno autocertificato il possesso dei requisiti strutturali, la SSD ha svolto sopralluoghi sul campo. In totale nel corso del 2022 sono state riclassificate 5 strutture delle 8 previste, le rimanenti 3 strutture verranno riclassificate secondo quanto indicato dalla DGR n. 7758 del 28/12/2022 e alla luce di eventuali nuove indicazioni regionali.

Per quanto concerne il monitoraggio annuale dell'andamento dei lavori di adeguamento strutturale ai sensi della DGR n. 5806 del 29/12/2021, la SSD Verifica requisiti strutturali tecnologici strutture erogatrici di ATS Brianza ha effettuato le verifiche in situ in 16 strutture chiedendo contestualmente alle strutture interessate dalla proroga, l'invio di una relazione aggiornata.

Le verifiche sono state pianificate ed effettuate a partire dal mese di giugno al fine di monitorare sia l'avanzamento dei lavori di adeguamento strutturale ai sensi della normativa in oggetto sia l'applicazione delle misure gestionali equivalenti di sicurezza in mancanza del possesso dei requisiti previsti dal DPR 14/01/1997.

In esito ai sopralluoghi effettuati e all'analisi della documentazione trasmessa dagli enti erogatori, in data 30/10/2022, è stata predisposta e trasmessa a Regione Lombardia relazione corredata da tabella riassuntiva. Anche per il 2022 è proseguita l'attività di verifica sulle segnalazioni periodiche del Centro di Riferimento Regionale per la qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio. Nel corso dell'anno è pervenuta 1 segnalazione relativa a una non conformità legata alla partecipazione per analisi non autorizzate ai programmi di Verifiche Esterne di Qualità (VEQ), gestita tramite richiesta di chiarimenti alla struttura.

1.3 Ricoveri

1.3.1 Modalità di attuazione

L'attività di controllo sulle prestazioni sanitarie di ricovero relativa all'esercizio 2022 si è svolta in conformità con le indicazioni contenute nella nota regionale prot. n. G1.2022.0004886 del 20/01/2022 "Attività di controllo su prestazioni sanitarie di ricovero e ambulatoriali – attività 2022" e nella DGR n. 6387/2022 "Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022" e nel rispetto della programmazione prevista nel Decreto di ATS Brianza n. 428 "Piano dei controlli ATS Brianza anno 2022".

In particolare, per ciascuna struttura di ricovero e cura presente sul territorio dell'ATS della Brianza sono state svolte le seguenti tipologie di controllo:

- selezione di tipo mirato della casistica, per le verifiche di congruenza ed appropriatezza generica, ai sensi della DGR n. 29381 del 20 giugno 1997 e s.m.i.
- autocontrollo qualità documentale, secondo quanto riportato dalle DGR n. 10077/2009, DGR n. 621/2010, DGR n. 1185/2013 e s.m.i.
- autocontrollo congruenza e appropriatezza generica, secondo quanto riportato dalla DGR n. 4334/2012 e relativa circolare esplicativa n. 36178 del 17/12/2012 e dalla DGR n. 1185/2013 e s.m.i.

In particolare, per la tipologia di autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica, le Strutture di ricovero e cura hanno provveduto alla trasmissione del Piano di controllo aziendale entro il termine previsto. I controlli sono stati attuati secondo le modalità descritte nella DGR n. 4799/2007 e s.m.i. e nella DGR n. 2313/2014 e s.m.i.

La numerosità attesa riferita ai controlli dell'attività di ricovero è stata pienamente rispettata, così come quantificata (13.558 cartelle cliniche) dalla DG Welfare – Polo ospedaliero di Regione Lombardia (nota prot. n. G1.2022.0023879 del 06/06/2022).

In coerenza con la raccomandazione regionale, le strutture sono state invitate a favorire i controlli in modalità remota, ossia rendendo disponibile la documentazione in formato digitale. A fronte di n. 20 strutture di ricovero e cura afferenti ad ATS Brianza, n. 5 di queste hanno reso possibile il controllo da remoto.

L'attività svolta è stata rendicontata regolarmente con cadenza mensile attraverso la trasmissione del debito informativo NOC su piattaforma SMAF.

1.4 Esiti attività svolta

1.4.1.1 Esiti controlli mirati di congruenza ed appropriatezza generica

Nel corso del 2022 sono state verificate, nell'ambito dei controlli di selezione mirata, complessivamente n. 6.947 cartelle cliniche pari al 107% dell'atteso (Tabella 2).

In media, la percentuale delle cartelle non confermate è risultata del 12% in linea con l'anno precedente.

Tabella 2 – Sintesi controlli mirato strutture di ricovero e cura – anno 2022

STRUTTURA	DEBITO	N. CC CONTROLLATE	% CC CONTROLLATE	N. CC NON CONFERMATE	% CC NON CONFERMATE
Struttura 1	18	20	111%	3	15%
Struttura 2	421	479	114%	36	8%
Struttura 3	72	79	110%	12	15%
Struttura 4	121	134	111%	27	20%
Struttura 5	637	664	104%	80	12%

STRUTTURA	DEBITO	N. CC CONTROLLATE	% CC CONTROLLATE	N. CC NON CONFERMATE	% CC NON CONFERMATE
Struttura 6	334	355	106%	35	10%
Struttura 7	813	846	104%	98	12%
Struttura 8	10	13	130%	0	0%
Struttura 9	41	46	112%	6	13%
Struttura 10	395	420	106%	42	10%
Struttura 11	510	541	106%	23	4%
Struttura 12	62	70	113%	5	7%
Struttura 13	33	40	121%	5	13%
Struttura 14	54	61	113%	18	30%
Struttura 15	498	548	110%	123	22%
Struttura 16	1.113	1.135	102%	145	13%
Struttura 17	1.218	1.263	104%	116	9%
Struttura 18	33	37	112%	4	11%
Struttura 19	104	171	164%	84	49%
Struttura 20	21	25	119%	3	12%
TOTALE	6.508	6.947	107%	865	12%

La Tabella 3 sintetizza gli esiti delle pratiche non confermate per ciascun criterio utilizzato per i campionamenti di congruenza mirata.

Tabella 3 – Dettaglio esiti pratiche non confermate – anno 2022

CRITERI DI CONTROLLO	ESITI CONTROLLI MIRATI										ESITI SDO4	TOTALE NON CONFERMATE
	B	C	D	E	F	H	K	M	X	P		
200 - Complicati	15		1	71			1	12	3			103
300 - Anomali	1			26								27
400 - DRG medici <4 gg con DP NPL	4			2				2				8
500 - DH diagnostici	27	40	4	1	1			3				76
600 - Riab. Presenza	9			1				2				12
801 - Chirurgici brevi	1		40	1	3			2				47
802 - DRG a rischio di inappropriatazza - chi	9	3		2		4		6				24
803 - DRG a rischio di inappropriatazza - med	10		1	1		17		3				32
804 - DRG Chemioterapia			1									1
805 - PTCA	3		45	2								50
806 - IMA	4	1		1				1				7
807 - Nefrostomie	1			3				1				5
809 - Neoplasie	2			25	1			3				31
810 - Ricoveri contemporanei	3		17		1							21
811 - Setticemie	10			19				2	1			32
812 - DRG complicati in DH	1	2		3				1				7
814 - DRG mammella	5			1				7	1			14
816 - Rep. Subacuti								1				1
817 - Ricoveri Rinviati	60	9	1	8	1							79
818 - Ricoveri con procedure BIC	1			1								2
819 - Chirurgia plastica post bariatrica	1			6				1				8
820 - Neonati patologici				45								45

CRITERI DI CONTROLLO	ESITI CONTROLLI MIRATI										ESITI SDO4	TOTALE NON CONFERMATE
	B	C	D	E	F	H	K	M	X	P		
821 - Tracheostomie				5				3				8
822 - Parti complicati	4			19				3				26
824 - Artrodesi								2				2
825 - DRG costosi	8			14				7				29
826 - Ustioni				2								2
827 - Innesti cutanei				1								1
828 - Riabilitazione - DH	1	2	2	2								7
829 - Riabilitazione - costosi	1			6	1							8
830 - Riabilitazione - fratture				3								3
831 - Riabilitazione - plegie	20	5	6	31								62
8 - Obiettivo locale (varie)				1								1
9 - Estensione a tutta la produzione riferita ad errori sistematici	13	3	1	20				1				38
Q - Controllo Endoprotesi	5		2	1				1		2		11
U - Indicatore Regionale I6: numero di accessi per SDO in regime di day hospital	2			20								22
X - Indicatore Regionale I3: incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa	5	4						5				14
TOTALE	226	69	121	344	8	21	1	69	5	2		866

Legenda esiti controlli mirati e esiti SDO4:

- B - Valorizzazione annullata perché ricompresa in altra pratica
- C - Valorizzazione in base al nomenclatore tariffario regionale ambulatoriale
- D - Modifica della degenza ordinaria o degli accessi di DH
- E - Modifica DRG
- F - Modifica DRG e degenza ordinaria/accessi di DH
- H - Modifica regime ricovero con o senza modifica degenza
- K - Modifica modalità dimissione
- M - Modifiche tipo tariffa in DRG a valorizzazione multipla
- X - Modifiche ininfluenti sul DRG e sulla valorizzazione economica
- P - Modifiche valorizzazione endoprotesi

Tra le cartelle cliniche non confermate, gli esiti che ricorrono più frequentemente sono “E - Modifica DRG” (40%), per errori di codifica e “B - Valorizzazione annullata” (26%) per inapproprietezza del ricovero o carenze documentali.

Valutando la percentuale di cartelle non confermate sulle controllate, distinte per criteri, sono risultati più efficaci, in particolare, i seguenti criteri di selezione: “300 - Anomali” (61%), “817 - Ricoveri rinviati” (40%), “831 - Riabilitazione plegie” (39%), “801 - Chirurgici brevi” (31%) e “805 – PTCA” (30%).

Considerando l’effetto economico dei controlli di congruenza mirata, i criteri che hanno comportato un maggior abbattimento sono risultati i seguenti: “825 – DRG costosi”, “831 - Riabilitazione plegie” e “200 – Complicati”.

In occasione di n. 8 controlli nel corso del 2022, l’Erogatore non ha concordato con l’esito NOC per una quota parte di cartelle modificate; complessivamente si è trattato di n. 80 cartelle cliniche per le quali è stato avviato l’iter previsto dalla DGR n. 12692/2003 e s.m.i.

1.4.1.2 Esiti autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica e autocontrollo di qualità documentale

Tutte le Strutture hanno assolto al debito previsto in riferimento alle quote del 3,5% e del 3%, rispettivamente di autocontrollo di congruenza e di autocontrollo di qualità documentale effettuando l'invio degli esiti nei tempi previsti dagli indirizzi di programmazione. Relativamente alla fruibilità dei dati si segnala il persistere di diverse criticità legate ad errori di tipo formale e sostanziale del tracciato esiti trasmesso in ATS (DGR n. 2313/2014).

Nell'ambito dell'attività di autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica, le Strutture hanno sottoposto a verifica n. 3.918 cartelle cliniche, pari al 105% dell'atteso.

Le verifiche di concordanza eseguite dal NOC hanno comportato l'estensione del controllo a ulteriori n. 51 cartelle a causa del riscontro di errori sistematici, soprattutto in ambito riabilitativo.

Le cartelle non confermate sono state n. 172, pari al 4% delle SDO controllate (Tabella 4) e sono il risultato degli esiti assegnati dalle Strutture nel corso dell'attività di autocontrollo e dal NOC durante le verifiche di concordanza.

Tabella 4 - Sintesi autocontrolli di congruenza e appropriatezza generica strutture di ricovero e cura – anno 2022

STRUTTURA	DEBITO	N. CC CONTROLLATE	% CC CONTROLLATE	N. CC NON CONFERMATE	% CC NON CONFERMATE
Struttura 1	11	15	136%	3	20%
Struttura 2	245	258	105%	0	0%
Struttura 3	42	43	102%	0	0%
Struttura 4	70	73	104%	0	0%
Struttura 5	372	400	108%	4	1%
Struttura 6	195	207	106%	1	0%
Struttura 7	474	495	104%	43	9%
Struttura 8	6	12	200%	0	0%
Struttura 9	24	32	133%	1	3%
Struttura 10	230	240	104%	3	1%
Struttura 11	297	297	100%	0	0%
Struttura 12	36	36	100%	0	0%
Struttura 13	19	20	105%	0	0%
Struttura 14	32	75	234%	39	52%
Struttura 15	290	291	100%	2	1%
Struttura 16	649	659	102%	62	9%
Struttura 17	711	711	100%	0	0%
Struttura 18	19	29	153%	11	38%
Struttura 19	61	61	100%	2	3%
Struttura 20	12	15	125%	1	7%
TOTALE	3.796	3.969	105%	172	4%

Nell'ambito dell'attività di autocontrollo di qualità documentale, le Strutture hanno sottoposto a verifica n. 3.349 cartelle cliniche, pari al 103% dell'atteso. Le cartelle non confermate sono state n. 45, pari al 1% delle controllate (Tabella 5).

Tabella 5 - Sintesi autocontrolli di qualità documentale strutture di ricovero e cura – anno 2022

STRUTTURA	DEBITO	N. CC CONTROLLATE	% CC CONTROLLATE	N. CC NON CONFERMATE	% CC NON CONFERMATE
Struttura 1	9	10	109%	0	0%
Struttura 2	210	215	102%	1	0%
Struttura 3	36	38	105%	0	0%
Struttura 4	60	65	108%	0	0%
Struttura 5	318	320	100%	19	6%
Struttura 6	167	170	102%	3	2%
Struttura 7	407	407	100%	7	2%
Struttura 8	5	7	138%	0	0%
Struttura 9	20	22	108%	1	5%
Struttura 10	197	200	101%	0	0%
Struttura 11	255	258	101%	0	0%
Struttura 12	31	35	113%	0	0%
Struttura 13	17	20	120%	0	0%
Struttura 14	27	30	111%	2	7%
Struttura 15	249	255	102%	7	3%
Struttura 16	557	597	107%	2	0%
Struttura 17	609	612	100%	2	0%
Struttura 18	16	20	122%	1	5%
Struttura 19	52	55	106%	0	0%
Struttura 20	10	13	126%	0	0%
TOTALE	3.254	3.349	103%	45	1%

1.4.1.3 Abbattimenti NOC ed illeciti amministrativi

La Tabella 6 descrive gli esiti complessivi dei controlli sia di congruenza mirata che di autocontrollo con il dettaglio degli abbattimenti economici distinti tra Strutture pubbliche e private accreditate, al netto delle cartelle di cui il NOC ha accolto le controdeduzioni.

Tabella 6 – Dettaglio abbattimenti economici a seguito dei controlli NOC – anno 2022

TIPOLOGIA STRUTTURE	N. CC CONTROLLATE	N. CC MODIFICATE	% CC MODIFICATE*	ABBATTIMENTI NOC
Strutture pubbliche	10.056	684	7%	1.555.937 €
Strutture private	4.209	388	9%	702.683 €
TOTALE	14.265	1.082	8%	2.258.620 €

* cartelle con esito NOC ≠ A e 1

Nel corso del 2022, i controlli con abbattimento economico superiore al 5% del valore iniziale del campione, con conseguente accertamento di illecito amministrativo, sono risultati complessivamente n. 7, sei dei quali su campioni di congruenza mirati e uno relativo a campione di autocontrollo di congruenza a seguito di superamento della soglia di concordanza. Gli accertamenti di illecito amministrativo hanno riguardato n. 2 Enti pubblici e n. 4 Enti privati.

1.5 Ambulatoriale

1.5.1 Modalità di attuazione

L'attività di controllo sulle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale relativa all'esercizio 2022 si è svolta in conformità alle indicazioni contenute nella nota regionale prot. n. G1.2022.0004886 del 20/01/2022 "Attività di controllo su prestazioni sanitarie di ricovero e ambulatoriali – attività 2022" e nella DGR n. 6387/2022 "Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022" e nel rispetto della programmazione prevista nel Decreto di ATS Brianza n. 428 "Piano dei controlli ATS Brianza anno 2022".

La numerosità attesa riferita ai controlli dell'attività di controllo ambulatoriale è stata pienamente rispettata, così come quantificata (167.150 record) dalla DG Welfare – Polo ospedaliero - di Regione Lombardia (nota prot. n. G1.2022.0023879 del 06/06/2022).

La metodologia di estrazione dei campioni e di effettuazione delle verifiche sugli stessi è sintetizzata di seguito.

- Controlli ai sensi della DGR n. 10804/2009: sono state esplorate tutte le tipologie di campionamento previste; di seguito quelle significative:
 - M – antibiogrammi MIC. Il controllo ha anche lo scopo di verificare se esistono prestazioni che, erroneamente, non vengono rendicontate;
 - P – esenzioni;
 - Q – ricette multirendicontate (controllate solo nell'ambito degli altri campionamenti);
 - R – prestazioni in corso di ricovero.
- Controlli ai sensi della DGR n. 8078/2002: Controlli prestazioni pre e post ricovero.
- Controlli di interesse locale:
 - Genetica medica;
 - Odontoiatria (proseguimento dell'attività avviata nel 2021 con controlli sull'erogabilità e sulla rendicontazione ai sensi della DGR n. 6006 del 19/12/2016);
 - Chirurgia a bassa complessità operativa ed assistenziale (BIC).

In coerenza con le raccomandazioni regionali, i controlli sono stati effettuati prevalentemente sui flussi informativi in modalità informatica. Laddove opportuno, è stata effettuata la consultazione della documentazione sanitaria visionando le cartelle cliniche ambulatoriali in loco o visionando le prescrizioni e i referti trasmessi in formato digitale.

L'attività svolta è stata rendicontata regolarmente con cadenza mensile attraverso la trasmissione del debito informativo NOC su piattaforma SMAF.

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", della Istruzione Operativa ID 02954 rev.2 "Manuale dei controlli ambulatoriali" e dell'Istruzione Operativa ID 05071 "Manuale controlli odontoiatrici" rev.0.

1.5.2 Esiti attività svolta

Nel corso dell'anno 2022 sono stati controllati n. 168.821 record 28/SAN, in vari contesti di erogazione, pari al 101% dell'atteso. Di seguito il dettaglio dei controlli effettuati (Tabelle 7, 8 e 9).

Tabella 7 – Dettaglio tipologia record controllati – anno 2022

TIPOLOGIA CAMPIONAMENTO	RECORD CONTROLLATI	% RECORD NON CONFERMATI
Prestazioni incluse nel ricovero	3.829	2%
Prestazioni ambulatoriali in corso di ricovero	1.614	2%
Esenzioni	92.561	0%
Genetica medica	16	95%
Odontoiatria	55.344	16%
BIC - Percorso diagnostico e controlli post procedura	602	88%
BIC - Esecuzione procedura	14.855	76%
TOTALI	168.821	9%

Tabella 8 – Dettaglio tipologia record non confermati – anno 2022

ORIGINE CRITERIO	CAMPIONAMENTO	ESITO CONTROLLI (RECORD NON CONFERMATI)					RECORD NON CONF.	% RECORD NON CONF.
		B	D	E	H	X		
DGR 8078/2002 - DGR 10804/2009	Prestazioni incluse nel ricovero	2.910					2.910	76%
	Prestazioni ambulatoriali in corso di ricovero	1.538		1			1.539	95%
	PRESTAZIONI IN ESENZIONE							
	cod.es. 0031				3		3	0%
	cod.es. 006				13		13	9%
	cod.es. 007						-	0%
	cod.es. 008						-	0%
	cod.es. 009						-	0%
	cod.es. 013	221	15	30	441	685	1.392	2%
	cod.es. 017				4		4	6%
	cod.es. 019						-	0%
	cod.es. 021						-	0%
	cod.es. 025						-	0%
	cod.es. 027			1			1	0%
	cod.es. 028						-	0%
	cod.es. 035						-	0%
	cod.es. 045						-	0%
	cod.es. 056						-	0%
	cod.es. 0A02	4		1	4		9	0%
	cod.es. 0A31						-	0%
	cod.es. 0C02						-	0%
cod.es. D97	3			157	33	193	6%	
cod.es. CV2123				1		1	33%	
TOTALI	228	15	32	623	718	1.616	2%	
CONTROLLI AD INTERESSE LOCALE	GENETICA MEDICA						-	0%
	ODONTOIATRIA 2019	4.088	37	4.441	277	1	8.844	16%
	CHIRURGIA AMBULATORIALE A BASSA COMPLESSITÀ (BIC)							
	PERCORSO DIAGNOSTICO E CONTROLLI POST PROCEDURA	526	1				527	88%
	ESECUZIONE DELLA PROCEDURA	106	12	27	195		340	2%
	TOTALI	632	13	27	195	-	867	6%
TOTALI	9.396	65	4.501	1.095	719	15.776	9%	

Legenda esiti controlli mirati e esiti SDO4:

B - Valorizzazione annullata perché ricompresa in altro accesso

D - Record con valorizzazione dimezzata per irregolarità nella prescrizione

E - Modifica codici prestazione/quantità

H - Modifica posizione ticket – primo record della prescrizione

X - Modifica posizione ticket – record successivi della prescrizione

Tabella 9 - Dettaglio abbattimenti economici a seguito dei controlli NOC – anno 2022

VALORE ORIGINALE	ABBATTIMENTO	% ABBATTIMENTO
19.249.096	463.282	2,4%

Dai controlli sono emerse alcune aree di particolare criticità, che si descrivono di seguito.

- Rendicontazione di prestazioni comprese nel percorso pre-procedura e post-procedura, sia di ricovero che di BIC;
- Prestazioni di Odontoiatria: sono stati effettuati controlli sia informatici che tramite verifica della documentazione e confronto con gli operatori sul campo. In questo ambito si sono evidenziate alcune aree critiche legate ad una non ottimale gestione della documentazione con conseguenti criticità di rendicontazione. È stata quindi richiamata la completa e accurata compilazione della cartella clinica ambulatoriale in particolare per quanto attiene alla presenza e completezza dei referti di tutte le prestazioni rendicontate, al fine di renderne evidente la reale effettuazione e, per quanto riguarda la compilazione del flusso, la valorizzazione corretta del campo “data fine erogazione” e “progressivo interno”. È stata inoltre sottolineata la necessità di esplicitare all’interno della documentazione sanitaria i criteri di accesso alle prestazioni (anche attraverso idonea modulistica che deve essere compilata in modo appropriato).

1.5.3 Flussi e sanzioni

Come da DGR n. 12692 del 10.04.2003, entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo a quello di effettuazione del controllo, ATS provvede tramite il portale SMAF all’invio del flusso informativo relativo alle attività di controllo. Inoltre, ATS trasmette mensilmente a DGW e a ACSS le informazioni relative alle sanzioni amministrative comminate nel mese precedente.

Nell’anno 2022 i controlli effettuati non hanno determinato l’emissione di provvedimenti sanzionatori.

2. AREA SOCIOSANITARIA

2.1 Autorizzazione e accreditamento strutture sociosanitarie

È stata garantita la processazione di tutte le istanze/SCIA/SCIA contestuale/Volture/Ente Unico Gestore pervenute in corso d'anno.

Relativamente al sistema di Assistenza Domiciliare Integrata, la DGR n. 6387 del 16/05/2022 aveva disposto la sospensione dei nuovi accreditamenti fino alla data del 01/09/2022, nelle more dell'emanazione di indicazioni volte alla messa a sistema di quanto previsto per l'attuazione degli art. 21 e 22 del DPCM 12/1/2017 (LEA) e il relativo recepimento dell'accordo stato regioni del 04/08/2021 "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'art.1, comma 406, della Legge 3/12/2020 n. 178". La DGR sopra richiamata ha confermato per le unità di offerta già accreditate la possibilità di presentare voltura dell'accreditamento ed eventuali modifiche legate a variazioni strutturali e/o della sede.

Con la DGR n. 6867 del 02/08/2022 e successive indicazioni, si è dato avvio al processo di riclassificazione, con il coinvolgimento di 14 enti gestori già accreditati con ATS Brianza e altri 20 enti gestori accreditati fuori ATS e contrattualizzati con ATS Brianza.

Nel corso dell'anno 2022, come da indicazioni regionali, sono stati inoltre esperiti i provvedimenti di competenza relativamente ai seguenti procedimenti:

- verifica del possesso dei requisiti specifici previsti da DGR n. 4086/2015 preliminare alla sottoscrizione del contratto a n. 1 ente religioso per misura Residenzialità Assistita Religiosi per n. 7 p.l. ai sensi della DGR n. 6387 del 16/05/2022;
- ai sensi DGR n. 6387 del 16/05/2022 è stata indetta manifestazione di interesse per l'assegnazione di nuovi posti letto in nucleo Alzheimer, prevedendo per ATS Brianza n. 10 in RSA afferenti al territorio della ASST Brianza e n. 10 afferenti al territorio della ASST Monza.

Con decreto ATS Brianza n. 273 del 12/08/2022 sono stati assegnati solo i n. 10 posti a una RSA afferente al territorio ASST Brianza, vista la mancata candidatura di RSA di ASST Monza.

- ai sensi della DGR n. 7241 del 28/10/2022 è stata indetta manifestazione di interesse per l'assegnazione degli ulteriori n. 10 posti letto in nucleo Alzheimer, non assegnati con la prima manifestazione di interesse.

Con decreto ATS Brianza n. 481 del 29/12/2022 sono stati assegnati n. 10 posti a n. 1 RSA del territorio di ASST Brianza.

2.1.1 Modalità di attuazione

La verifica del possesso dei requisiti necessari alla messa in esercizio e/o accreditamento, ai sensi della DGR n. 2569/2014 e s.m.i., a seguito di presentazione di SCIA/SCIA contestuale è attuata in collaborazione con la SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici Strutture Erogatrici.

Viene applicata la procedura aziendale ID 02486 "Gestione segnalazione certificata di inizio attività e accreditamento sociosanitario".

2.1.2 Esiti attività svolta

Di seguito si elencano i procedimenti processati in corso d'anno 2022.

- SCIA contestuale:
 - n. 1 nuovo Hospice per n. 10 posti letto
 - n. 1 nuova ADI
 - n. 1 RSA per ampliamento di n. 1 posto letto autorizzato e n. 2 posti accreditati
 - n. 1 nuova Comunità Dipendenze per n. 14 posti letto
 - n. 1 nuovo CDI per n. 20 posti
 - n. 1 Consultorio Familiare per trasferimento sede;
- n. 1 ampliamento Ente unico gestore;
- n. 2 vulture dell'accREDITamento (rispettivamente di n. 1 RSA e n. 3 CSS).

In riferimento al processo di riclassificazione delle ADI in C-Dom, entro il 31/01/2023 la SC AccredITamento, Controllo e Vigilanza Strutture Sociosanitarie e Sociali ha processato:

- n. 13 istanze di riclassificazione con invio in Regione dei Decreti di attestazione del possesso dei requisiti previsti per gli enti gestori con sede operativa già accreditata in ATS Brianza, senza modifiche della sede stessa;
- n. 1 SCIA contestuale per riclassificazione per trasferimento di sede già accreditata in ATS Brianza;
- n. 12 SCIA contestuale per riclassificazione di nuova sede operativa collocata in ATS Brianza presentate da enti gestori già contrattualizzati con ATS Brianza. Di questi n. 2 enti gestori hanno rinunciato all'apertura di nuova sede operativa in ATS Brianza.

2.2 Vigilanza strutture sociosanitarie

La DGR n. 6387 del 16/05/2022 aveva disposto la ripresa delle ordinarie attività di vigilanza e controllo, con le modalità disposte dalla DGR n. 1046/2018 con l'eccezione delle percentuali per le verifiche annuali del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento, richiedendo il controllo di almeno il 25% delle UdO Sociosanitarie.

La SC AccredITamento, Controllo e Vigilanza Strutture Sociosanitarie e Sociali ha provveduto alla verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento organizzativo gestionali; la SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici strutture Erogatrici, afferente al Dipartimento PAAPS, ha provveduto alla verifica dei requisiti strutturali e tecnologici.

In riferimento ai requisiti soggettivi la SC AccredITamento Controllo e Vigilanza Strutture Sociosanitarie e Sociali ha acquisito dagli Enti gestori le autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive del possesso dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento, come previsto dalla DGR n. 2569/2014.

2.2.1 Modalità di attuazione

I criteri di campionamento per ogni tipologia di Unità d’Offerta sono stati dettagliati nella tabella di ACSS “Programmazione attività di vigilanza e di controllo 2022 (Area Sociosanitaria)” in Allegato 6 al Piano dei Controlli di ATS Brianza 2022 (Decreto ATS Brianza n. 428 del 13/12/2022).

La pianificazione dei controlli presso le UdO campionate ha previsto la calendarizzazione prima del controllo di appropriatezza in modo da intercettare preventivamente eventuali criticità, meritevoli di adeguato approfondimento e ulteriore valutazione nel corso del successivo sopralluogo per la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio/accreditamento organizzativi e gestionali.

È assicurata l’equipe multidisciplinare e multiprofessionale, con almeno sempre due operatori, con rotazione sulle UDO, per rispondere ai dettami dell’anticorruzione.

Per ridurre il tempo di permanenza presso la UdO, in alcuni casi, è stato richiesto al gestore preliminarmente invio di documentazione per una valutazione in sede ATS, rimandando a successivo eventuale approfondimento con il gestore sui rilievi emersi. In particolare sono stati richiesti: carta dei servizi, contratto di ingresso, documentazione per il calcolo dello standard assistenziale su una settimana campione (in assenza di esigenze specifiche legate a segnalazioni o particolari rilievi in corso di controllo di appropriatezza, la medesima in tutte le UdO).

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

I sopralluoghi sono effettuati senza preavviso, come previsto da DGR 2569/2014 e s.m.i.

In ogni tipologia di UdO è stata utilizzata la specifica check-list regionale, ove disponibile, oppure una check-list che la SC Accreditamento, Controllo e Vigilanza Strutture Sociosanitarie e Sociali ha specificatamente predisposto sui requisiti previsti dalla normativa regionale specifica (es. requisiti specifici dei Nuclei Alzheimer ai sensi DGR 1046/2018).

Le verifiche sui requisiti igienico-sanitari, strutturali e tecnologici-impiantistici sono state effettuate dagli operatori della SSD VRST; oltre a verificare il mantenimento o il possesso dei requisiti sono stati verificati in loco i Piani operativi gestionali (POG) come previsto dalla DGR n. 3226/2020, verificando i sistemi di differenziazione dei percorsi pulito/sporco e delle aree di isolamento, e dal mese di maggio 2022, sono stati verificati in loco una parte dei Piano Operativo pandemici (POP) previsti dalla DGR n. 2477/2022; in particolare è stato valutato l’elaborato grafico di emergenza (EGE), realizzato dai gestori, in rapporto con gli spazi della struttura.

In riferimento ai requisiti soggettivi i controlli sono effettuati a campione come segue:

1. 10% delle autocertificazioni annuali pervenute (percentuale minima di controllo);
2. 100% delle autocertificazione/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione a istanze;
3. Controlli su casi particolari (campione mirato).

2.2.1.1 Attività legata al Covid-19

Durante i sopralluoghi per la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento organizzativo gestionali, si è proceduto alla valutazione del Piano Organizzativo Gestionale - POG redatto ai sensi DGR n. 5181/2021 fino a maggio 2022, successivamente del “Protocollo post emergenza COVID” redatto ai sensi DGR n. 6387 del 16/05/2022.

In particolare è stata valutata la modalità di accesso di nuovi ospiti e visitatori e le modalità di isolamento di eventuali ospiti positivi/sospetti.

Allo scopo di allineare le strutture alle indicazioni della normativa vigente, sono state fornite indicazioni per le eventuali azioni correttive dovute.

2.2.2 Esiti attività svolta

È stato completato il controllo di tutte le strutture oggetto di campionamento previste, comprese le misure. Di seguito il dettaglio dei sopralluoghi effettuati per la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio/accreditamento organizzativo gestionali svolti al 31/12/2022:

Tabella 10 - Sopralluoghi effettuati SC ACSO - anno 2022

MOTIVO DEL SOPRALLUOGO	N. SOPRALLUOGHI
1. VERIFICA MANTENIMENTO REQUISITI	69
Motivo campionamento: 90 GG	3
ADI	1
CDI	1
CF PUBBLICI	1
Motivo campionamento: DATA ULTIMO SOPRALLUOGO	48
BID	1
CDD	7
CDI	5
CF PRIVATI	2
CF PUBBLICI	5
CSS	3
CT	1
CURE INT	1
IDR AMB/DOM	1
IDR AMB/DOM/CDC	1
NOA	1
POST ACUTI	1
RELIGIOSI	1
RES ASSISTITA	2
RSA	7
RSA APERTA	3
RSD	2
SERT	2
UCPDOM	2
Motivo campionamento: NUOVI NA 2021	7
RSA	7
Motivo campionamento: POST DIFFIDA	5
BID	1
CDD	1
CDI	1
RSA	2
Motivo campionamento: PRIMA APPR DOPO SCIA	4
CDI	1
HOSPICE	1
RES ASSISTITA	1
RSA	1
Motivo campionamento: SEGNALAZIONE	2

MOTIVO DEL SOPRALLUOGO	N. SOPRALLUOGHI
CSS	1
RSA	1
2. VERIFICA MANTENIMENTO REQUISITI a 90 GG	4
ADI	1
HOSPICE	1
RSA	2
3. NUOVI Nuclei Alzheimer 2022	3
RSA	3
4. Extra campione per criticità in corso di Routinaria	2
CSS	1
RSA	1
5. SEGNALAZIONE	2
RSA	2
6. SCIA/SCIA CONTESTUALE	5
ADI	1
CT	1
HOSPICE	1
RELIGIOSI	1
RSA	1
Totale complessivo	85

Per il dettaglio degli esiti negativi rilevati si rimanda al paragrafo 2.5.

Per la parte relativa alla verifica sul possesso e mantenimento dei requisiti strutturali generali e specifici delle strutture socio sanitarie, in coerenza con quanto programmato/concertato e con quanto segnalato dalla SC Accreditamento, Controllo e Vigilanza Strutture Sociosanitarie e Sociali, la SSD VRST ha svolto nell'anno 2022 i seguenti sopralluoghi:

Tabella 11 - Sopralluoghi effettuati SSD VRST - anno 2022

Routinaria	Numero sopralluoghi
RSA	21
BID	1
CDD	10
CDI	9
CF PRIVATI	2
CF PUBBLICI	4
CSS	4
CT	2
CURE INT	1
IDR AMB/DOM	1
IDR AMB/DOM/CDC	1
NOA	1
RELIGIOSI	1
RES ASSISTITA	2
RSD	3
SERT	2
UCPDOM	2
ADI	1
Piano adeguamento programma	
RSD	1
CDC	1
SCIA/SCIA contestuale	

Rutinaria	Numero sopralluoghi
ADI	1
CT	1
HOSPICE	1
RELIGIOSI	1
RSA	1
NUOVI Nuclei Alzheimer 2022	
RSA	3
Riclassificazione C-Dom 2022	
C-dom	7
Totale	85

Di seguito il report dei controlli sui requisiti soggettivi anno 2022.

Tabella 12 - Controlli requisiti soggettivi per criterio, tipologia e numero di EEGG

Criterio	Tipologia di controlli	Enti Gestori MB	Enti Gestori LC	Enti Gestori ATS
Campione casuale	- requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento - requisiti per la stipula del contratto	10	14	24
Campione mirato	- requisiti per la stipula del contratto	1	0	1
istanze: scia/accreditamento/ vulture/manifestazioni d'interesse/Ente Gestore Unico	- requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento - requisiti per la stipula del contratto	4	9	13
istanze*: scia contestuale per riclassificazione/riclassific azione C-Dom	- requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento - requisiti per la stipula del contratto	24	0	24

*verifiche in corso

Il controllo dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento è stato relativo a:

- l'acquisizione informativa/comunicazione antimafia;
- personalità giuridica dell'Ente Gestore;
- presenza dell'organo di controllo;
- regolarità della continuità gestionale e finanziaria-presenza della relazione all'ultimo bilancio approvato;
- assenza di stato di fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo, assenza di provvedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- adeguamento al modello organizzativo ai sensi del D.Lgs n. 231/2001 e del Codice Etico.

Il controllo dell'art. 80 D.Lgs n. 50/2016 è stato relativo a:

- richiesta al casellario giudiziale del certificato generale (persone fisiche);
- richiesta carichi pendenti (persone fisiche);
- richiesta all'agenzia delle entrate del certificato di regolarità fiscale (società);
- richiesta al casellario del certificato delle sanzioni amministrative dipendenti da reato (società);
- richiesta di certificato degli illeciti amministrativi dipendenti da reato (società).

Le verifiche per l'anno 2022 sono ancora in corso.

2.3 Controlli di appropriatezza

Nell'ambito del 25% delle strutture sociosanitarie campionate per l'anno 2022, sono stati garantiti i controlli sugli utenti rendicontati nel 2021, in percentuale rispettivamente del:

- 13% dei FaSAS per le UdO in regime residenziale e semiresidenziale;
- 3,5% dei FaSAS per le UdO in regime ambulatoriale e domiciliare.

Per tutte le strutture sono stati controllati almeno n. 3 FaSAS, anche se il calcolo matematico dato dalle suddette percentuali avrebbe previsto un campione inferiore.

2.3.1 Modalità di attuazione

I controlli di appropriatezza sono stati effettuati applicando le modalità e gli strumenti previsti dalla DGR n. 1765/2014 (check-list regionali).

Per ADI e UCP-Dom, sia accreditati in ATS Brianza che accreditati fuori ATS, tutti i controlli sono stati condotti con modalità ex post, anche con modalità da remoto mediante piattaforma Teams, previa richiesta al gestore di trasmissione di procedure/protocolli.

Anche per alcune Unità d'Offerta semiresidenziali con massimo n. 3 FaSAS oggetto di controllo, è stata utilizzata la modalità di controllo da remoto già proposta nell'anno 2021, mediante piattaforma Teams e successiva trasmissione via PEC del verbale al gestore per la relativa sottoscrizione.

Il campionamento dei FaSAS è definito con metodologia mista, 70% casuale e 30% mirata, secondo i criteri di campionamento dettagliati per ogni UdO nella tabella ACSS "Programmazione - Area sociosanitaria" allegata. Le visite ispettive sono precedute da un'analisi dei flussi di produzione relativi al trimestre precedente, allo scopo di identificare criticità ed incongruenze.

Al fine di favorire il confronto ed assicurare la presenza degli interlocutori che il gestore reputa più idonei, così come previsto dalla normativa vigente, tutti i controlli di appropriatezza sono stati effettuati con preavviso il giorno lavorativo precedente il sopralluogo, tranne in caso di segnalazioni.

In occasione di visite ispettive presso UdO residenziali e semiresidenziali, se le condizioni epidemiologiche lo consentivano, è stata svolta una visita all'interno della struttura, al fine di verificare direttamente la situazione organizzativo-gestionale, l'assistenza e le attività in corso.

Il controllo di appropriatezza valuta la completezza della documentazione sociosanitaria (FaSAS), la presenza e l'applicazione di procedure/protocolli assistenziali e la conoscenza degli stessi da parte degli operatori; permette di evidenziare l'esito delle scelte organizzative e formative che ricadono sulla presa in carico degli ospiti. Alla luce dei rilievi emersi viene poi condotto adeguato approfondimento e ulteriore valutazione nel corso della verifica routinaria dei requisiti di esercizio e accreditamento organizzativo gestionali.

Nel corso del 2022 è stata revisionata l'istruzione operativa ID03265 "Prima verifica degli Stati Vegetativi presso la sede di ricovero o presso il domicilio".

2.3.2 Esiti attività svolta

Al 31/12/2022 è stato completato il controllo di tutte le strutture oggetto di campionamento, comprese le Misure.

Di seguito il dettaglio dei controlli di appropriatezza effettuati al 31/12/2022, compreso il rendiconto delle verifiche a 10 gg dei ricoveri in UdO sociosanitarie di persone in Stato Vegetativo, come previsto da DGR n. 4222/2012:

Tabella 13 – Controlli di appropriatezza – anno 2022

TIPOLOGIA UdO	TOTALE UdO	N. sopralluoghi Apr Effettuati	N. FaSAS visti anno 2022	N. FaSAS SV anno 2022
ADI Accreditate in ATS Brianza	14	3	35	
ADI Accreditate in altre ATS	21	5	30	
DIP-BIA	4	2	6	
CDD	32	8	27	
CDI	34	9	41	
CF	36	10	141	
CSS	17	4	12	
DIP-COM	9	2	14	
CURE INT	2	1	10	
HOSPICE	6	2	27	
RIA AMB/DOM	2	1	53	
RIA CDC	1	1	39	
DIP-AMB	12	3	46	
POST ACUTI	2	1	27	
RELIGIOSI	5	1	4	
RES ASSISTITA	14	3	7	
RSA	71	18	277	5
RSA APERTA	14	3	9	
RSD	9	2	15	6
UCPDOM	5	2	42	
UCPDOM - FUORI	5	2	6	
Totale	320	83	868	11

I controlli di appropriatezza nell'anno 2022 hanno dimostrato in diverse strutture, di varie tipologie, il permanere di una debolezza, talvolta formale ma anche sostanziale, nella tenuta delle documentazione sociosanitaria, verosimilmente strascichi delle difficoltà emerse in epoca COVID. L'importante turn over del personale, soprattutto sanitario ma in alcune aree anche assistenziale, impone al gestore un gravoso lavoro di continua diffusione e ri-condivisione di procedure e indicazioni operative legate alla presa in carico, alla specificità dell'assistenza nella singola UdO e nelle modalità di compilazione del FaSAS.

Diverse strutture hanno visto l'avvicinarsi anche di figure apicali coinvolte direttamente nell'organizzazione della UdO (Responsabili sanitari, coordinatori infermieristici e assistenziali), con la relativa fatica di riadattamento dell'intero impianto.

Il lavoro di *mentoring* parte integrante del confronto con il gestore nella valutazione della singola presa in carico, e gli oneri dovuti in caso di diffida con l'attuazione di azioni correttive concrete immediate, sostengono l'obiettivo di condurre ogni singolo gestore ad un progressivo innalzamento della qualità dei servizi erogati e dell'assistenza.

Per il dettaglio degli esiti negativi rilevati si rimanda al paragrafo 2.5

2.4 Segnalazioni

Le fonti delle segnalazioni sono di differente natura. Possono essere trasmesse dall'URP aziendale, da Organi Istituzionali o Enti terzi (ad esempio NAS, procura, altre ATS), da comitati, da privati cittadini o da UO interne ATS e seguono l'iter previsto dalla procedura aziendale e della Legge 241/90.

Tabella 14 - Segnalazioni pervenute - anno 2022

Provenienza segnalazioni	n. segnalazioni
Comitato parenti	1
Difensore regionale	5
Sindacati	1
Privati	19
Totale	26

Dalla valutazione di competenza, vengono attivate le azioni ritenute più opportune quali incontri, sopralluoghi, approfondimenti documentali.

In riferimento ai temi più frequentemente oggetto di segnalazione, restano ancora argomenti legati all'adeguatezza dell'organizzazione delle UdO in coerenza con la gestione COVID (accesso visitatori, gestione casi etc.).

Sulla base delle risultanze delle suddette verifiche, è stata quindi predisposta nota per URP della ATS, affinché sia restituita una risposta esaustiva al cittadino.

Nel caso in cui siano state evidenziate carenze o inapproprietezze nelle UdO oggetto di segnalazione, sono stati adottati gli atti di competenza, quali diffida, sanzione o decurtazione, come dettagliato al paragrafo 2.5.

2.5 Esiti negativi

In caso di riscontro di carenze/mancanze di requisiti minimi di esercizio e di accreditamento ovvero di mancato raggiungimento della percentuale minima di accettabilità del controllo di appropriatezza, sono stati emessi i provvedimenti di competenza, ai sensi rispettivamente delle DRG n. 2569/2014 e DGR n. 1765/2014.

Di seguito il dettaglio dei provvedimenti emessi a seguito di esito negativo:

Tabella 15 - Diffide anno 2022 (per tipologia di sopralluogo)

Diffide anno 2022	n. diffide
CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA	21
DIP-BIA	1
CDD	4

Diffide anno 2022	n. diffide
CDI	2
DIP-COM	1
CSS	3
HOSPICE	1
NOA	1
RSA	8
CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA e ROUTINARIA	1
RSA APERTA	1
VERIFICA MANTENIMENTO REQUISITI ESERCIZIO/ACCREDITAMENTO a 90 gg	3
RSA (Diffida contestuale al sopralluogo)	2
CDI	1
VERIFICA MANTENIMENTO REQUISITI ESERCIZIO/ACCREDITAMENTO	11
CDD	3
CDI	1
RESIDENZIALITA' ASSISTITA	2
RSA	5
SCIA CONTESTUALE	1
ADI-CDOM	1
SEGNALAZIONE	4
RSA	4
Totale complessivo	41

Tabella 16 - Sanzioni inviate - anno 2022

Tipologia di sopralluogo	n. sanzioni inviate anno 2022	Importo accertamento (€)
CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA	21	21.210
DIP-BIA	1	1.010
CDD	4	4.040
CDI	2	2.020
DIP-COM	1	1.010
CSS	3	3.030
HOSPICE	1	1.010
NOA	1	1.010
RSA	8	8.080
VERIFICA MANTENIMENTO REQUISITI ESERCIZIO/ACCREDITAMENTO A 90 GG	3	7.030
CDI	1	3.010
RSA	2	4.020
VERIFICA MANTENIMENTO REQUISITI ESERCIZIO/ACCREDITAMENTO	9	26.090
CDD	3	8.030
CDI	1	3.010
RSA	5	15.050
SEGNALAZIONE	4	10.040
RSA	4	10.040
Totale complessivo	37	64.370

Relativamente alle sanzioni di cui sopra, n. 3 Enti gestori (RSA-CDI-NOA) hanno richiesto audizione che è stata esperita con trasmissione del relativo rapporto a norma dell'art. 17 della legge n. 689/8 alla SC Affari Generali e Legali.

Tabella 17 - Sanzioni inviate anno 2023 su controlli - anno 2022

Tipologia di sopralluogo	n. sanzioni inviate anno 2023 su controlli anno 2022	Importo accertamento (€)
VERIFICA MANTENIMENTO REQUISITI ESERCIZIO/ACCREDITAMENTO	3	9.030
CDD	1	3.010
CSS	1	3.010
CDI	1	3.010
Totale complessivo	3	9.030

Tabella 18 - Decurtazioni - anno 2022

Decurtazioni anno 2022	N. UdO	Importo decurtazione (€)
CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA	7	20.996,70
CDD	1	1335
CSS	1	10.354,50
RSA	5	9.307,20
VERIFICA MANTENIMENTO REQUISITI ESERCIZIO/ACCREDITAMENTO	2	6.006
RESIDENZIALITA' ASSISTITA	2	6.006
SEGNALAZIONE	1	233,20
RSA	1	233,20
CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA e VERIFICA MANTENIMENTO REQUISITI	1	In attesa del valore economico da parte dell'ufficio ATS competente
RSA APERTA	1	
Totale complessivo	10	27.235,90

2.6 Scheda struttura

Nel mese di febbraio 2022 è pervenuta richiesta da parte di Regione Lombardia di verifica in merito ad alcune schede struttura 2021 mancanti; si è pertanto provveduto alle verifiche di competenza e alla richiesta di chiarimenti agli Enti gestori coinvolti; si è quindi provveduto a fornire riscontro a Regione Lombardia nei tempi indicati.

Nel mese di maggio 2022 Regione Lombardia ha reso disponibili i report relativi alle analisi di Scheda Struttura delle Unità d'Offerta relative all'attività svolta nell'esercizio 2020.

Nel mese di giugno è pervenuta nota da Regione Lombardia, trasmessa da ATS a tutte le UdO sociosanitarie, per l'assolvimento del debito informativo "Scheda Struttura-dati attività 2021 UdO sociosanitarie". Successivamente sono arrivati da Regione Lombardia chiarimenti in merito ad anomalie ed errori presenti nella Piattaforma, che sono stati prontamente trasmessi a tutti gli Enti gestori.

È stata svolta una intensa attività di monitoraggio su SMAF e di sollecitazione alle Unità d'Offerta, affinché l'adempimento fosse garantito nei tempi dettati; inoltre le UdO hanno potuto contattare i referenti ATS per la risoluzione di problematiche di tipo contenutistico riscontrate nella compilazione e nel caricamento della Scheda Struttura.

Successivamente alla chiusura della finestra di rendicontazione, Regione Lombardia ha richiesto alle ATS di effettuare una verifica in merito alle strutture risultate inadempienti, prevedendo una finestra di rendicontazione ulteriore. Sono pertanto stati contattati gli Enti gestori delle UdO coinvolte, che hanno provveduto al caricamento della scheda struttura mancante (n. 5 strutture che nell'anno 2021 non avevano avuto attività) o all'invio di chiarimenti in relazione a tale mancanza (n. 7 strutture). Attraverso la sollecitazione e il costante confronto con le strutture coinvolte, è stato possibile rispettare la scadenza del 11/11/2022.

3. AREA SOCIALE

3.1 Vigilanza sociale

L'attività di vigilanza e controllo per l'anno 2022 è stata pianificata coerentemente alla nota di Regione Lombardia – Direzione Generale Welfare, Prot. G1.2021.0057477 del 29/09/2021 e alla successiva DGR n. 6387 del 16/05/2022, che hanno definito per l'anno 2022 la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio per almeno il 25% delle UdO sociali attive sul territorio.

3.1.1 Modalità di attuazione

In merito alla verifica del mantenimento dei requisiti organizzativi gestionali minimi di esercizio, sono stati effettuati sia controlli in modalità da remoto (nella prima parte del semestre) che con sopralluogo, come dettagliato in Tabella 19.

Nella pianificazione dei sopralluoghi per CPE o per la verifica del mantenimento dei requisiti è garantita la rotazione del personale e la multidisciplinarietà dell'équipe (assistenti sociali, psicologo, educatori professionali, assistenti sanitari, dirigenti medici e infermieri), anche in correlazione con la complessità delle fasi istruttorie e del procedimento.

In relazione ai requisiti igienico-sanitari si sono tenuti momenti di confronto con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) e con il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (ISP), al fine di pianificare l'attività ispettiva per la verifica del mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici/impiantistici e concordare le modalità operative di condivisione dei verbali e degli esiti.

Il DIPS ha provveduto ad effettuare sopralluoghi presso un campione delle UdO programmate, autonomamente o insieme alle UOS Vigilanza e Controllo territoriali di Lecco e Monza.

Le ispezioni per le CPE sono, invece, state effettuate con la SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici Strutture Erogatrici del Dipartimento PAAPSS.

Si precisa inoltre che sono state evase tutte le segnalazioni pervenute e sono stati espletati i sopralluoghi richiesti dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Milano, per il tramite della Polizia Locale di ubicazione dell'Unità d'Offerta sociale, in merito ai servizi residenziali per minori.

Per meglio gestire l'attività di controllo e vigilanza di pertinenza delle équipe delle due UOS Vigilanza e Controllo, è stata implementata un'anagrafica ATS Brianza, relativamente alle Unità d'Offerta sociali formalizzate, presenti sull'intero territorio di competenza, con aggiornamento corrente, anche in base a comunicazioni degli Enti gestori e alle risultanze di sopralluoghi (chiusura UdO) con interfaccia continua con gli Uffici Unici sovracomunali di Desio - Vimercate e con l'Ufficio dei Piani di Lecco.

La Tabella 19 riporta sinteticamente i sopralluoghi effettuati per le diverse tipologie di Unità d'Offerta nell'anno 2022.

Tabella 19 - Sintesi attività di vigilanza: sopralluoghi effettuati – anno 2022

Area	Tipologia UdO	CPE	Routinaria		Segnalazioni	Verifiche ispettive straordinarie/ extracampione	Totale verifiche ispettive al 31/12/2022
			Verifiche documentali da remoto effettuate al 31/12/2022	Sopralluoghi effettuati al 31/12/2022			
Prima infanzia	Nido	18	0	53	2	1	74
	Centro prima infanzia	1	0	6	0	0	7
	Micronido	5	0	8	0	0	13

Area	Tipologia UdO	CPE	Routinaria		Segnalazioni	Verifiche ispettive straordinarie/ extracampione	Totale verifiche ispettive al 31/12/2022
			Verifiche documentali da remoto effettuate al 31/12/2022	Sopralluoghi effettuati al 31/12/2022			
	Nido famiglia	8	6	7	0	0	21
Minori	Comunità educative per minori	3	2	15	4	2	26
	Comunità educative genitori figli	1	0	0	0	0	1
	Comunità familiari	2	0	2	0	0	4
	Alloggi per l'autonomia	0	0	5	0	1	6
	Alloggi per l'autonomia tipo educativo	5	0	0	0	0	5
	Centri ricreativi diurni per minori	33	0	0	0	0	33
	Centri aggregazione giovanile	1	0	1	0	0	2
Disabili	Comunità alloggio disabili	0	0	3	0	0	3
	Centri socio-educativi	1	0	8	0	0	9
	Servizi formazione all'autonomia	2	0	4	0	0	6
Anziani	Centri diurni per anziani	0	0	2	0	0	2
	Alloggi protetti anziani	1	2	2	0	0	5
	Comunità alloggio sociale anziani	1	0	1	0	1	3
Totale		82	10	117	6	5	220

La Tabella 20 non comprende le richieste di vigilanza pervenute alla fine del 2021, per le quali è stato esperito il sopralluogo nel corso del 2022. Tale situazione è inerente a n. 5 UdO: n. 1 asilo nido, n. 2 micronidi, n. 1 servizio di formazione all'autonomia e n. 1 alloggio protetto per anziani.

Le verifiche si sono tutte concluse con esito favorevole e nei tempi normati. Sono stati inoltre vigilati n. 2 CRD per CPE pervenute nel 2021, i cui procedimenti erano stati interrotti per sospensione dell'attività.

Tabella 20 - Verifica sul 100% delle CPE pervenute – anno 2022

Area	Tipologia UdO	Totale CPE al 31/12/2022	Sopralluoghi effettuati	CPE rigettate	CPE istruttoria in corso	Totale CPE trattate	%
Prima infanzia	Nido	20	18	1	1	20	100
	Centro prima infanzia	1	1	0	0	1	100
	Micronido	6	5	0	1	6	100
	Nido famiglia	8	8	0	0	8	100
Minori	Comunità educativa	3	3	0	0	3	100
	Comunità educativa genitore figli	1	1	0	0	1	100
	Comunità familiari	2	2	0	0	2	100
	Alloggi per l'autonomia tipo educativo	5	5	0	0	5	100
	Centri aggregazione giovanile	1	1	0	0	1	100
	Centri ricreativi diurni per	33	33	0	0	33	100

Area	Tipologia UdO	Totale CPE al 31/12/2022	Sopralluoghi effettuati	CPE rigettate	CPE istruttoria in corso	Totale CPE trattate	%
	minori						
Disabili	Centri socio-educativi	1	1	0	0	1	100
	Servizi formazione all'autonomia	2	2	0	0	2	100
Anziani	Alloggi protetti anziani	1	1	0	0	1	100
	Comunità alloggio sociale anziani	1	1	0	0	1	100
TOTALE		85	82	1	2	85	100

La Tabella 21 esplicita dettagliatamente il numero e la relativa percentuale delle verifiche routinarie da campionamento effettuate sulle singole tipologie di UdO Sociali.

Tabella 21 - Percentuale verifiche effettuate per tipologia di UdO

Area	Tipologia UdO	Totale UdO 01/01/2022	Sopralluoghi programmati 2022	Verifiche documentali da remoto	Verifiche ispettive effettuate al 31/12/2022	Verifiche ispettive totali al 31/12/2022	% verifiche ispettive effettuate al 31/12/2022
Prima infanzia	Asilo nido	216	53	0	53	53	100,0
	Centro prima infanzia	23	6	0	6	6	100,0
	Micronido	28	8	0	8	8	100,0
	Nido famiglia	40	13	6	7	13	100,0
Minori	Comunità educative per minori	38	13	2	15	17	130,8
	Comunità familiari	5	1	0	2	2	200,0
	Alloggi per l'autonomia	9	3	0	5	5	166,7
	Centri aggregazione giovanile	11	1	0	1	1	100,0
Disabili	Comunità alloggio disabili	12	3	0	3	3	100,0
	Centri socio-educativi	30	8	0	8	8	100,0
	Servizi formazione all'autonomia	15	4	0	4	4	100,0
Anziani	Centri diurni per anziani	10	2	0	2	2	100,0
	Alloggi protetti anziani	16	4	2	2	4	100,0
	Casa	6	1	0	1	1	100,0
TOTALE		465	120	10	117	127	105,8

3.1.2 Esiti attività svolta

Le tabelle successive evidenziano gli esiti dell'attività di vigilanza finalizzata alla verifica del possesso dei requisiti minimi di esercizio inerenti le Comunicazioni Preventive di Esercizio (Tabella 22) e al mantenimento dei medesimi requisiti nell'attività di vigilanza routinaria (Tabella 23).

Tabella 22 - Esito CPE

Area	Tipologia UdO	Totale CPE al 31/12/2022	CPE rigettate	Esito CPE		
				Favorevole	Sfavorevole	Istruttoria in corso
Prima infanzia	Nido	20	1	14	3	2
	Centro prima infanzia	1		1		
	Micronido	6		4		2
	Nido famiglia	8		8		
Minori	Comunità educativa	3		3		
	Comunità educativa genitore figli	1		1		
	Comunità familiari	2		2		
	Alloggi per l'autonomia tipo educativo	5		5		
	Centri aggregazione giovanile	1		1		1
	Centri ricreativi diurni per minori	33		33		
Disabili	Centri socio-educativi	1		1		
	Servizi formazione all'autonomia	2		2		
Anziani	Alloggi protetti anziani	1		1		
	Comunità alloggio sociale anziani	1			1	
TOTALE		85	1	76	4	5

Tabella 23 - Esiti istruttorie routinaria: verifica mantenimento dei requisiti organizzativo gestionali

Area	Tipologia UdO	Verifiche ispettue effettuate al 31/12/2022	Esito favorevole	Esito sfavorevole	Istruttorie in corso	Esito favorevole per area	Esito sfavorevole per area	Istruttorie in corso per area	Totale istruttorie
Prima infanzia	Asilo nido	53	34	17	2	58	19	3	80
	Centro prima infanzia	6	6	0	0				
	Micronido	8	5	2	1				
	Nido famiglia	13	13	0	0				
Minori	Comunità educative per minori	17	12	5	0	17	5	3	25
	Comunità familiari	2	0	0	2				
	Alloggi per l'autonomia	5	4	0	1				
	Centri aggregazione giovanile	1	1	0	0				
Disabili	Comunità alloggio disabili	3	2	1	0	14	1	0	15
	Centri socio-educativi	8	8	0	0				
	Servizi formazione all'autonomia	4	4	0	0				
Anziani	Centri diurni per anziani	2	2	0	0	6	1	0	7
	Alloggi protetti anziani	4	4	0	0				
	Casa	1	0	1	0				
TOTALE		127	95	26	6	95	26	6	127

Si rileva inoltre che, come da tabella sopra riportata, per n. 26 istruttorie le verifiche sono terminate con esito negativo per mancanza di requisiti organizzativi gestionali minimi, il 65% di queste riguarda asili nido.

3.1.2.1 Segnalazioni

Le segnalazioni pervenute hanno riguardato: n. 2 asili nido, per i quali erano state segnalate carenze in merito ai rapporti educativi.

Sono stati effettuati i relativi sopralluoghi, esitati in parere sfavorevole e conseguente stesura di verbale di accertamento e contestazione di illecito per mancanza di requisiti organizzativi gestionali minimi di esercizio (mancanza di Carta dei Servizi e rispetto dei rapporti educativi).

Una segnalazione era correlata alla gestione di due Comunità Educative di Pronto Intervento per Minori adiacenti, per la quale sono stati effettuati n. 4 sopralluoghi e le verifiche si sono concluse con esito favorevole.

Sono inoltre pervenute n. 2 segnalazioni da parte dei NAS di Milano con richiesta di sopralluogo per la verifica di servizi educativi diurni per minori, non ricompresi nella rete ai sensi della L. 3/2008; è stato richiesto al Comune e all'Ente gestore di procedere alla regolarizzazione dei servizi tramite presentazione di CPE, in quanto trattasi di servizi assimilabili ai Servizi Educativi Diurni previsti dalla DGR n. 2857/2020. La mancata presentazione delle CPE ha esitato in verbali di accertamento di illeciti, per esercizio di attività senza atto autorizzativo: non si sono avuti riscontri da parte del Comune.

3.1.2.2 Visite straordinarie / extracampione

Sono stati effettuati n. 2 sopralluoghi a seguito di diffida su CPE per Asilo Nido e C.A.S.A., entrambe le istruttorie sono state successivamente chiuse con esito favorevole.

Altre n. 2 Comunità di Pronto Intervento per minori sono state oggetto di n. 2 sopralluoghi per ulteriori verifiche che hanno avuto esito sfavorevole, mentre per n. 1 Alloggio per l'Autonomia è stato effettuato un ulteriore sopralluogo, con esito favorevole.

Per la misura "Minori vittime di abuso" di cui alla DGR n. 7626/2017 (ex misura 6) è stato scelto di effettuare una ricognizione specifica e il controllo di tutte le strutture che hanno avuto utenti in carico nel 2021 e 2022, per un totale di n. 8 strutture residenziali per minori e di n. 24 utenti, da parte di due équipe costituite da Assistenti Sociali, Assistente Sanitario e Dirigente Medico.

3.1.2.3 Attività correlata a Covid-19

Nel primo semestre dell'anno 2022 si è provveduto alla lettura e analisi di n. 10 Piani Organizzativi Gestionali, redatti dalle Unità di Offerta Sociali in relazione alla gestione dell'Emergenza Pandemica; è stato pertanto predisposto e compilato apposito file, prestando particolare attenzione alla gestione dei nuovi accessi, alle visite nelle strutture e alle uscite programmate.

3.1.2.4 Attività di carattere sanzionatorio

In relazione ai sopralluoghi effettuati per verifiche routinarie, CPE o segnalazioni, si sono riscontrate carenze per n. 33 UdO così come evidenziato nella Tabella 24.

Tabella 24 - Verbali di accertamento UdO sociali

Tipologia UdO	n.
Nido	21
Micronido	3
Comunità educative per minori	5
Comunità alloggio sociale anziani	2
UdO non classificate	2
TOTALE	33

Si evidenzia che sono stati emessi n. 2 verbali di accertamento a seguito dei sopralluoghi effettuati presso i due servizi educativi diurni per minori, non ricompresi nella rete ai sensi della L.3/2008, in quanto risultavano essere in esercizio in assenza di CPE o altro atto autorizzativo e n. 1 verbale di accertamento per 1 MN a seguito di carenze dei requisiti organizzativi gestionali evidenziate in sede di sopralluogo da parte dei tecnici della SC Igiene e Sanità Pubblica.

In relazione agli asili nido sono stati accertati illeciti in merito alla recente DGR n. 2929/2020, in particolare in relazione ai nuovi requisiti di esercizio introdotti dal provvedimento (es. compresenza, progetto educativo). Relativamente ai micronidi sono stati accertati illeciti in merito alla mancanza del requisito della compresenza degli operatori.

In una comunità educativa si è riscontrato il mancato rispetto del rapporto educativo 1:5 in alcune fasce orarie, mentre in un'altra è stata accertata sia la mancanza del rapporto educativo in alcune fasce orarie sia il mancato rispetto della presenza di almeno un operatore socio-educativo nelle ore notturne, in quanto presente unicamente personale religioso residente presso la UdO di età superiore ai 75 anni.

È stato inoltre emesso un verbale di accertamento per una UdO C.A.S.A., già esistente, a seguito di sopralluogo effettuato per CPE-modifica capacità ricettiva; si sono rilevate mancanze/carenze nella documentazione obbligatoria riferita all'ospite e si è inoltre riscontrata la presenza di un numero superiore di ospiti, rispetto a quello autorizzato per un periodo di tempo, antecedente la presentazione della CPE per variazione capacità ricettiva.

4. AREA VERIFICHE REQUISITI CONTRATTUALI

4.1 Verifiche requisiti contrattuali delle strutture

4.1.1 Esiti attività svolta

Sono riportati di seguito gli esiti dei controlli effettuati sui requisiti di accesso alla contrattualizzazione, sia per l'area sanitaria che per l'area sociosanitaria.

Tabella 25 - Area sanitaria

AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	N° CAMPIONE	N. CONTROLLI ESEGUITI
Requisiti Sanitario	Applicazione modello organizzativo (D.Lgs. 231/2001)	20	20
	Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)	29	29
	Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 80, comma 1 lett. a), b), b bis), c), d), e), f), g) D. Lgs. 50/2016)	5	5
	Certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 D.Lgs. 50/2016)	39	39
	Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 D.Lgs. 50/2016)	49	49
	Ulteriori requisiti (art. 80, comma 5 D.Lgs. 50/2016)	5	
	Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (art. 80, comma 5, lett. f D.Lgs. 50/2016)	5	5
	Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 D.Lgs. 50/2016)	5	8

Tabella 26 - Area sociosanitaria

AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	N° CAMPIONE	N. CONTROLLI ESEGUITI	ESITI CONTROLLI ESEGUITI
Requisiti Sociosanitario	Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 80, comma 1 lett. a), b), b bis), c), d), e), f), g) D.Lgs. 50/2016)	13	28	Nessuna irregolarità rilevata ai fini dei requisiti contrattuali
	Certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 d.lgs. 50/2016)	91	91	Si segnala che su 91 EG verificati sulla BDNA, sono pervenute dalla Prefettura n. 53 attestazioni.
	Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016)	132	396	Il numero dei controlli si riferisce a 132 EG per i quali sono stati effettuati controlli ogni 120 giorni.
	Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (art. 80, comma 5, lett. f D.Lgs. 50/2016)	13	28	Nessuna irregolarità rilevata ai fini dei requisiti contrattuali
	Obblighi di trasparenza (D.Lgs. 33/2013)	24	24	Nessuna irregolarità rilevata ai fini dei requisiti contrattuali
	Continuità gestionale	132	128	Nessuna irregolarità rilevata ai fini dei

AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	N° CAMPIONE	N. CONTROLLI ESEGUITI	ESITI CONTROLLI ESEGUITI
	e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)			requisiti contrattuali
	Applicazione modello organizzativo (D.Lgs. 231/2001)	62	62	Nessuna irregolarità rilevata ai fini dei requisiti contrattuali
	Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 D.Lgs. 50/2016)	13	58	<p>Nel corso del 2022 sono state acquisite n. 58 attestazioni di regolarità fiscale con i seguenti esiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. 56 attestazioni non riportano elementi rilevanti ai fini della contrattualizzazione; - N. 1 gestore presentava sanzioni definitivamente accertate, completamente sanate mediante pagamento del debito prima della voltura di UDO; - N. 1 gestore presentava sanzioni definitivamente accertate, completamente sanate da questa ATS.

5. AREA FARMACEUTICA E PROTESICA

5.1 Farmaceutica

5.1.1 Farmacie e dispensari farmaceutici

La Vigilanza in ambito farmaceutico è una delle attività più ampia ed articolata dei Servizi Farmaceutici delle ATS. Ai sensi della L.R. 33/2009 modificata dalla L.R. 6/2017 è previsto l'obbligo di ispezionare il 100% delle farmacie aperte al pubblico in ciascun biennio, di cui almeno il 50% effettuato ogni anno solare.

Attività 2022	Modalità di attuazione	Esiti attività svolta 2022									
<p>Visita ispettiva ordinaria in presenza presso la farmacia secondo le modalità previste dalla normativa vigente.</p> <p>Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo: La programmazione delle visite ispettive è stata eseguita trimestralmente ed inserita nel "portale ispezioni" messo a disposizione dell'Ordine dei Farmacisti in funzione della data dell'ultima ispezione effettuata ed in funzione della posizione delle farmacie sul territorio garantendo la vigilanza biennale.</p>	<p>Considerato lo scenario epidemiologico determinato dalla pandemia SARS-COV-2 che ha prorogato lo stato di emergenza al primo trimestre del 2022, al fine di garantire la continuità dell'attività istituzionale di controllo e vigilanza ispettiva ed autorizzativa di ATS sulle strutture erogatrici di farmaci, è stato necessario rimodulare la gestione dell'attività di vigilanza in ambito farmaceutico sui rimanenti 9 mesi dell'anno. Pertanto il numero delle farmacie e dispensari ispezionati nel corso del 2022 è stato di n. 129 (dato rimodulato sul totale di n. 343 farmacie e dispensari ATS Brianza al 31/12/2021).</p> <p>Modalità di campionamento: vigilanza ispettiva ordinaria (programmata con preavviso e stesura di verbale (format regionale) di accertamento in loco con eventuali prescrizioni correttive.</p> <p>Composizione équipe di vigilanza: la composizione delle commissioni/sottocommissioni di vigilanza sulle farmacie è composta da farmacista ATS, da farmacista nominato dall'ordine dei farmacisti e da amministrativo ATS.</p>	<p><i>Visita ispettiva in presenza presso la farmacia/dispensario secondo le modalità previste dalla normativa vigente</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Programmazione 2022 rimodulata a decorrere dal 01.04.2022</th> </tr> <tr> <th>INDICATORE</th> <th>PROGRAMMATO 2022</th> <th>RAGGIUNTO 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ISPEZIONI ORDINARIE Numero di farmacie e dispensari ispezionati in loco</td> <td>n.129/343</td> <td>n.130/343</td> </tr> </tbody> </table>	Programmazione 2022 rimodulata a decorrere dal 01.04.2022			INDICATORE	PROGRAMMATO 2022	RAGGIUNTO 2022	ISPEZIONI ORDINARIE Numero di farmacie e dispensari ispezionati in loco	n.129/343	n.130/343
Programmazione 2022 rimodulata a decorrere dal 01.04.2022											
INDICATORE	PROGRAMMATO 2022	RAGGIUNTO 2022									
ISPEZIONI ORDINARIE Numero di farmacie e dispensari ispezionati in loco	n.129/343	n.130/343									
<p>Visita ispettiva straordinaria in presenza presso la farmacia secondo le modalità previste dalla normativa vigente.</p>	<p>Vigilanza ispettiva straordinaria svolta in loco senza preavviso tramite la stesura di un verbale (format regionale) di accertamento esplicitando eventuali prescrizioni correttive.</p> <p>Modalità di campionamento: il campione è stato selezionato a seguito di segnalazioni o verifica di prescrizioni impartite</p> <p>Composizione équipe di vigilanza: la composizione delle commissioni/sottocommissioni di vigilanza sulle farmacie è composta da farmacista ATS, da farmacista nominato dall'Ordine dei farmacisti e da amministrativo ATS ed eventuale medico di igiene o UPG.</p>	<p><i>Visita ispettiva in presenza presso la farmacia/dispensario secondo le modalità previste dalla normativa vigente</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICATORE</th> <th>SEGNALAZIONI PERVENUTE O VERIFICA PRESCRIZIONI 2022</th> <th>RAGGIUNTO 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ISPEZIONI STRAORDINARIE numero di farmacie e dispensari ispezionati in loco</td> <td>n.5/343</td> <td>n.5/343</td> </tr> </tbody> </table>	INDICATORE	SEGNALAZIONI PERVENUTE O VERIFICA PRESCRIZIONI 2022	RAGGIUNTO 2022	ISPEZIONI STRAORDINARIE numero di farmacie e dispensari ispezionati in loco	n.5/343	n.5/343			
INDICATORE	SEGNALAZIONI PERVENUTE O VERIFICA PRESCRIZIONI 2022	RAGGIUNTO 2022									
ISPEZIONI STRAORDINARIE numero di farmacie e dispensari ispezionati in loco	n.5/343	n.5/343									

<p>Visita ispettiva preventiva in presenza presso la farmacia secondo le modalità previste dalla normativa vigente.</p>	<p>Vigilanza preventiva per rilascio autorizzazione per nuova apertura /trasferimento/ampliamento locali farmacie e dispensari e stesura di verbale (format regionale) di accertamento in loco con eventuali prescrizioni correttive. Modalità di campionamento: il campione è stato selezionato a seguito di comunicazione istanza agli atti del Servizio Farmaceutico ATS Brianza. Composizione équipe di vigilanza: la composizione delle commissioni/sottocommissioni di vigilanza sulle farmacie è composta da farmacista ATS, da farmacista nominato dall' Ordine dei farmacisti e da amministrativo ATS.</p>	<p><i>Visita ispettiva in presenza presso la farmacia/dispensario secondo le modalità previste dalla normativa vigente</i></p> <table border="1" data-bbox="967 327 1516 645"> <thead> <tr> <th>INDICATORE</th> <th>PROGRAMMATO 2022</th> <th>RAGGIUNTO 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ISPEZIONI PREVENTIVE numero di farmacie e dispensari ispezionati in loco</td> <td>n.3</td> <td>n.3</td> </tr> </tbody> </table>	INDICATORE	PROGRAMMATO 2022	RAGGIUNTO 2022	ISPEZIONI PREVENTIVE numero di farmacie e dispensari ispezionati in loco	n.3	n.3
INDICATORE	PROGRAMMATO 2022	RAGGIUNTO 2022						
ISPEZIONI PREVENTIVE numero di farmacie e dispensari ispezionati in loco	n.3	n.3						

5.1.2 Vendita on-line

Attività 2022	Modalità di attuazione	Esiti attività svolta 2022						
<p>Vigilanza e controllo vendita on line farmacie in presenza o da remoto secondo le modalità previste dalla normativa vigente.</p>	<p>Verifica del 50% dei siti autorizzati alla vendita on line di farmaci. Modalità operative di esecuzione: senza preavviso tramite check-list e descrizione sintetica delle attività di controllo. Il controllo viene effettuato senza preavviso da remoto ad esclusione della verifica di corrispondenza tra prezzo di vendita on line ed in loco effettuata durante la vigilanza ordinaria. Come verbale viene utilizzato lo strumento di controllo predisposto da TDL sulla vigilanza di ACSS. La commissione di vigilanza prevede due farmacisti o un farmacista ed un amministrativo. Modalità di campionamento: il campione viene selezionato in funzione della data dell'ultima ispezione effettuata, garantendo la vigilanza biennale. L'estrazione è effettuata tramite il portale del Ministero della Salute al 31.12.2021</p>	<p><i>Visita ispettiva in presenza presso la farmacia/dispensario secondo le modalità previste dalla normativa vigente</i></p> <table border="1" data-bbox="967 1008 1516 1326"> <thead> <tr> <th>INDICATORE</th> <th>PROGRAMMATO 2022</th> <th>RAGGIUNTO 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VIGILANZA VENDITA ON LINE numero di farmacie e dispensari ispezionati</td> <td>n. 3/6</td> <td>n. 3/6</td> </tr> </tbody> </table>	INDICATORE	PROGRAMMATO 2022	RAGGIUNTO 2022	VIGILANZA VENDITA ON LINE numero di farmacie e dispensari ispezionati	n. 3/6	n. 3/6
INDICATORE	PROGRAMMATO 2022	RAGGIUNTO 2022						
VIGILANZA VENDITA ON LINE numero di farmacie e dispensari ispezionati	n. 3/6	n. 3/6						

5.1.3 Parafarmacie

Nel corso dell'anno 2022 sono state ispezionate 10 parafarmacie/corner presenti sul territorio di ATS Brianza al fine di garantire la sussistenza dei requisiti minimi previsti dal DM 9/03/2012.

Sono state ispezionate in presenza n. 11 esercizi commerciali di cui n. 2 straordinarie, n.8 ordinarie e n.1 preventiva, sul totale di 40 esercizi commerciali.

Attività 2022	Modalità di attuazione	Esiti attività Svolta 2022									
<p>Visita ispettiva in presenza presso la parafarmacia/corner secondo le modalità previste dalla normativa vigente al fine di verificare la sussistenza dei requisiti previsti dal DM 9/03/20012, attraverso le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilanza ispettiva ordinaria in base all'ultima ispezione effettuata; • Vigilanza ispettiva straordinaria a seguito di segnalazioni; • Vigilanza preventiva al fine dell'apertura dell'esercizio commerciale. <p>Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo: la programmazione delle visite ispettive è stata eseguita in funzione della data dell'ultima ispezione effettuata e/o in funzione della posizione delle farmacie sul territorio.</p>	<p>Considerato lo scenario epidemiologico determinato dalla pandemia SARS-COV-2 che ha prorogato lo stato di emergenza al primo trimestre del 2022, al fine di garantire la continuità dell'attività istituzionale di controllo e vigilanza ispettiva ed autorizzativa di ATS sulle strutture erogatrici di farmaci, è stato necessario rimodulare la gestione dell'attività di vigilanza in ambito farmaceutico sui rimanenti 9 mesi dell'anno. Pertanto il numero delle Parafarmacie/Corner ispezionati nel corso del 2022 è stato di n.11 (dato rimodulato sul totale di n.40 parafarmacie/corner ATS Brianza al 31/12/2021).</p> <p>Modalità di campionamento: - <u>vigilanza ispettiva ordinaria</u> (programmabile con preavviso); il campione è stato selezionato in funzione della data dell'ultima ispezione effettuata; - <u>vigilanza ispettiva preventiva</u> (programmabile con preavviso sulla base delle istanze di apertura pervenute); - <u>vigilanza ispettiva straordinaria</u> (programmabile sulla base delle segnalazioni pervenute).</p> <p>La stesura del verbale di accertamento è effettuata tramite format unico garantendo comportamenti ispettivi uniformi su tutto il territorio regionale, prescrivendo eventualmente in loco azioni correttive.</p> <p>Composizione équipe di vigilanza: la commissione di vigilanza sulle Parafarmacie è composta da farmacista ATS, da amministrativo ATS e medico di igiene o UPG ATS Brianza.</p>	<p><i>Visita ispettiva in presenza presso la parafarmacia/corner secondo le modalità previste dalla normativa vigente</i></p> <table border="1" data-bbox="965 369 1500 694"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="965 369 1500 425">Programmazione 2022 rimodulata a decorrere dal 01.04.2022</th> </tr> <tr> <th data-bbox="965 425 1157 560">INDICATORE</th> <th data-bbox="1157 425 1348 560">PROGRAMMATO 2022</th> <th data-bbox="1348 425 1500 560">RAGGIUNTO 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="965 560 1157 694">ISPEZIONI numero di parafarmacie / corner ispezionati in loco</td> <td data-bbox="1157 560 1348 694">n.10/40</td> <td data-bbox="1348 560 1500 694">n.11/40</td> </tr> </tbody> </table>	Programmazione 2022 rimodulata a decorrere dal 01.04.2022			INDICATORE	PROGRAMMATO 2022	RAGGIUNTO 2022	ISPEZIONI numero di parafarmacie / corner ispezionati in loco	n.10/40	n.11/40
Programmazione 2022 rimodulata a decorrere dal 01.04.2022											
INDICATORE	PROGRAMMATO 2022	RAGGIUNTO 2022									
ISPEZIONI numero di parafarmacie / corner ispezionati in loco	n.10/40	n.11/40									

5.1.4 Depositi/grossisti

Nel corso dell'anno 2022 sono stati ispezionati Depositi e Grossisti presenti sul territorio di ATS Brianza ai sensi del Dl.gs 219/06.

Con riferimento alla DGR n. 1046 DEL 17/12/2018 al punto 7.1.15 "Vigilanza su depositi e grossisti", i grossisti di medicinali devono essere ispezionati almeno una volta ogni 2 anni mentre i depositi almeno una volta ogni 5 anni.

Attività 2022	Modalità di attuazione	Esiti attività svolta 2022												
<p>Visita ispettiva in presenza presso il magazzino secondo le modalità previste da normativa vigente attraverso le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vigilanza ispettiva ordinaria in base all'ultima ispezione effettuata; • vigilanza ispettiva straordinaria a seguito di segnalazioni senza preavviso; • vigilanza preventiva (con preavviso) per rilascio autorizzazioni per nuova apertura/trasferimento/ampliamento locali. <p>Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo: la programmazione delle visite ispettive è stata eseguita in funzione della data dell'ultima ispezione effettuata o in funzione delle segnalazioni ricevute.</p>	<p>Considerato lo scenario epidemiologico determinato dalla pandemia SARS-COV-2 che ha prorogato lo stato di emergenza al primo trimestre del 2022, al fine di garantire la continuità dell'attività istituzionale di controllo e vigilanza ispettiva ed autorizzativa di ATS sulle strutture erogatrici di farmaci, è stato necessario rimodulare la gestione dell'attività di vigilanza in ambito farmaceutico sui rimanenti 9 mesi dell'anno. Pertanto il numero dei Depositi/Grossisti ispezionati nel corso del 2022 è stato di n.4 (dato rimodulato sul totale presente sul territorio di ATS Brianza al 31/12/2021).</p> <p>Modalità di campionamento: <u>-vigilanza ispettiva ordinaria</u> (programmabile con preavviso); il campione è stato selezionato in funzione della data dell'ultima ispezione effettuata garantendo la vigilanza biennale per i grossisti e ogni 5 anni per i depositi; <u>- vigilanza ispettiva preventiva</u> (programmabile con preavviso sulla base delle istanze di apertura pervenute); <u>- vigilanza ispettiva straordinaria</u> (programmabile sulla base delle segnalazioni pervenute).</p> <p>Sulla base della normativa vigente (DGR n. 1046 DEL 17/12/2018 al punto 7.1.15 "Vigilanza su depositi e grossisti"), è stato ispezionato il 30% dei grossisti presenti sul territorio afferente ad ATS Brianza e non ispezionato nel corso dell'anno precedente ed i depositari non ispezionati nel corso del quadriennio 2018-2021 al fine di ispezionare il 50% nel corso dell'anno 2022.</p> <p>La stesura del verbale di accertamento è effettuata tramite format unico garantendo comportamenti ispettivi uniformi su tutto il territorio regionale, prescrivendo eventualmente in loco azioni correttive.</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</p>	<p><i>Visita ispettiva in presenza presso deposito/grossista secondo le modalità previste dalla normativa vigente</i></p> <table border="1" data-bbox="965 380 1516 795"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="965 380 1516 436">Programmazione 2022 rimodulata a decorrere dal 01.04.2022</th> </tr> <tr> <th data-bbox="965 436 1141 526">INDICATORE</th> <th data-bbox="1141 436 1348 526">PROGRAMMATO 2022</th> <th data-bbox="1348 436 1516 526">RAGGIUNTO 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="965 526 1141 660">ISPEZIONI numero di depositi ispezionati in loco</td> <td data-bbox="1141 526 1348 660">n.1/2</td> <td data-bbox="1348 526 1516 660">n.1/2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="965 660 1141 795">ISPEZIONI numero di grossisti ispezionati in loco</td> <td data-bbox="1141 660 1348 795">n.3/13</td> <td data-bbox="1348 660 1516 795">n.3/13</td> </tr> </tbody> </table>	Programmazione 2022 rimodulata a decorrere dal 01.04.2022			INDICATORE	PROGRAMMATO 2022	RAGGIUNTO 2022	ISPEZIONI numero di depositi ispezionati in loco	n.1/2	n.1/2	ISPEZIONI numero di grossisti ispezionati in loco	n.3/13	n.3/13
Programmazione 2022 rimodulata a decorrere dal 01.04.2022														
INDICATORE	PROGRAMMATO 2022	RAGGIUNTO 2022												
ISPEZIONI numero di depositi ispezionati in loco	n.1/2	n.1/2												
ISPEZIONI numero di grossisti ispezionati in loco	n.3/13	n.3/13												

Attività 2022	Modalità di attuazione	Esiti attività svolta 2022
	ATS, la commissione di vigilanza è composta da due farmacisti ATS e un amministrativo oltre ad medico igienista del Dipartimento di Prevenzione/UPG e/o dirigenti veterinari.	

5.1.5 Vigilanza strutture sanitarie e socio-sanitarie

Constatazione e affido di farmaci stupefacenti scaduti presso Strutture Sanitarie e Farmacie (RSA/RSD ambulatori veterinari, Sert, strutture ospedaliere, grossisti).

Attività 2022	Modalità di attuazione	Esiti attività svolta 2022												
<p>Constatazione ed affido stupefacenti: in struttura o presso la sede di ATS BRIANZA previo appuntamento (tenuto conto del parere espresso dal Ministero Salute Ufficio Centrale Stupefacenti con nota prot. ATS Brianza n.57697120/20 del 4/09/2020).</p>	<p>Modalità di campionamento: Il campione è stato selezionato in funzione del n. richieste pervenute dalle farmacie e dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie (RSA/RSD/ASST/SERT/centri veterinari).</p> <p>DESCRIZIONE modalità di attuazione: -Controllo presso la struttura richiedente della corretta tenuta del registro stupefacenti; -Stesura di verbale di constatazione ed affido stupefacenti scaduti non vendibili; -Irrogazione di eventuale sanzione amministrativa con separato verbale di contestazione(SPV) o segnalazione di eventuale notizia di reato all' Autorità giudiziaria competente. Nell' anno 2022 è stato evaso il 100% delle richieste di affido stupefacenti pervenute da parte delle strutture.</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, l'affido è effettuato dal farmacista ATS e un amministrativo oltre ad eventuale personale professionale di ATS Brianza.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Programmazione 2022 rimodulata a decorrere dal 01.04.2022</th> </tr> <tr> <th>INDICATORE</th> <th>N. RICHIESTE 2022</th> <th>RAGGIUNTO 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N. RICHIESTE PERVENUTE - farmacie</td> <td>129</td> <td>129</td> </tr> <tr> <td>- strutture sanitarie e socio sanitarie</td> <td>24</td> <td>24</td> </tr> </tbody> </table>	Programmazione 2022 rimodulata a decorrere dal 01.04.2022			INDICATORE	N. RICHIESTE 2022	RAGGIUNTO 2022	N. RICHIESTE PERVENUTE - farmacie	129	129	- strutture sanitarie e socio sanitarie	24	24
Programmazione 2022 rimodulata a decorrere dal 01.04.2022														
INDICATORE	N. RICHIESTE 2022	RAGGIUNTO 2022												
N. RICHIESTE PERVENUTE - farmacie	129	129												
- strutture sanitarie e socio sanitarie	24	24												

5.1.6 Difformità riscontrate, violazioni contestate presso le farmacie territoriali, parafarmacie, grossisti/depositi

OGGETTO IRREGOLARITÀ	TIPO DI STRUTTURA	RIFERIMENTO NORMATIVO	VALORE NEL CASO DI SANZIONE (Ex art.16 L. 689/81 è ammessa la somma più favorevole al trasgressore, pari al doppio del min o a un terzo del max della sanzione edittale prevista)	INVIO AD ALTRI UFFICI O ORGANI PER COMPETENZA	NUMERO NON CONFORMITÀ
Presenza in servizio farmacista sospeso dall'OdF	Farmacia	art. 119 RD 1265/34 e art 31 RD 1706/38	€ 3098,00	NAS e Ordine dei Farmacisti	2
Anomalie registro entrata-uscita (ex art 60 DPR 309/90)	Farmacia	art. 62 DPR 309/1990 e s.m.i.	€ 500,00	N.A.	1
Irregolarità di ricette ministeriale a ricalco (RMR)	Farmacia	artt. 43 c.II e 45 c.III D.P.R. 309/1990	€ 200,00	N.A.	3
Irregolarità nell'utilizzo del codice univoco	Parafarmacia	Normativa Tracciabilità del Farmaco	N.A.	NAS e Ministero della Salute	2
Presenza in servizio farmacista sospeso dall'OdF	Parafarmacia	DM del 9/03/2012 e DM dell'08/11/2012	N.A.	NAS, Ministero della Salute, Comune di competenza e Ordine dei Farmacisti	1
Irregolarità requisiti strutturali laboratorio galenico	Parafarmacia	DM del 18/11/2003	N.A.	N.A.	1
Irregolarità requisiti tecnico-strutturali locali	Parafarmacia	DM del 9/03/2012 e DM dell'08/11/2012	N.A.	Dipartimento Igiene e Prevenzione ATS Brianza	1
Irregolarità nell'utilizzo della segnaletica	Parafarmacia	DM del 9/03/2012 e DM dell'08/11/2012	N.A.	N.A.	2
Mancata revisione semestrale dei presidi anti-incendio	Grossista	DM 21/09/2021	N.A.	Dipartimento Igiene e Prevenzione ATS Brianza	1
Mancata comunicazione di chiusura attività e rispettivi codici univoci	Grossista e Parafarmacia	Normativa Tracciabilità del Farmaco	N.A.	Ministero della Salute	4
Detenzione farmaci omeopatici (ope legis), deposito senza codice univoco (richiesta approfondimenti)	Deposito	Normativa Tracciabilità del Farmaco	N.A.	Ministero della Salute	1

5.1.7 Farmaceutica convenzionata

Controlli DPC (Distribuzione Per Conto)

Attività 2022	Modalità di attuazione	Esiti attività svolta 2022									
<p>CONTROLLO DPC Mensilmente, sulla 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. Inoltre nel corso delle visite ispettive ordinarie delle farmacie viene effettuato il controllo delle "ricette aperte da oltre 30 giorni "sul gestionale WEBDPC e ove si riscontrassero ricette "aperte" da più di 12 mesi potrebbe comportare, l'addebito del costo di acquisto del farmaco.</p>	<p>I controlli sono stati effettuati senza preavviso da remoto, attraverso i portali Web-DPC e Farmavision. Sono state verificate le ricette relative ai farmaci erogati in DPC attraverso le farmacie. È stato controllato il 100% delle ricette DPC "aperte" o "chiuse" che risultano spedite ma non contabilizzate in webdpc da oltre 1 anno. Gli esiti dei controlli vengono comunicati alle farmacie via PEC per i seguiti di competenza.</p> <p>L'équipe di vigilanza che effettua i controlli da remoto è composta da un farmacista ed un amministrativo del servizio farmaceutico.</p> <p>Nel 2022 si sono conclusi i controlli relativi all'annualità gennaio 2020 / gennaio 2021.</p>	<p><i>Controllo ricette DPC eseguito da remoto</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICATORE</th> <th>PROGRAMMATO 2022</th> <th>RAGGIUNTO 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ricette DPC "aperte" o chiuse non contabilizzate da oltre 1 anno.</td> <td>41</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>GENNAIO 2020-2021</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	INDICATORE	PROGRAMMATO 2022	RAGGIUNTO 2022	Ricette DPC "aperte" o chiuse non contabilizzate da oltre 1 anno.	41	100%	GENNAIO 2020-2021		
INDICATORE	PROGRAMMATO 2022	RAGGIUNTO 2022									
Ricette DPC "aperte" o chiuse non contabilizzate da oltre 1 anno.	41	100%									
GENNAIO 2020-2021											

DCR-FUR

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.

Attività 2022	Modalità di attuazione	Esiti attività Svolta 2022						
<p>CONTROLLO DCR -FUR Mensilmente viene effettuato da remoto il controllo e la liquidazione dell'importo esposto in DCR-FUR delle farmacie territoriali tramite gli applicativi FARMA 2017 e GPI Euis (applicativo contabile) secondo il calendario regionale di tutte le farmacie convenzionate.</p>	<p>Le farmacie inviano mensilmente la DCR/FUR entro la data definita da Regione e successivamente si modifica/conferma l'importo da liquidare.</p> <p>Modalità di campionamento Tutte le farmacie pubbliche e private che presentano le DCR-FUR ogni mese.</p> <p>L'équipe di vigilanza che effettua i controlli da remoto è composta da un farmacista e 4 amministrativi del servizio farmaceutico.</p>	<p><i>Controllo e pagamento DCR –FUR eseguito da remoto</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICATORE</th> <th>PERVENUTE 2022</th> <th>RAGGIUNTO 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>n. DCR -FUR</td> <td>3.960</td> <td>3.960</td> </tr> </tbody> </table>	INDICATORE	PERVENUTE 2022	RAGGIUNTO 2022	n. DCR -FUR	3.960	3.960
INDICATORE	PERVENUTE 2022	RAGGIUNTO 2022						
n. DCR -FUR	3.960	3.960						

Controlli contabili sulle ricette

Attività 2022	Modalità di attuazione	Esiti attività svolta 2022						
<p><u>Controllo contabile sulle ricette</u> L'attività consiste nell'eliminazione dei ritardi nella conciliazione delle differenze contabili che emergono a fronte dei controlli svolti sulle ricette, postumi al pagamento anticipato delle distinte contabili, così come previsto dalla legge convenzionale 371/1998.</p> <p>Tramite il progetto "Un team per le Asl" si è provveduto al recupero delle differenze contabili pregresse nel periodo 2008-2015, con la facoltà da parte delle farmacie di rateizzazione delle somme in addebito/accredito. Ad Aprile 2021 sono state rilasciate le prime lettere relative agli anni contabili 2015 (ricette dematerializzate) e 2016 (dem e RUR) che sono state analizzate e il contraddittorio con le farmacie si è concluso nel dicembre 2022.</p>	<p>Nell'anno 2022 sono stati eseguiti i controlli per le annualità 2015(ricette DEM)/2016(ricette cartacee e DEM) e sono state concluse le fasi di controllo sui dati contenuti nelle prime lettere, tramite la gestioni dei contraddittori con le farmacie ed infine si è data comunicazione alle stesse mediante PEC degli importi definitivi da applicare in addebito/accredito</p>	<p><i>Controllo contabile sulle ricette</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICATORE</th> <th>n. PRIME LETTERE ANALIZZATE</th> <th>% RAGGIUNTO 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>n. prime lettere Anno -2015 -2016</td> <td>556 556</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	INDICATORE	n. PRIME LETTERE ANALIZZATE	% RAGGIUNTO 2022	n. prime lettere Anno -2015 -2016	556 556	100%
INDICATORE	n. PRIME LETTERE ANALIZZATE	% RAGGIUNTO 2022						
n. prime lettere Anno -2015 -2016	556 556	100%						

Controllo tecnico delle ricette tramite Commissione farmaceutica aziendale

Attività 2022	Modalità di attuazione	Esiti attività svolta 2022
<p><u>CONTROLLO CFA</u> La Commissione Farmaceutica Aziendale (CFA) è un organismo indipendente che opera ai sensi del DPR 371/98 e che viene convocato secondo normativa e si riunisce in presenza per la verifica puntuale delle ricette SSN e dei moduli sostitutivi.</p>	<p>1 seduta/anno per ciascuna Commissione.</p> <p>Modalità di campionamento Sono state selezionate ed esaminate tutte le farmacie, pubbliche e private, interessate da ricette irregolari nel periodo di riferimento secondo i dati estratti da ARIA SPA. Il flusso di riferimento è costituito dal tracciato FUR/Consolidato delle prescrizioni SSN per cui le farmacie pubbliche o private del territorio di ATS Brianza, richiedono mensilmente il rimborso ARIA/Lispa ha estratto tutte le ricette</p>	<p>Nel corso dell'anno 2022 le CFA hanno effettuato n.3 sedute e sono state elevate contestazioni a n. 318 farmacie sia pubbliche che private di tutto il territorio di ATS Brianza</p>

Attività 2022	Modalità di attuazione	Esiti attività svolta 2022
	<p>SSN ed i moduli sostitutivi ritenuti irregolari e pubblicati sull'apposito applicativo dedicato "Farmavision" e trasmesso le ricette RUR cartacee presso la sede ATS.</p> <p>Le ricette ed i moduli equipollenti ritenuti irregolari sono stati estratti, suddivisi e pre-esaminati dal personale Serv. Farmaceutico in funzione della seduta della Commissione Farmaceutica Aziendale convocata secondo le modalità dettate dal DPR 371/98.</p> <p>Al termine, viene redatto un verbale sottoscritto dalle parti, che viene trasmesso, secondo normativa vigente, alla UO farmacovigilanza e monitoraggio prescrizioni per il successivo addebito (parziale o totale) o la riconsegna alle farmacie per la regolarizzazione.</p> <p>L'équipe di vigilanza Componenti della Commissione Farmaceutica Aziendale - 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)</p> <p>Nel 2022 si sono conclusi i controlli relativi al II semestre dell'anno 2020 ed al I semestre dell'anno 2021.</p> <p>Nel corso dell'anno 2022 la CFA ha effettuato n. 3 sedute con la sottoscrizione di relativi 3 verbali</p>	

5.1.8 Monitoraggio della spesa farmaceutica e dell’appropriatezza prescrittiva in materia di assistenza farmaceutica

Attività 2022	Modalità di attuazione	Esiti attività Svolta 2022				
<p>L’attività consiste nel porre in atto le azioni necessarie al fine del raggiungimento dell’analisi della spesa farmaceutica prodotta dalle farmacie pubbliche e private convenzionate insistenti sul territorio di ATS Brianza propedeutica al controllo del rispetto del tetto della spesa farmaceutica per acquisiti diretti sancita dell’art.1 comma 281 della L. 30.12.2021 n.234 e obiettivo delle regole di sistema di R.L per il biennio 2022/2023</p> <p>Le fonti documentali utilizzate per monitorare la % DDD per farmaci equivalenti derivano dai report pubblicati sul portale regionale FarmaVision (report BMK1 “Benchmarking ASL vs Regione” per prescrizioni dei farmaci a brevetto scaduto “equivalenti” (canale standard), report BMK2 “Benchmarking ASL vs Regione std+DPC” per prescrizioni dei farmaci a brevetto scaduto “equivalenti” (canale standard e DPC) e report BIOREP “Biosimilari” consente di verificare la penetrazione del farmaco biosimilare (BIO=Biosimilari ORIG=Originatori BREV=Altre con brevetto).</p> <p>La spesa farmaceutica convenzionata verrà monitorata mensilmente tramite il portale FARMA 2017.</p>	<p>Invio nota informativa entro dicembre 2023 ai MMG/PLS e specialisti del territorio ATS Brianza sull’utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco brand.</p>	<table border="1" data-bbox="1027 416 1447 506"> <thead> <tr> <th data-bbox="1027 416 1219 450">INDICATORE</th> <th data-bbox="1219 416 1447 450">RAGGIUNTO 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1027 450 1219 506">Invio nota informativa</td> <td data-bbox="1219 450 1447 506">0</td> </tr> </tbody> </table>	INDICATORE	RAGGIUNTO 2022	Invio nota informativa	0
INDICATORE	RAGGIUNTO 2022					
Invio nota informativa	0					

5.1.9 Monitoraggio dei piani terapeutici (PT)

Attività 2022	Modalità di attuazione	Esiti attività svolta 2022															
<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. Da anni Regione Lombardia punta all'informatizzazione dei PT, in modo da permettere controlli <i>ex-ante</i> dell'appropriatezza prescrittiva (blocco all'origine su inappropriata/incongruenza/incompletezza dati) e favorisce la diffusione di una medesima piattaforma informatica a livello regionale: "PT-OnLine".</p>	<p>ATS Brianza, fin dal 2017, ha provveduto ad uniformare l'utilizzo di tale software impegnandosi a rendere tale risorsa maggiormente fruibile da tutte le strutture Pubbliche e Private accreditate del territorio, anche rimuovendo, negli anni, diversi eventi formativi ECM.</p> <p>Inoltre, far data da gennaio 2021, ATS Brianza ha introdotto in via sperimentale e per prima a livello regionale, l'utilizzo del sistema "PT-onLine" per la prescrizione della "Nota 97" anche da parte dei MMG del territorio.</p> <p>Nel corso del 2022 è stata formata la platea dei nuovi prescrittori organizzando eventi formativi ECM (FAD Sincrona 27/01/2022, 2 FAD Asincrone marzo-settembre 2022) rivolti a medici specialisti e di medicina generale per la prescrizione della "Nota 97" e "Nota 100".</p> <p>Sempre nel 2022 sono stati adottati a livello nazionale nuovi PT e PTE (Piani Terapeutici Elettronici) quali Nota 97, 99, 100 e Paxlovid e di concerto con le altre ATS di Regione Lombardia si è allineato il sistema PT-OnLine ai nuovi interventi normativi.</p> <p>È stato fornito supporto sia ai medici prescrittori che alle Strutture erogatrici per l'abilitazione ed il corretto utilizzo del Sistema PT-OnLine ed il risultato di tali azioni è stato un incremento delle Strutture sanitarie abilitate alla prescrizione dei PT informatizzati e del n° dei PT redatti on-line, come si evince dalla tabella riportata.</p>	<table border="1" data-bbox="967 396 1509 703"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="967 396 1509 434">Piani Terapeutici OnLine</th> </tr> <tr> <th data-bbox="967 434 1214 501">Indicatore</th> <th data-bbox="1214 434 1366 501">ANNO 2021</th> <th data-bbox="1366 434 1509 501">ANNO 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="967 501 1214 568">n° strutture sanitarie abilitate</td> <td data-bbox="1214 501 1366 568">10</td> <td data-bbox="1366 501 1509 568">16</td> </tr> <tr> <td data-bbox="967 568 1214 636">n° utenti abilitati</td> <td data-bbox="1214 568 1366 636">3089</td> <td data-bbox="1366 568 1509 636">3083</td> </tr> <tr> <td data-bbox="967 636 1214 703">n° PT emessi</td> <td data-bbox="1214 636 1366 703">26043</td> <td data-bbox="1366 636 1509 703">33882</td> </tr> </tbody> </table>	Piani Terapeutici OnLine			Indicatore	ANNO 2021	ANNO 2022	n° strutture sanitarie abilitate	10	16	n° utenti abilitati	3089	3083	n° PT emessi	26043	33882
Piani Terapeutici OnLine																	
Indicatore	ANNO 2021	ANNO 2022															
n° strutture sanitarie abilitate	10	16															
n° utenti abilitati	3089	3083															
n° PT emessi	26043	33882															

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

Attività 2022	Modalità di attuazione	Esiti attività svolta 2022									
<p>Verifica delle schede ADR (Adverse Drug Reaction) pervenute al responsabile locale di farmacovigilanza di ATS Brianza da parte di pazienti/cittadini, operatori sanitari (MMG/PdF, farmacisti, medici infermieri di strutture sanitarie private, accreditate e non (es. Case di Cura, Poliambulatori e ambulatori diagnostici, studi medici/dentistici) e strutture socio-sanitarie (es. RSA/RSD) afferenti al territorio di ATS Brianza.</p> <p>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.</p> <p>Le schede ADR vengono controllate rispetto alla presenza ed alla congruenza dei dati fondamentali per l’inserimento nella rete nazionale di FV (es. paziente, reazione avversa, medicinale, segnalatore, n. di lotto per i vaccini/biologici).</p> <p>Strumenti operativi utilizzati: Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNFV) Banca dati medicinali (es. “Gallery” di Farmadati o CODIFA)</p> <p>L’attività di controllo si è svolta quotidianamente con il vincolo di 7 giorni per l’inserimento in RNFV dalla data di ricezione delle schede ADR da 1 Farmacista (responsabile locale di FV) 1 Farmacista borsista (part-time)</p>	<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>Molto importante è stato il ruolo della FV durante la campagna vaccinale contro COVID-19, soprattutto in relazione alle numerose segnalazioni di sospette reazioni avverse provenienti da assistiti e operatori sanitari del territorio.</p> <p>Per far a fronte al forte incremento del n° di segnalazioni avverse riscontrato a causa della vaccinazione massiva anti-covid-19, per il 2022, si è registrato una riduzione del n° di schede ADR segnalate anche dovuta all’introduzione dei nuovi sistemi AIFA.</p>	<table border="1" data-bbox="995 389 1481 593"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="995 389 1481 456">Segnalazioni ADR</th> </tr> <tr> <th data-bbox="995 456 1201 524">ITEMS</th> <th data-bbox="1201 456 1342 524">ANNO 2021</th> <th data-bbox="1342 456 1481 524">ANNO 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="995 524 1201 593">N° ADR validate in RNFV</td> <td data-bbox="1201 524 1342 593">1044</td> <td data-bbox="1342 524 1481 593">309</td> </tr> </tbody> </table>	Segnalazioni ADR			ITEMS	ANNO 2021	ANNO 2022	N° ADR validate in RNFV	1044	309
Segnalazioni ADR											
ITEMS	ANNO 2021	ANNO 2022									
N° ADR validate in RNFV	1044	309									

5.1.11 Controllo della spesa e dei consumi relativi al file F

Attività 2022	Modalità di attuazione
<p>Relativamente ai controlli “FILE F”, salvo ulteriori nuove istruzioni, ci si attiene alle indicazioni regionali tempo e per tempo vigenti.</p> <p>Relativamente alle modalità di effettuazione dei controlli, si fa presente che a seguito dell'emergenza pandemica da SARS-Cov-2, per ovviare alle difficoltà di accesso alle strutture sanitarie, a partire dal 2020, è stata implementata la realizzazione delle verifiche “da remoto”, senza effettuare accessi alle Strutture.</p> <p>Tale modalità si è rivelata comoda ed efficace soprattutto per le verifiche del File F in “Tipologia 15” in quanto sono stati trasmessi alle Strutture i record oggetto di verifica, chiedendo di motivare tali rendicontazioni o scostamenti, inviando la documentazione contabile a supporto. A seguito della disamina, da parte dell'U.O. farmacovigilanza e monitoraggio Prescrizioni, delle note di credito trasmesse, sono stati sottoscritti i relativi verbali in modalità digitale.</p> <p>Considerato, però, il miglioramento dell'emergenza pandemica, su specifica richiesta dell'Ente o quando la situazione particolare lo richiedesse, i controlli sono stati effettuati anche in loco.</p> <p>Per l'anno 2022, i controlli File F sono indirizzati a quanto riportato nelle regole di sistema di Regione Lombardia: premesso che la scheda AIFA ha validità in quanto documento prescrittivo, permettendo dopo la valutazione clinica l'erogabilità a carico del SSN di farmaci ad alto costo, la cui compilazione, essendo atto medico, è responsabilità del clinico prescrittore, si confermano per l'anno 2022 le seguenti attività per le ATS, ASST, IRCCS pubblici, privati e case di cura convenzionate a contratto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il controllo della prescrizione/erogazione/rendicontazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (e quindi dall'indicazione, innovativa o meno) su tutti i farmaci innovativi con accesso al fondo (fondi AIFA oncologici e non oncologici): 100% - con verifica puntuale a carico dell'ATS del reale costo sostenuto da parte della struttura. 	<p>L'analisi è stata condotta sul tracciato File F consolidato che viene trasmesso tramite SMAF a conclusione di ogni mese contabile da parte delle Strutture erogatrici pubbliche o private accreditate e poi pubblicato mensilmente sul portale dedicato di ATS.</p> <p>Per tale motivo le verifiche sono state essere effettuate solo in funzione della disponibilità di tale flusso consolidato ed ovviamente i dati relativi all'intero anno solare vengono trasmessi il mese susseguente (comunque di solito entro il 28 febbraio dell'anno successivo), motivo per cui le attività di controllo si concludono nell'anno seguente a quello oggetto di verifica.</p> <p>All'inizio del 2022, sono stati portati a compimento i controlli sull'annualità 2021 come di seguito meglio dettagliato:</p> <p>Il controllo è stato condotto in tutte le strutture (100%) che hanno rendicontato nel tracciato file dell'anno 2021, medicinali innovativi con accesso al fondo (fondi AIFA oncologici e non oncologici) e prestazioni farmaceutiche in “Tipologia 15” ed è stata effettuata la verifica puntuale di tutti i record estratti (100% del campione).</p> <p>Dalle verifiche effettuate si può evincere la complessiva bontà del dato rendicontato nel File F oggetto di controllo: meno del 2% dei record presentava anomalie. Per tutti i record difformi sono stati richiesti la modifica o l'annullamento del record entro i termini indicati da Regione Lombardia.</p>

Esiti attività svolta 2022 Controlli File F

TIPO di CONTROLLO	N. STRUTTURE VERIFICATE	N. controlli da remoto/N° controlli effettuati	N. RECORD VERIFICATI	N. record con anomalie	% anomalie	VALORE RIMBORSO
Tipologia 15	3	2 su 3	88	1	1%	1.105.525,40 €
Innovativi	5	1 su 5	5681	99	2%	n.a.

5.2 Protesica

5.2.1 Appropriately prescrivibile

Nella Tabella 27 è riassunto il numero dei Medici verso i quali si è provveduto ad una verifica documentale dei “requisiti generali”, necessaria per l’attribuzione delle credenziali di prescrizione di ausili e protesi.

Delle n.101 istanze pervenute, solo 3 non sono state valutate conformi ai requisiti previsti dalla norma con la conseguente non attribuzione delle credenziali di prescrizione. Si è trattato di 2 Medici di Medicina Generale “sostituiti” del MMG titolare per un breve periodo e di 1 Medico Fisiatra in libera professione presso una Residenza Sanitaria Assistenziale, priva di convenzione con la Struttura Privata Accreditata in cui lo stesso Medico lavora come dipendente.

Tabella 27 - Medici prescrittori

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITÀ OPERATIVA	CONTROLLI ESEGUITI ESITI																	
Requisiti Prescrittori e Gestione Elenchi	Verifica da remoto sulla base di format di autocertificazione dei requisiti generali (scheda dati Medico) di tutte le nuove richieste di inserimento, cancellazione e variazione di Medici specialisti provenienti da strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, nonché dai medici di medicina generale e dalle diverse articolazioni organizzative delle ASST (Direzioni di presidio ospedaliero, Distretti, ecc.).	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipologia prescrittore</th> <th>Gestiti Aa 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MMG ATS</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>ASST LECCO</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>ASST BRIANZA</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>ASST MONZA</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ALTRE STRUTT. ACC.TE</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>MEDICI RSA</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Totale</td> <td>101</td> </tr> </tbody> </table>	Tipologia prescrittore	Gestiti Aa 2022	MMG ATS	19	ASST LECCO	34	ASST BRIANZA	18	ASST MONZA	8	ALTRE STRUTT. ACC.TE	17	MEDICI RSA	5	Totale	101	
Tipologia prescrittore	Gestiti Aa 2022																		
MMG ATS	19																		
ASST LECCO	34																		
ASST BRIANZA	18																		
ASST MONZA	8																		
ALTRE STRUTT. ACC.TE	17																		
MEDICI RSA	5																		
Totale	101																		
		Pari al 6,35% dei medici prescrittori di ATS Brianza																	

Nella Tabella 28 è riassunto il numero dei Centri Prescrittori privati e accreditati (ALTRE STRUTT. ACC.TE) con il SSR ed RSA verificate nel corso dell’anno 2022. Si tratta di Strutture Sanitarie che hanno richiesto le credenziali di prescrizione di ausili e protesi per i Medici in esercizio presso di loro.

Tutte le strutture verificate sono risultate conformi allo stato di accreditato da ATS Brianza con il SSR.

Tabella 28 - Centri prescrittori

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITÀ OPERATIVA	CONTROLLI ESEGUITI ESITI									
Requisiti di Centri di Prescrizione	Di norma non sono previsti controlli presso i centri di prescrizione; le verifiche di tipo documentale e da remoto, hanno considerato in modo sistematico tutte le strutture sanitarie richiedenti una variazione o nuove istanze di assegnazione delle credenziali ai medici prescrittori. Si è provveduto nello specifico a verificare la condizione dello stato di "autorizzato/accreditato" per le strutture private ed RSA ai medici prescrittori.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo</th> <th>Gestiti Aa 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>STRUTT ACC.TE</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>RSA</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Totale</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	Tipo	Gestiti Aa 2022	STRUTT ACC.TE	7	RSA	4	Totale	11	
Tipo	Gestiti Aa 2022										
STRUTT ACC.TE	7										
RSA	4										
Totale	11										
		Pari al 8,87% dei centri prescrittori di ATS Brianza									

Tra i prodotti appartenenti alla categoria di PROTESICA MAGGIORE STANDARD ricordiamo le ortesi e le protesi, gli ausili per la deambulazione, gli ausili per adattamento alla casa (letti, sollevatori, etc.), mentre appartengono alla categoria DIAB.AUTOMONIT.GLIC. i glucometri, dispositivo di sparo e lancette pungidito, reagenti per glicemia e glicosuria, corpi chetonici, etc.

La risultanza mette in evidenza la bassa percentuale delle prescrizioni di Diabete AUTOM che è possibile giustificare dalle attività di rinnovo delle forniture avvenute con automatismo in ottemperanza delle note regionali n. 61282 del 26/10/2021, la nota n. 18668 del 20/04/2022 e n. 39756 del 04/10/2022 e dalla carenza di MMG titolari con credenziali autorizzate all'utilizzo di AssistantRL.

Le prescrizioni cartacee non considerate "inappropriate" sono quelle effettuate da medici appartenenti a strutture non dotate di postazioni SISS, quelle fuori regione Lombardia e le prescrizioni di MMG/PdL sostituiti dei medici titolari o con incarichi provvisori.

Tabella 29 - Prescrizioni

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITÀ OPERATIVA	CONTROLLI ESEGUITI ESITI	
Monitoraggio prescrizioni online vs cartacee	Il monitoraggio ha considerato il numero delle prescrizioni on line rispetto al totale delle "nuove" prescrizioni e dei "rinnovi" di forniture inseriti nel portale AssistantRL nell'anno 2022. Sono state vagliate le prescrizioni delle categorie Protesica STD e Diabetica Automonitoraggio.	Protesica STD	
		n. presc. on-line	
		ASST Brianza	5961
		ASST Lecco	4918
		ASST Monza	1317
		Totale	6235
		Diabete AUTOM	
		n. presc. on-line	
		ASST Brianza	3663
		ASST Lecco	1275
		ASST Monza	624
		Totale	1899
Protesica STD: Pari al 75,5% delle prescrizioni totali			
Diabete AUTOM: Pari al 27,72% delle prescrizioni totali			

5.2.2 Appropriately erogativa

Nella Tabella 30 si riassume il numero dei Fornitori gestiti nel corso dell'anno 2022. La gestione ha comportato per 2 esercizi la variazione dei dati in AssistantRL di cui solo 1 con cambio ragione sociale.

Le rimanenti attività sono state rivolte alla verifica e attribuzione di credenziali a favore di tecnici in servizio presso gli esercizi di ortopedia e audio protesica. Non si sono riscontrate non conformità nella documentazione esaminata. La percentuale del 6/8 % è in linea con la richiesta prevista DGR n. 2672/2019 – Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2020.

Tabella 30 - Vigilanza fornitori

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITÀ OPERATIVA	CONTROLLI ESEGUITI ESITI											
Accreditamento nuovi fornitori e mantenimento requisiti di accreditamento.	Verifica da remoto della documentazione specifica e format di autocertificazione dei requisiti di accreditamento (Riferimento normativo DGR n. 8730/2008 DGR n. 6917/2017), per tutte le nuove istanze e in occasione della segnalazione di variazione anagrafica o stato giuridico, per i fornitori già presenti nell'elenco regionale. La verifica è rivolta alla completezza e correttezza documentale (scheda fornitore).	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1058 712 1278 763">Tipo</th> <th data-bbox="1278 712 1445 763">Gestiti Aa 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1058 763 1278 808">AUDIOPROTESI</td> <td data-bbox="1278 763 1445 808">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1058 808 1278 853">OTTICI</td> <td data-bbox="1278 808 1445 853">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1058 853 1278 898">ORTOPEDICI</td> <td data-bbox="1278 853 1445 898">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1058 898 1278 936">Totale</td> <td data-bbox="1278 898 1445 936">7</td> </tr> </tbody> </table>		Tipo	Gestiti Aa 2022	AUDIOPROTESI	4	OTTICI	1	ORTOPEDICI	2	Totale	7
		Tipo	Gestiti Aa 2022										
		AUDIOPROTESI	4										
		OTTICI	1										
		ORTOPEDICI	2										
Totale	7												
Pari al 6,8 % dei fornitori censiti in ATS Brianza													

5.2.3 Gestione elenchi

Si è provveduto infine all'aggiornamento e alla pubblicazione sul sito di ATS Brianza dell'elenco fornitori accreditati e autorizzati all'erogazione dei dispositivi protesici su misura o personalizzati al bisogno degli Assistiti per la consultazione dei cittadini. L'ultimo aggiornamento al 31/12/2022 conta n. 93 Fornitori.

6. ALTRE AREE DI CONTROLLO

6.1 Cure primarie

6.1.1 Appropriatelyzza

Le verifiche sull'appropriatelyzza hanno interessato:

1. PiPP con particolare riferimento alle prime e alle medicazioni successive e pLafond prestazioni per i PLS; (individuati 25 MMG)
2. ADP - verifica contenuti scheda medica e la frequenza degli accessi in particolare quindicinali e settimanali che non costituiscono più opzione di ADP; (verificati 120 MMG)
3. ADI - verifica documentazione piani di cura; (individuati e verificati 30 MMG)
4. Tamponi - verifica appropriatelyzza rispetto alla casistica. (verifica degli scostamenti rispetto alla media ed interlocuzione con il medico. Casistica individuati pari a 40 professionisti)

L'applicativo aziendale (SISOSA) supporta lo svolgimento di questa attività di controllo con particolare riferimento agli aspetti qualitativi di ADP e ADI. L'applicativo infatti mette in condizione il medico convenzionato di caricare nel sistema le proposte di attivazione di accessi domiciliari ai pazienti selezionati e, al medico del Dipartimento, di verificare la scheda paziente compilata dal curante (completa della patologia dell'assistito), consentendo di validare le richieste di accesso del medico al domicilio anche in termini di frequenza e periodicità (numero massimo di accessi domiciliari mensili). Il sistema, attraverso appositi blocchi di controllo, non dà la possibilità al medico convenzionato di rendicontare accessi in eccedenza rispetto al numero delle prestazioni mensili autorizzate.

Ogni mese viene prodotto un report complessivo di tutte le prestazioni effettuate dai medici, suddiviso per singola tipologia, in modo da poter definire opportuni parametri (media/mediana di periodo anche su base storica) per singola prestazione, sia sul singolo professionista che tra professionisti, e calcolarne gli scostamenti. Tali analisi informano i successivi approfondimenti e verifiche, anche attraverso il confronto diretto con il professionista e l'intervista telefonica agli assistiti o ai loro caregiver.

Nello specifico con il comitato aziendale si sono condivisi i criteri che sottendono l'attivazione di ADP quindicinali o mensili concedendo al MMG un periodo tempo (rispettivamente 3 e 1 mese) per attivare l'opzione assistenziale più appropriata.

Se quanto sopra è riferito ai MMG in sede di verifiche di PLS si è continuato ad intervenire sui volumi massimi di prestazioni così come individuati dall'AIR 2020, generando un sistema di alert nel caso di sforamenti da parte pediatra, coinvolgendolo peraltro in una verifica dei criteri di selezione. Su 150 PLS il numero di pediatri richiamati sono stati 15.

L'équipe che procede a queste verifiche è composta da n. 1 medico e n. 4 operatori amministrativi.

6.1.2 Controlli area contrattuale

All'atto dell'inserimento di un nuovo medico convenzionato a tempo indeterminato, è stato verificato (35 casi) il materiale documentale (autocertificazione e iconografia) in merito al possesso dei requisiti igienico-strutturali, compresa la messa a norma degli impianti previsti per gli studi ambulatoriali, così come definiti rispettivamente dagli A.A.C.C.N.N. della medicina generale e della pediatria di famiglia.

Viene altresì verificato che il medico convenzionato produca dichiarazione in merito al possesso di certificazione relativa all'adeguatezza dell'impianto elettrico, rilasciata da soggetto competente, in ottemperanza a quanto previsto nel caso di presenza e utilizzo di apparecchiature elettromedicali.

Sono stati effettuati 10 controlli in loco nello studio del medico ordinari e/o a seguito di segnalazione.

6.1.3 Segnalazioni dei cittadini per gravi omissioni convenzionali o per irreperibilità del medico

Tutte le segnalazioni dei cittadini per omissioni convenzionali o per irreperibilità del medico, che vengono trasmesse al Dipartimento per il tramite dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, sono oggetto di istruttoria da parte un Dirigente medico che attiva sempre specifica interlocuzione con il professionista oggetto di segnalazione.

A seguito delle controdeduzioni espresse dal medico convenzionato sul caso specifico, il Dirigente medico predispone una nota di riscontro che viene inviata ad URP per la successiva trasmissione al cittadino segnalante. In ragione del tipo di omissione, o di altra non conformità rilevata, il processo di verifica può, ovviamente, esitare in denuncia del comportamento del medico alla Procura della Repubblica, all'Ordine dei Medici e all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

Nel finale del 2022 si è provveduto oltre all'istituzione dell'UDP anche a comminare una sanzione di sospensione di un MMG per mesi 1 (uno), nonché due segnalazioni all'autorità giudiziaria.

6.1.4 Verifica della qualità delle carte dei servizi prodotte dai medici

La particolare e importante movimentazione nell'ambito della medicina generale, a causa dei numerosi pensionamenti, esita anche in operazioni di aggiornamento e verifica delle carte dei servizi presentate dai professionisti, sia all'atto del loro insediamento, sia della loro cessazione in caso di medico facente parte di medicina in associazione.

L'aggiornamento e la verifica delle carte dei servizi vengono svolti ai sensi delle norme regolamentari dell'ACN, al fine di accertare la corrispondenza dei documenti ai dettami convenzionali, in particolare per quanto attiene l'accessibilità allo studio e la reperibilità dei singoli medici; in questo ambito si sono rilevate difformità rispetto in particolare alla contrattabilità sia per MMG sia per PLS con le successive azioni di miglioramento.

6.2 Cure primarie e PNRR

Il contesto organizzativo attuale e soprattutto in fieri, nel dare enfasi al contesto organizzativo e strutturale del territorio, indica il Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e i suoi livelli organizzativi, così come definiti dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN), quale figura di rilevanza strategica per la realizzazione degli obiettivi di potenziamento del territorio e fa seguito a quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dalle indicazioni regionali e nazionali.

Il presidio territoriale (Casa di Comunità) inserisce nell'offerta ambulatoriale diffusa della medicina generale altri spazi (strutture fisiche ed organizzative) che possono dare al medico convenzionato ulteriori strumenti per la cura, l'anticipo diagnostico e l'integrazione socio sanitaria e socio assistenziale.

Oltre all'offerta organizzativa per il territorio, il sistema mette a disposizione dell'équipe del medico convenzionato (infermiere e personale di studio) altre figure professionali quali l'Infermiere di Famiglia e Comunità, i medici Specialisti per le attività di consulto/approfondimento e il personale afferente al sistema socio assistenziale dei comuni.

Nel 2022 si è contribuito all'apertura di una Casa di Comunità, rivedendo le regole di accesso ai sensi dell'A.C.N. A questo si aggiungono 5 momenti di formazione che contribuiranno ad alleggerire le eventuali difformità.

6.3 Presa in carico dei pazienti cronici (PIC)

L'attività di verifica e di controllo per l'anno 2022 ha risentito del panorama regionale laddove è in corso una revisione dell'argomento. La prevista programmazione per l'anno 2022 era stata dettagliata nella tabella di ACSS "Programmazione 2022 (Area presa in carico)" in Allegato 19 al Piano dei Controlli di ATS Brianza 2022 (Decreto ATS Brianza n. 428 del 13/12/2022).

Il territorio dell'ATS fin dall'attivazione del progetto di Presa in Carico dei pazienti cronici, nel 2017, si è sempre contraddistinto per l'elevata adesione da parte dei Medici di Medicina Generale e, grazie alla fattiva collaborazione di tutti gli attori coinvolti, per l'elevato livello di adesione dei pazienti fragili all'arruolamento. Pertanto, la prosecuzione ed il potenziamento dell'implementazione del percorso di presa in carico del paziente cronico, con il coinvolgimento e l'adesione dei nuovi medici inseriti nell'anno 2022 (circa 20 soggetti).

Questo ha consentito anche un supporto significativo rispetto ai programmi vaccinali nell'ultimo biennio.

Per quanto riguarda le attività di verifica e di controllo non si sono rilevate criticità, è stato rispettato il programma. Unico ambito che ha presentato difficoltà tali da minimizzare i risultati è stato l'item di corrispondenza tra PAI e prestazioni effettuate che ha risentito dell'onda lunga post COVID e della contrazione dell'offerta da parte del sistema sofferita da prestazioni in area solventi non così immediato da riscontrare.

6.4 Legge Regionale 8 luglio 2020 n. 15: sicurezza del personale sanitario e sociosanitario

6.4.1 Premessa

La Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute classifica gli episodi di violenza all'interno di strutture sanitarie compiuti da pazienti, da loro parenti o accompagnatori e da visitatori quali eventi sentinella, perché mette in evidenza possibili carenze organizzative e può indicare insufficiente consapevolezza da parte dell'organizzazione del possibile pericolo di violenza.

Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo e logistico, per la revisione dei protocolli in uso e per avviare un'attività di formazione del personale.

Il fenomeno è largamente sottostimato se si considera che il 79,26% degli operatori vittime di violenza non ha presentato denuncia e che il 66% afferma di conoscere episodi di aggressione ai danni di operatori; è dunque evidente che spesso tali eventi sono poco segnalati probabilmente in quanto gli operatori sanitari considerano tale evento "normale come rischio insito nella professione" (indagine ANAAO Assomed anno 2020).

6.4.2 Rendicontazione

Allo scopo di monitorare il fenomeno, ATS Brianza nel 2021 ha partecipato direttamente all'indagine che è stata realizzata dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario (ACSS) e ne ha promosso la diffusione tra le strutture sociosanitarie del territorio oltre ai MMG e PLS, in forma libera o aggregata (personale convenzionato).

Dall'analisi condotta nel corso 2022 sulle risposte della sopracitata indagine 2021 emerge rispetto all'ambito dell'ATS uno scenario di rischio relativamente moderato, visto che nel periodo di indagine non sono pervenute segnalazioni significative relative al verificarsi di agiti aggressivi ai danni degli operatori.

Inoltre il Risk Manager ha raccolto, per il tramite della ACSS, i dati dell'indagine condotta rispetto al personale convenzionato. Da ciò ne è scaturito, anche in questo caso, una valutazione di rischio moderato rispetto all'impatto che tale fenomeno assume in questo contesto lavorativo poiché gli episodi più gravi segnalati dal predetto personale si confinano ad aggressioni di tipo verbale senza scaturire in situazioni più pesanti.

La relazione di sintesi è stata inviata in data 22 novembre 2022 a tutto il personale convenzionato (PLS e MMG).

Inoltre nel mese di dicembre 2022 il Risk Manager, in collaborazione con la Struttura Innovazione e Comunicazione, ha anche realizzato nel mese di dicembre delle locandine che sono state inviate ai medici che operano nella continuità assistenziale affinché vengano esposti negli ambulatori ed il cui messaggio è quello di affermare chiaramente a pazienti, accompagnatori, personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati.



Anche nel 2022 l'ATS Brianza ha partecipato direttamente anche all'indagine promossa da ACSS promuovendone anche in questa occasione l'adesione tra i medici convenzionati e le strutture socio sanitarie territoriali.

Inoltre, poiché la prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede che l'organizzazione sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie ritenute più opportune, il Medico Competente ed il Servizio di Prevenzione e Protezione con la collaborazione del RM hanno predisposto e somministrato nel mese di dicembre 2022 a tutti gli operatori dell'ATS un questionario per la rilevazione di eventi di aggressione e violenza avvenuti di questi ultimi tre anni.

In occasione della somministrazione del questionario è stata ribadita agli operatori di ATS l'importanza che ogni evento aggressivo o violento sia segnalato attraverso la compilazione della scheda di incident reporting che è uno strumento di rilevazione presente sulla intranet aziendale.

6.5 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 2022, i controlli sui TDA programmati da ATS Brianza sono stati:

- monitoraggi MTA nazionali e regionali;
- monitoraggio TDA di cui agli obiettivi DGR n. 5832 del 29/12/2021;
- altri controlli finalizzati al governo dei tempi di attesa.

6.5.1 Monitoraggi MTA nazionali e regionali

Nel 2022 ATS ha effettuato l'attività di verifica periodica prevista dai Monitoraggi Nazionali e Regionali dei tempi di attesa, mediante le seguenti azioni:

- verifica della 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 siano comunicati gli accorgimenti necessari per minimizzare il disagio dell'utenza;
- verifica dell'adesione al monitoraggio semestrale su SMAF delle sospensioni coerentemente alle comunicazioni pervenute;
- verifica della adesione al monitoraggio dei volumi.

6.5.2 Monitoraggio TDA delle prestazioni di cui agli obiettivi DGR n. 5832/2022

L'obiettivo "liste d'attesa" è definito dalla DGR n. 5832 del 29/12/2021 ed indica target incrementali di rispetto del tempo massimo di attesa per i trimestri dell'anno 2022:

- Ricoveri chirurgici oncologici – classe A: I trim.: target 80%; II trim.: target 85%; III trim.: target 85%; IV trim.: target 90%;
- Ricoveri chirurgici non oncologici - tutte le classi: II trim.: target 75%; III trim.: target 80%; IV trim.: target 85%;
- Diagnostica per immagini – tutte le classi: III trim.: target 80%; IV trim.: target 90%;
- Prime visite classe B: II trim.: target 80%; III trim.: target 85%; IV trim.: target 90%.

Per questo obiettivo l'ATS ha coordinato incontri di monitoraggio e confronto con le ASST, durante i quali sono stati analizzati i dati sui tempi di attesa, le principali aree critiche e le possibili azioni di miglioramento, anche promuovendo sinergie e integrazione tra i diversi erogatori.

6.5.3 Altri controlli finalizzati al governo dei tempi di attesa

6.5.3.1 Piano territoriale per il governo dell'attività ambulatoriale e dei tempi di attesa

Per l'anno 2022 Regione Lombardia ha assegnato nell'allegato 13 della DGR n. 6387 del 06/05/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022" alle ATS l'elaborazione di un "Piano territoriale per il governo dell'attività ambulatoriale e dei tempi di attesa, sulla base dell'analisi dei fabbisogni epidemiologici realizzata a livello di distretto. Il piano riporta gli esiti delle negoziazioni con ogni erogatore (ASST ed EEPA) rispetto ad obiettivi di volume (per macroattività), di casistica, di gestione dei percorsi, di governo delle agende, di interventi per migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni effettuate dai propri specialisti e, per le ASST, dal sistema delle cure primarie. I piani vengono sottoposti a regione per approvazione entro il mese di novembre, in modo che possano orientare l'attività contrattuale dell'anno successivo. I piani ricomprendono al loro interno i contenuti dell'attuale piano di governo dei tempi di attesa".

In coerenza con le sopracitate indicazioni regionali, ATS Brianza ha aggiornato e formalizzato il Piano attuativo di governo dei tempi di attesa (PGTA) del 2022 e trasmesso a DGW con protocollo n.0092103/22 del 30.11.2022. Sono state svolte ed incluse nel PGTA le seguenti analisi:

- contesto territoriale - distribuzione territoriale della popolazione per distretto/ambito, genere e classi d'età;
- offerta - punti di erogazione delle prestazioni ambulatoriali, per branca specialistica e per struttura pubblica/privata accreditata a contratto;
- produzione totale delle prestazioni ambulatoriali nel territorio di ATS Brianza, per classificazione Fa-Re e per struttura pubblica/privata accreditata a contratto;
- attrazione e fuga - distribuzione delle prestazioni ambulatoriali per residenza dell'assistito e ubicazione del presidio di erogazione;
- rispetto dei tempi attesa delle prestazioni ambulatoriali, per distretto/ambito;
- analisi sul prescrittore mediante studio del campo "provenienza" del flusso 28 SAN, identificando come macro categorie di prescrittori i Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) e i medici specialisti;
- approfondimenti mirati sulle aree critiche per rispetto dei tempi di attesa: prime visite, prestazioni di diagnostica e BIC.

Il piano descrive inoltre le azioni effettuate nel 2022 da ATS Brianza e quelle previste per il 2023 nell'ambito del governo dei tempi di attesa, sintetizzate nella tabella sottoriportata.

Tabella 31 - Azioni di ATS Brianza per il governo dell'attività ambulatoriale e dei tempi di attesa

	Erogatori coinvolti	Azioni effettuate 2022	Azioni programmate 2023
Azioni di governo dell'offerta	ASST e IRCCS pubblici	Coordinamento e monitoraggio piano per le liste di attesa DGR n. 6002/2022 obiettivo "liste di attesa" DGR n. 5832/2021	Monitoraggio produzione e azioni condivise con le ASST in linea con gli indirizzi di programmazione di RL
		Impegno strategico di durata triennale nell'ambito della redazione del PIAO: governance dell'offerta in ATS Brianza sulla base dell'analisi del bisogno	Istituzione di un tavolo di lavoro con gli stakeholder interni ed esterni per condividere l'analisi dei bisogni di salute e le strategie di miglioramento dell'offerta.

	Erogatori coinvolti	Azioni effettuate 2022	Azioni programmate 2023
	Strutture private accreditate a contratto	Contrattualizzazione dell'obiettivo di incremento della produzione di prestazioni di cui al PNGLA19-21 o aree critiche	Prosecuzione delle azioni relative agli obiettivi di contratto a e alla contrattualizzazione di risorse aggiuntive in coerenza con le indicazioni di RL
		Contrattualizzazione dell'obiettivo di miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni di specialistica ambulatoriale mediante l'apertura in fasce orarie e giornate più favorevoli ai cittadini	
		Bando per prestazioni aggiuntive finalizzate al governo delle liste di attesa ai sensi della DGR n. 6002/2022	
		Impegno strategico di durata triennale nell'ambito della redazione del PIAO: governance dell'offerta in ATS Brianza sulla base dell'analisi del bisogno	Istituzione di un tavolo di lavoro con gli stakeholder interni ed esterni per condividere l'analisi dei bisogni di salute e le strategie di miglioramento dell'offerta.
Percorsi di garanzia per i pazienti oncologici	Strutture di ricovero e cura	Progettazione ed avvio del progetto "Presenza in carico del paziente oncologico: pianificazione, prescrizione e prenotazione del percorso di follow-up all'atto della dimissione"	Prosecuzione come da cronoprogramma del progetto con il follow-up per i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico radicale per tumore dell'utero e per tumore del polmone
Azioni per il controllo e il miglioramento della qualità del flusso informativo	ASST e IRCCS pubblici	Analisi dei dati che derivano dal flusso informativo 28SAN; condivisione con le ASST delle criticità relative alla compilazione del flusso nell'ambito dei tavoli di lavoro periodici	Prosecuzione delle azioni relative all'analisi condivisa dei dati, anche in relazione alle indicazioni di RL
	Strutture private accreditate a contratto	Contrattualizzazione dell'obiettivo di gestione della ricetta dematerializzata e di pubblicazione dei referti	Prosecuzione delle azioni relative agli obiettivi di contratto in coerenza con le indicazioni di RL
		Contrattualizzazione dell'obiettivo di compilazione del campo "diagnosi" nel flusso 28SAN	
Tutti gli erogatori	Avvio studio sulla pubblicazione e prenotabilità delle prestazioni nell'ambito delle attività volte a rilevare la customer satisfaction	Proseguimento dello studio sulla pubblicazione e prenotabilità delle prestazioni nell'ambito delle attività volte a rilevare la customer satisfaction alla luce di quanto emerso nel 2022	
Azioni finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza	Tutti gli erogatori	Analisi da flusso 28 SAN delle modalità di utilizzo delle classi di priorità da parte degli specialisti; condivisione con le ASST mediante tavoli di lavoro periodici	Prosecuzione delle azioni relative all'analisi condivisa dei dati, anche in relazione alle indicazioni di RL

6.5.3.2 Presa in carico paziente chirurgico oncologico

Nell'ambito del 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", ATS Brianza ha concordato con le ASST e la DGW gli indicatori necessari al monitoraggio dell'implementazione del progetto, adeguando la formulazione a quella degli indicatori presenti sul Portale di Governo Regionale, allo scopo di misurare la garanzia di effettuazione delle prestazioni di follow-up nei tempi previsti.

Di seguito la formulazione generale degli indicatori individuati:

- % di prestazioni tracer prescritte da specialista interno
- % di prestazioni tracer effettuate nella stessa struttura

6.5.3.3 Controlli sul raggiungimento degli obiettivi di budget sui Tempi di attesa degli erogatori privati accreditati

Negli accordi contrattuali, sottoscritti tra ATS ed Enti erogatori privati accreditati, sono stati inseriti obiettivi relativi all’offerta sanitaria e ai tempi di attesa.

ATS ha definito un piano sistematico di monitoraggio di tali obiettivi attraverso:

- l’implementazione di un set di indicatori;
- lo sviluppo di una reportistica ad hoc;
- la pianificazione di incontri con gli Erogatori al fine di comprendere eventuali e specifiche situazioni di criticità rispetto al loro raggiungimento.

6.5.3.4 Accessibilità alle prestazioni

Nell’anno 2022 è stato avviato lo studio sulla pubblicazione e sulla prenotabilità delle prestazioni nell’ambito delle attività volte a rilevare il grado di soddisfazione del cliente finale, ovvero il cittadino.

Il cittadino si interfaccia con gli Erogatori all’atto della prenotazione, tramite il portale regionale Prenotasalute (direttamente, su internet, o in farmacia); tale portale consente sia di effettuare la prenotazione delle prestazioni tramite prescrizione elettronica, sia di consultare la disponibilità della prestazione, in termini di tempistica e di distretto di erogazione, al fine di meglio orientare la scelta. Il versante prenotazione è alimentato dalle agende che gli erogatori forniscono periodicamente al CUP regionale, mentre quello di consultazione è alimentato tramite il flusso MOSA (Monitoraggio Offerta Sanitaria), mediante il quale gli erogatori forniscono giornalmente le prime 5 date libere per disponibilità per ogni prestazione.

Partendo dai reclami pervenuti a questa ATS, sono state scelte alcune prestazioni fra quelle più critiche in base alle segnalazioni ricevute e sono state fatte mensilmente delle estrazioni dal portale Prenotasalute, confrontando il dato con gli erogatori per verificare l’effettiva e reale disponibilità delle prestazioni.

Nella tabella seguente sono riportate le rilevazioni effettuate, con la relativa scansione temporale e i risultati in termini di risposta del Sistema al cittadino in base al portale Prenotasalute:

Tabella 32 – Rilevazioni effettuate per la verifica dell’accessibilità alle prestazioni

Rilevazione	Gruppo	Prestazione	Mese	Prestazione disponibile a portale	Volumi disponibilità
1	Endoscopie	45.25 - Colonscopia con endoscopio flessibile	febbraio	sì	32
2		45.25 - Colonscopia con endoscopio flessibile		sì	24
3		45.16 - Esofagogastroduodenoscopia		sì	78
4		45.16 - Esofagogastroduodenoscopia		sì	64
5	RMN	88.92.5 - Cine-RM Cuore	marzo	sì	9
6		88.92.5 - Cine-RM Cuore		sì	4
7	visita	89.7.A7 Prima visita dermatologica		sì	5
8	dermatologica	89.01.7 - Visita dermatologica di controllo		no	-
9	Visita oculistica	95.02 - Prima visita oculistica		sì	12
10		95.02.1 - Visita oculistica di controllo		sì	6

Rilevazione	Gruppo	Prestazione	Mese	Prestazione disponibile a portale	Volumi disponibilità	
11	Visita urologica	89.7.C2 - Prima visita urologica	aprile	sì	11	
12		89.01.Q - Visita urologica di controllo		sì	7	
13	RMN	88.95.5 - RMN addome inferiore SCC		sì	33	
14		88.95.5 - RMN addome inferiore SCC		sì	35	
15		88.93 - RMN colonna		sì	20	
16		88.93 - RMN colonna		sì	18	
17	Visita ortopedica	89.7B.7 - Prima visita ortopedica		sì	101	
18		89.7B.7 - Prima visita ortopedica		sì	38	
19	RMN	88.95.5 - RMN addome inferiore sccc		sì	12	
20		88.95.5 - RMN addome inferiore sccc		sì	13	
21	Visita oculistica	95.02 - Prima visita oculistica		maggio	sì	24
22		95.02.1 - Visita oculistica di controllo			sì	4
23		95.02 - Prima visita oculistica			sì	12
24		95.02.1 - Visita oculistica di controllo	sì		1	
29		95.02 - Prima visita oculistica	giugno		sì	37

L'ulteriore approfondimento ha previsto la verifica dell'effettiva disponibilità mediante contatto diretto con gli Erogatori. La tabella seguente riporta le percentuali di Erogatori che ha confermato almeno una disponibilità esposta, soddisfacendo la richiesta del cittadino.

Tabella 33 – Percentuale di Enti che confermano la disponibilità esposta

Rilevazione	Gruppo	Prestazione	Mese	Enti con disponibilità a portale	Enti che hanno confermato le disponibilità	% Enti che confermano
1	Endoscopie	45.25 - Colonscopia con endoscopio flessibile	febbraio	3	1	33%
2		45.25 - Colonscopia con endoscopio flessibile		2	1	50%
3		45.16 - Esofagogastroduodenoscopia		6	-	0%
4		45.16 - Esofagogastroduodenoscopia		5	-	0%
5	RMN	88.92.5 - Cine-RM Cuore	marzo	2	2	100%
6		88.92.5 - Cine-RM Cuore		2	2	100%
7	Visita dermatologica	89.7.A7 Prima visita dermatologica		2	-	0%
8		89.01.7 - Visita dermatologica di controllo				
9	Visita oculistica	95.02 - Prima visita oculistica		5	1	20%
10		95.02.1 - Visita oculistica di controllo		3	1	33%
11	Visita urologica	89.7.C2 - Prima visita urologica		5	1	20%
12		89.01.Q - Visita urologica di controllo		3	1	33%
13	RMN	88.95.5 - RMN addome inferiore SCC		4	2	50%
14		88.95.5 - RMN addome inferiore SCC		4	2	50%
15		88.93 - RMN colonna		aprile	10	1

Rilevazione	Gruppo	Prestazione	Mese	Enti con disponibilità a portale	Enti che hanno confermato le disponibilità	% Enti che confermano
16		88.93 - RMN colonna		9	1	11%
17	Visita ortopedica	89.7B.7 - Prima visita ortopedica		12	2	17%
18		89.7B.7 - Prima visita ortopedica		10	2	20%
19	RMN	88.95.5 - RMN addome inferiore sccc		4	1	25%
20		88.95.5 - RMN addome inferiore sccc		5	1	20%
21	Visita oculistica	95.02 - Prima visita oculistica	maggio	5	-	0%
22		95.02.1 - Visita oculistica di controllo		2	-	0%
23		95.02 - Prima visita oculistica		4	-	0%
24		95.02.1 - Visita oculistica di controllo		1	-	0%
29		95.02 - Prima visita oculistica	giugno	5	-	0%

Di seguito, per ogni rilevazione, è stato confrontato il numero di Erogatori che hanno reso visibile la disponibilità delle prestazioni con il numero di erogatori che nello stesso periodo hanno rendicontato nel flusso 28/SAN le medesime prestazioni.

Tabella 34 – Erogatori con disponibilità esposta vs Erogatori che hanno rendicontato le prestazioni richieste nello stesso periodo

Rilevazione	Gruppo	Prestazione	Enti erogatori da Portale	Enti che hanno prenotato la prestazione nel mese	% Pubblicazione
1	Endoscopie	45.25 - Colonscopia con endoscopio flessibile	3	8	38%
2		45.25 - Colonscopia con endoscopio flessibile	2	8	25%
3		45.16 - Esofagogastroduodenoscopia	6	8	75%
4		45.16 - Esofagogastroduodenoscopia	5	8	63%
5	RMN	88.92.5 - Cine-RM Cuore	2	5	40%
6		88.92.5 - Cine-RM Cuore	2	5	40%
7	visita dermatologica	89.7.A7 Prima visita dermatologica	2	8	25%
8		89.01.7 - Visita dermatologica di controllo	-	8	0%
9	Visita oculistica	95.02 - Prima visita oculistica	5	12	42%
10		95.02.1 - Visita oculistica di controllo	3	10	30%
11	Visita urologica	89.7.C2 - Prima visita urologica	5	11	45%
12		89.01.Q - Visita urologica di controllo	3	10	30%
13	RMN	88.95.5 - RMN addome inferiore SCC	4	11	36%
14		88.95.5 - RMN addome inferiore SCC	4	11	36%
15		88.93 - RMN colonna	10	14	71%
16		88.93 - RMN colonna	9	14	64%
17	Visita ortopedica	89.7B.7 - Prima visita ortopedica	12	18	67%
18		89.7B.7 - Prima visita ortopedica	10	18	56%
19	RMN	88.95.5 - RMN addome inferiore sccc	4	10	40%

Rilevazione	Gruppo	Prestazione	Enti erogatori da Portale	Enti che hanno prenotato la prestazione nel mese	% Pubblicazione
20		88.95.5 - RMN addome inferiore sccc	5	10	50%
21	Visita oculistica	95.02 - Prima visita oculistica	5	10	50%
22		95.02.1 - Visita oculistica di controllo	2	10	20%
23		95.02 - Prima visita oculistica	4	10	40%
24		95.02.1 - Visita oculistica di controllo	1	10	10%
29		95.02 - Prima visita oculistica	5	11	45%

Se si considera come obiettivo primario quello di assicurare la prenotabilità della prestazione nel territorio dell'ATS nella classe di priorità prescritta, il grado di soddisfazione dell'ipotetico assistito sarebbe da questa indagine valutabile intorno al 96% (solo in un caso non ci sono prestazioni disponibili per la prenotazione).

Se invece il grado di soddisfazione viene misurato come prenotabilità della prestazione nei tempi indicati dal prescrittore ma anche nella struttura di preferenza allora la soddisfazione del cliente scende al 25% per due motivi: reale indisponibilità di slot nella struttura prescelta o prestazione disponibile ma non prenotabile (le modalità di aggiornamento del portale non permettono di modificare le disponibilità in tempo reale).

In esito alle specifiche segnalazioni pervenute si rappresenta che tutte le segnalazioni sono state soddisfatte. Si precisa che due di esse, in merito a endoscopia e ecografia, per cui non esisteva disponibilità di offerta, sono state trasmesse all'ASST di riferimento per residenza del paziente, con relativa presa in carico. Invece, per la visita dietologica, non esistendo disponibilità del territorio, si è estesa la ricerca agli erogatori della limitrofa ATS Città Metropolitana di Milano, riuscendo a dare riscontro alla richiesta.

6.7 Qualità percepita

Per il 2022 è stata rispettata la programmazione delle attività ordinarie volta a promuovere, mantenere e implementare la verifica delle esigenze dei clienti dell'ATS. La pandemia aveva ridotto le indagini di customer satisfaction verso l'esterno privilegiando indagini rivolte alla soddisfazione esterna. Nel 2022 è stato registrato un incremento delle indagini rivolte ai portatori di interesse esterni attraverso la realizzazione di numerose survey, questo ha permesso nella maggior parte dei casi di individuare specifici ambiti di miglioramento che sono stati monitorati da ciascun servizio.

Per quanto riguarda le segnalazioni nel 2022 è stato registrato un incremento delle segnalazioni che sono state n. 433, di queste n. 383 sono relative all'attività governata dal Dipartimento Cure Primarie. In particolare viene segnalato il problema della carenza dei medici e criticità nell'organizzazione dell'attività (accesso telefonico). Il dettaglio delle segnalazioni registrate è riportato nella tabella "Qualità percepita 2022" (Allegato 2).

Parte II

PROGRAMMAZIONE 2023

1. AREA SANITARIA

1.1 Contesto territoriale

Il contesto territoriale dell'Area sanitaria di ATS Brianza rappresentata secondo il set di informazioni previsto da ACSS è riportato nella tabella in Allegato 3.

Nella Tabella 35 viene riportato il quadro di sintesi dell'offerta di posti letto accreditati e a contratto delle strutture di ricovero e cura dell'ATS al 01/01/2023.

Tabella 35 – Offerta di posti letto accreditati e a contratto delle Strutture di ricovero e cura al 01/01/2023

ATS	STRUTTURA	TIPOLOGIA	ACUTI	RIABILITAZIONE	DH/DS	TOTALE
AREA LECCO	ASST Lecco Presidio Alessandro Manzoni	acuti e riabilitazione	551	25	50	626
	ASST Lecco Ospedale San Leopoldo Mandic di Merate	acuti	288	-	28	316
	ASST Lecco Ospedale Umberto 1 di Bellano	riabilitazione	-	55	1	56
	IRCCS "INRCA" di Casatenovo	acuti e riabilitazione	36	32	-	68
	IRCSS "E. Medea" di Bosisio Parini	riabilitazione	-	112	13	125
	Casa di Cura G.B. Mangioni di Lecco	acuti	76	-	2	78
	Casa d Cura Lecco "B.L. Talamoni" Lecco	acuti e riabilitazione	58	20	8	86
	Villa Beretta di Costa Masnaga	riabilitazione	-	87	2	89
	Totale Area		1009	331	104	1444
AREA MONZA	Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza	acuti e riabilitazione	877	25	61	963
	Istituti Clinici Zucchi Monza	acuti e riabilitazione	120	70	27	217
	CC Policlinico di Monza	acuti e riabilitazione	139	47	14	200
		Totale Area	1136	142	102	1380
AREA BRIANZA	ASST della Brianza Nuovo Ospedale di Vimercate	acuti e riabilitazione	423	20	45	488
	ASST della Brianza Ospedale di Circolo di Desio	acuti	318	-	23	341
	Istituti Clinici Zucchi Carate Brianza	riabilitazione	-	124	2	136
	ASST della Brianza Ospedale Civile V. Emanuele III° di Carate	acuti	151	-	13	164
	ASST della Brianza P.O. G. Borella Giussano	acuti	62	-	19	81
	ASST della Brianza P.O. Trabattoni Ronzoni di Seregno	riabilitazione	-	81	4	85
	Fondazione Maugeri Lissone	riabilitazione	-	44	-	44
	CC Villa Bianca Limbiate	riabilitazione	-	69	1	70
	Totale Area	954	338	107	1409	
TOTALE ATS		3099	811	313	4233	

Nella Tabella 36 viene riportato il quadro di sintesi dell'offerta di posti tecnici di Cure sub-acute secondo assetto accreditato al 01/01/2023.

Tabella 36 – Offerta di posti tecnici accreditati di Cure sub-acute al 01/01/2023

ATS	Struttura	Posti tecnici
AREA LECCO	ASST- Presidio di Lecco	16
	ASST - Presidio di Merate	10
	IRCCS "INRCA" di Casatenovo	18
	Casa di Cura "G.B. Mangioni" di Lecco	7
	Casa di Cura Lecco "B.L. Talamoni" di Lecco	10
	Totale Lecco	61
AREA BRIANZA	ASST della Brianza Nuovo Ospedale di Vimercate	13
	ASST della Brianza Ospedale di Circolo di Desio	10
	ASST della Brianza P.O. G. Borella Giussano	20
	Totale Brianza	43
AREA MONZA	Istituti Clinici Zucchi di Monza	16
	Totale Monza	16
TOTALE ATS		120

**Posti accreditati NON a contratto*

Nella Tabella 37 viene riportato il quadro di sintesi dell'offerta delle strutture di residenzialità psichiatrica accreditate a contratto, al 01/01/2023.

Tabella 37 – Offerta delle strutture di residenzialità psichiatrica accreditate a contratto al 01/01/2023

ATS	Struttura	Posti tecnici
AREA LECCO	SRP3-CPB –Comunità Protetta a Bassa Protezione	2
	SRP2-CPA – Comunità Protetta ad Alta Assistenza	10
	SRP1-CRM – Comunità Riabilitativa a media assistenza	36
	SRP2-CPM -Comunità Protetta Media Assistenza	10
	SRP1- CRA -Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza	28
	Residenzialità Leggera	36
	Residenzialità Riabilitativa NPI	10
	Totale Area	132
AREA MONZA	SRP2-CPM –Comunità Protetta Media Assistenza	10
	SRP1- CRA -Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza	18
	Residenzialità Leggera	16
	Residenzialità Riabilitativa NPI	8
	Totale Area	52
AREA BRIANZA	SRP3-CPB –Comunità Protetta a Bassa Protezione	15
	SRP2-CPA – Comunità Protetta ad Alta Assistenza	80
	SRP2-CPM -Comunità Protetta Media Assistenza	42
	SRP1- CRA -Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza	88
	Residenzialità Leggera	16
	Residenzialità Riabilitativa NPI	18
	Totale Area	259
TOTALE ATS		443

A questa 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.

Presso 8 presidi di ricovero e cura del territorio dell'ATS della Brianza sono attive strutture di Pronto Soccorso/DEA di primo livello/DEA di secondo livello (Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza e Presidio Manzoni di Lecco).

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 01.01.2023 la disponibilità di personale impegnato nell'attività è riportato nella tabella "Risorse umane" (Allegato 4).

1.3 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. Pertanto la SS AccREDITamento e Vigilanza Strutture Sanitarie, ha recepito le nuove indicazioni, adeguando le procedure in uso alle evoluzioni normative.

Ai sensi della DGR n. 7758 del 28/12/2022, rimane la possibilità di presentare alle ATS territorialmente competenti, istanze di nuovi accREDITamenti, ampliamenti e trasformazioni, secondo le vigenti procedure regionali, nel rispetto delle indicazioni specifiche previste dal presente provvedimento e dal DM n. 70/2015.

Sulla base della valutazione epidemiologica da parte di ATS che evidenzia il bisogno di specifiche prestazioni da parte del territorio di riferimento, è consentito, a budget immoDificato, l'ampliamento di branche specialistiche ambulatoriali accREDITate e a contratto.

Nel corso 2023 il percorso di accREDITamento subirà un'ulteriore modifica a seguito dell'intesa, sancita nella seduta del 14 dicembre 2022 della Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 15, comma 1, della legge n. 118 del 5/08/2022, (Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021), sullo schema di Decreto del Ministro della salute in materia di valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza per l'accREDITamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie.

Alla luce di quanto sopra esposto, per l'anno 2023 proseguirà, nelle more di ulteriori indicazioni normative, l'attività istituzionale di accREDITamento in merito a:

- 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 con l'istruttoria di competenza sia attraverso l'esame documentale sia mediante sopralluoghi, in collaborazione con la SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici delle strutture erogatrici, valutando i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalle normative in materia di accREDITamento.

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.

1.4 Vigilanza strutture sanitarie

La programmazione dell'attività di verifica e controllo per l'anno 2023 è inoltre riportata nella tabella "Programmazione - Area sanitaria 2023" in Allegato 5.

La pianificazione delle attività istituzionali ordinarie è stata effettuata tenendo conto delle indicazioni contenute nella DGR n. 7758 del 28/12/2022 e di quanto stabilito dalle vigenti norme in materia di accREDITAMENTO.

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

Tipologia di controllo	Criterio	Numero di strutture	Strutture ATS coinvolte
Mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accREDITAMENTO delle strutture sanitarie di ricovero e cura, ambulatoriali e strutture psichiatriche	Risultanze delle azioni di controllo svolte negli anni passati	15	SS AccREDITAMENTO e Vigilanza Strutture Sanitarie/ SSD VRST
Mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accREDITAMENTO delle strutture sanitarie di ricovero e cura, ambulatoriali, SMEL e strutture psichiatriche	Verifiche derivanti da segnalazioni/richieste da parte di Enti terzi (comprese richieste di parere da parte di altre ATS per punti prelievo)	Non quantificabile anticipatamente	SS AccREDITAMENTO e Vigilanza Strutture Sanitarie/ SSD VRST
Mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accREDITAMENTO delle strutture sanitarie di ricovero e cura, ambulatoriali, SMEL e strutture psichiatriche	Verifiche di ottemperanza a diffide	Non quantificabile anticipatamente	SS AccREDITAMENTO e Vigilanza Strutture Sanitarie/ SSD VRST
Mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accREDITAMENTO delle strutture sanitarie di ricovero e cura, ambulatoriali, SMEL e strutture psichiatriche	Verifiche a seguito di comunicazioni da parte delle strutture relative a riorganizzazione di attività	Non quantificabile anticipatamente	SS AccREDITAMENTO e Vigilanza Strutture Sanitarie/ SSD VRST
Verifiche conseguenti a riclassificazione di attività già autorizzate/accreditate	Terapie intensive e semintensive ai sensi della DGR n. 3264/20 e s.m.i	3	SS AccREDITAMENTO e Vigilanza Strutture Sanitarie
Verifiche conseguenti a riclassificazione di attività già autorizzate/accreditate	Servizi di medicina di laboratorio ai sensi della DGR n. 7740/22	22	SS AccREDITAMENTO e Vigilanza Strutture Sanitarie
Verifiche conseguenti a riclassificazione di attività già autorizzate/accreditate	Strutture residenziali NPI ai sensi della DGR n. 7752/22	4	SS AccREDITAMENTO e Vigilanza Strutture Sanitarie/ SSD VRST

Tipologia di controllo	Criterio	Numero di strutture	Strutture ATS coinvolte
Verifiche conseguenti a riclassificazione di attività già autorizzate/accreditate	CPB ai sensi della DGR n. 7758/22	4	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/ SSD VRST
Verifiche conseguenti a riclassificazione di attività già autorizzate/accreditate	Terapie intensive neonatali ai sensi della 6387/22	2	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/ SSD VRST
Monitoraggio degli adeguamenti strutturali generali delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate	Strutture in proroga ai sensi della DGR n. 5806/21 non vigilate nell'anno precedente	27	SSD VRST
Mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie di ricovero e cura, ambulatoriali, SMEL	Verifiche su eventuali criticità riscontrate durante i controlli delle prestazioni erogate in regime di ricovero/ambulatoriali.	Non quantificabile anticipatamente	SS Controllo qualità e Appropriately Prestazioni di Ricovero Sanitario e la SS Controllo Appropriately Equità Accesso Prestazioni Ambulatoriali
Mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture di medicina dello sport	Istituzione nuovo POAS aziendale	7	SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie/ SSD VRST/SS Gestione e sviluppo programmi intersettoriali

I sopralluoghi verranno pianificati prevedendo sempre team di verifica di almeno due operatori di cui un dirigente e un sanitario, i sopralluoghi che prevedano la verifica di requisiti tecnologici e strutturali si svolgeranno in collaborazione con la SSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici.

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. A campione si potrà inoltre 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).

1.5 Ricoveri

La programmazione dell'attività di verifica e controllo per l'anno 2023 è inoltre riportata nella tabella "Programmazione - Area sanitaria 2023" in Allegato 5.

1.5.1 Programmazione controlli NOC ricoveri 2023

Secondo quanto disposto nella DGR n. 7758 del 28/12/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023", l'attività del NOC della ATS si svolge dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2023. In particolare, il volume dei controlli sulle prestazioni di ricovero è determinato in almeno il 12,5% calcolato sulla produzione dell'anno 2022 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 2022, si è provveduto a stimare il debito in base alla produzione attualmente disponibile, come da tabella sottoriportata:

Tabella 38 – Stima del debito NOC – anno 2023

Struttura	Produzione 2022	Stima atteso controlli 2023 (12,5%)	Stima atteso mirato congruenza (6%)	Stima atteso congruenza (3,5%)	Stima atteso qualità doc. (3%)
Struttura 1	392	49	24	14	12
Struttura 2	6.902	863	414	242	207
Struttura 3	1.583	198	95	55	47
Struttura 4	2.090	261	125	73	63
Struttura 5	11.751	1.469	705	411	353
Struttura 6	5.601	700	336	196	168
Struttura 7	14.355	1.794	861	502	431
Struttura 8	175	22	11	6	5
Struttura 9	775	97	47	27	23
Struttura 10	7.939	992	476	278	238
Struttura 11	9.162	1.145	550	321	275
Struttura 12	824	103	49	29	25
Struttura 13	628	79	38	22	19
Struttura 14	911	114	55	32	27
Struttura 15	344	43	21	12	10
Struttura 16	20.113	2.514	1.207	704	603
Struttura 17	1.184	148	71	41	36
Struttura 18	30.428	3.804	1.826	1.065	913
Struttura 19	1.858	232	111	65	56
TOTALE	117.015	14.627	7.021	4.096	3.510

Dal 1° gennaio 2023 due Strutture di ricovero e cura sono cessate confluendo in una nuova Struttura; tale modifica del contesto territoriale comporta una variazione del numero totale di Erogatori oggetto di controllo NOC (da n. 20 a n. 19).

La programmazione dei controlli sull’attività di ricovero per l’anno 2023, 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 2023

Strutture	gen-23	feb-23	mar-23	apr-23	mag-23	giu-23	lug-23	ago-23	set-23	ott-23	nov-23	dic-23
EROGATORE 1		M									AC	AQ
EROGATORE 2		M									AC	AQ
EROGATORE 3		M									AC	AQ
EROGATORE 4		M									AC	AQ
EROGATORE 5			M								AC	AQ
EROGATORE 6			M							AC	AQ	
EROGATORE 7				M						AC	AQ	
EROGATORE 8				M						AC	AQ	
EROGATORE 9					M ¹					M ²	AC	AQ
EROGATORE 10							M	AC	AQ			
EROGATORE 11							M	AC	AQ			
EROGATORE 12							M	AC	AQ			
EROGATORE 13								M	AC	AQ		
EROGATORE 14								M	AC	AQ		
EROGATORE 15								M	AC	AQ		
EROGATORE 16									M	AC	AQ	
EROGATORE 17									M	AC	AQ	
EROGATORE 18									M	AC	AQ	
EROGATORE 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

1.5.1.1 Autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (3.5%) e autocontrollo di qualità documentale (3%)

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 2023. 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 di un elenco di cartelle cliniche riferite al periodo gennaio – marzo 2023.

1.5.1.2 Controlli mirati di congruenza ed appropriatezza generica (6%)

Per l’esercizio 2023 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 2023 sono riferiti principalmente a cartelle cliniche prodotte nell’anno 2022.

Analisi della produzione 2022 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 2022.

Dall'analisi condotta si evidenzia un generale incremento dei ricoveri chirurgici programmati e una diminuzione dei ricoveri urgenti.

La tabella 39 riporta la numerosità della produzione (anni 2021 e 2022) per setting di erogazione (acuto, riabilitazione, subacuto) e Struttura erogatrice.

Tabella 39 – Analisi produzione per setting di erogazione e struttura erogatrice (anni 2021 e 2022)

STRUTTURA	2021				2022			
	ACUTI	RIAB	SUB	TOTALE	ACUTI	RIAB	SUB	TOTALE
Struttura 1	-	279	-	279	-	392	-	392
Struttura 2	6.771	-	221	6.992	6.731	-	171	6.902
Struttura 3	882	226	90	1.198	1.225	264	94	1.583
Struttura 4	1.844	-	186	2.030	1.995	-	97	2.092
Struttura 5	10.604	-	-	10.604	11.710	-	41	11.751
Struttura 6	5.480	-	108	5.588	5.601	-	-	5.601
Struttura 7	13.502	27	-	13.529	14.355	-	-	14.355
Struttura 8	-	-	174	174	-	-	175	175
Struttura 9	-	680	-	680	-	775	-	775
Struttura 10	6.131	449	-	6.580	7.379	557	-	7.936
Struttura 11	7.518	808	172	8.498	7.854	1.106	202	9.162
Struttura 12	17	986	31	1.034	26	798	-	824
Struttura 13	-	552	-	552	-	628	-	628
Struttura 14	-	909	-	909	-	911	-	911
Struttura 15	8.310	-	-	8.310	8.136	-	-	8.136
Struttura 16	-	349	-	349	-	344	-	344
Struttura 17	18.011	106	392	18.509	19.605	85	423	20.113
Struttura 18	20.253	50	-	20.303	22.211	59	22	22.292
Struttura 19	412	126	-	538	655	529	-	1.184
Struttura 20	-	1.719	-	1.719	-	1.858	-	1.858
TOTALE	99.735	7.266	1.374	108.375	107.483	8.306	1.225	117.014

Nel setting acuto (Tabella 40), gli MDC maggiormente prodotti nel 2022 sono MDC 05 e MDC 08, come riportato nella tabella sottostante. Per l'MDC 05, il DRG più rappresentativo è il DRG 127 "Insufficienza cardiaca e shock", mentre per l'MDC 08, il DRG più rappresentativo è il DRG 544 "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto di arti inferiori".

Inoltre, rispetto al 2021, si evidenzia un calo significativo dell'MDC 04, probabilmente correlato alla riduzione del tasso di ospedalizzazione di pazienti affetti da Covid-19.

Tabella 40 – Produzione per MDC in setting acuto (2021 vs 2022)

CODICE	DESCRIZIONE MDC	2021	2022
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	11,10%	11,44%
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	9,83%	11,24%
14	Gravidanza, parto e puerperio	10,81%	10,00%
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	11,55%	8,83%
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	7,69%	8,77%
15	Neonati normali e neonati con disturbi perinatali	8,06%	7,51%

CODICE	DESCRIZIONE MDC	2021	2022
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	6,69%	7,24%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	5,49%	5,74%
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	5,39%	5,20%
07	Malattie e disturbi di fegato, vie biliari e pancreas	3,41%	3,66%
09	Malattie e disturbi di cute, tessuto sottocutaneo e mammella	3,00%	3,23%
03	Malattie e disturbi di orecchio, naso, bocca e gola	2,18%	2,83%
19	Disturbi mentali	2,84%	2,42%
18	Malattie infettive e parassitarie	1,64%	1,91%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute	1,91%	1,67%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	1,47%	1,66%
02	Malattie e disturbi dell'occhio	1,66%	1,56%
10	Malattie e disturbi endocrini, della nutrizione e del metabolismo	1,41%	1,52%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie	1,42%	1,30%
16	Malattie e disturbi del sangue e degli organi emopoietici	0,95%	0,86%
21	Traumatismi ed avvelenamenti	0,59%	0,64%
PR	PRE - MDC	0,60%	0,45%
24	Traumatismi multipli	0,09%	0,10%
20	Abuso di alcol e farmaci e disturbi mentali correlati	0,09%	0,09%
25	Infezioni da HIV	0,05%	0,07%
NA	Non attribuibile	0,05%	0,07%
22	Ustioni	0,02%	0,01%

Nel setting riabilitativo (Tabella 41), gli MDC maggiormente prodotti nel 2022, in linea con quanto rilevato per l'anno 2021 sono MDC 01 e MDC 08, come riportato nella tabella sottostante. Per l'MDC 01, i DRG più rappresentativi sono il DRG 009 "Malattie e traumatismi del midollo spinale" e il DRG 012 "Malattie degenerative del sistema nervoso", mentre, per l'MDC 08, il DRG più rappresentativo è il DRG 256 "Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo".

Tabella 41 - Produzione per MDC in setting riabilitativo (2021 vs 2022)

CODICE	DESCRIZIONE MDC	2021	2022
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	43,47%	40,29%
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	33,73%	32,11%
19	Disturbi mentali	10,86%	10,49%
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	4,45%	8,44%
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	4,77%	6,86%
03	Malattie e disturbi di orecchio, naso, bocca e gola	0,66%	0,94%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute	1,46%	0,35%
02	Malattie e disturbi dell'occhio	0,16%	0,28%
10	Malattie e disturbi endocrini, della nutrizione e del metabolismo	0,19%	0,08%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	0,04%	0,05%
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	0,05%	0,03%
15	Neonati normali e neonati con disturbi perinatali	0,03%	0,03%
21	Traumatismi ed avvelenamenti	0,04%	0,03%
24	Traumatismi multipli	-	0,01%
PR	PRE - MDC	-	0,01%
18	Malattie infettive e parassitarie	0,01%	0,00%
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%	-

Relativamente all'analisi degli indicatori del Portale di Governo Regionale per l'anno 2022, sono stati considerati gli Indicatori NOC, gli indicatori di efficacia, gli indicatori di appropriatezza e gli indicatori di esito; risultano particolarmente critici 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 NOC I5 – “% ricoveri ripetuti all'interno dello stesso ospedale”
- Indicatori di efficacia RISK I5 – “durata media degenza”
- Indicatori di efficacia RISK I6 – “peso medio DRG”
- Indicatori di appropriatezza I10 – “rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario”
- Indicatori di appropriatezza “degenza media pre operatoria”
- Indicatori di esito GRAV2 – “Parti naturali: proporzioni di complicanze durante il parto e il puerperio”
- Indicatori di esito GRAV3 – “Parti cesarei: proporzioni di complicanze durante il parto e il puerperio”

Criteri di campionamento

Il campionamento per l'esercizio 2023 è stato definito utilizzando i criteri indicati in Tabella 42, che include i criteri di campionamento definiti a livello regionale (da 1 a 7), quelli correlati agli indicatori NOC del Portale di Governo Regionale (da R a Z) e 34 criteri mirati di interesse locale (8).

Tabella 42 - Criteri campionamento controlli NOC ricoveri - anno 2023

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

CAMP	SUB_COD	CRITERIO DESCRITTIVO	RIFERIMENTI NORMATIVI
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 7758/2022
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

In particolare, in base all'analisi della produzione dell'anno oggetto di controllo, all'analisi degli indicatori NOC, di appropriatezza, di efficacia e quelli del PNE contenuti nel Portale di Governo Regionale e agli esiti dell'attività di controllo degli anni precedenti, sono confermati di maggior interesse per il 2023 i seguenti criteri:

- per i criteri definiti a livello regionale:
 - 200 – Complicati;
 - 300 – DRG Anomali;
 - I/3 - incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa.
- per i criteri mirati di interesse locale:
 - 801 – Ricoveri chirurgici brevi;
 - 817 – Ricoveri rinviati (in diagnosi principale cod. V64.X);
 - 821 – Tracheostomie;
 - 820 – Neonati patologici e 822 – Parti complicati;
 - 825 – DRG costosi;
 - Ricoveri a rischio di inappropriatazza: sub codici 802, 803 e 818;
 - Ricoveri in riabilitazione: sub codici 829, 830 e 831.

Inoltre, per l'attività di controllo 2023 sono stati introdotti i seguenti criteri di interesse locale:

- 832 – Trasferimenti intra-ente;
- 833 – Ricoveri psichiatrici;
- 834 – Ricoveri medici brevi (escluso DRG a rischio di inappropriatazza).

Il criterio 823 – Endoprotesi è stato modificato sulla base delle indicazioni contenute nella DGR n. 7758/2022 che prevede il superamento delle disposizioni inerenti alle modalità di controllo del NOC rispetto al tipo campione Q (DGR n. 1046/2018) a partire dai dimessi dal 01.01.2022 pur mantenendo la verifica dell’oggettivazione documentale dell’avvenuto impianto delle endoprotesi rendicontate. A tal proposito DGW ha ampliato l’elenco delle codifiche esito del controllo con l’aggiunta di 2 nuovi possibili esiti:

- Esito N – pratica non confermate, con modifica della tipologia tariffa DRG per carenze della documentazione relativa a una o più tipologie dei device rendicontati in SDO4;
- Esito P – pratica non confermata, con modifica della tipologia tariffa DRG per mancata conferma di una procedura dichiarata.

1.5.2 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.

1.5.2.1 Completezza e qualità documentale

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) costituisce parte integrante della cartella clinica e assume le medesime valenze di carattere medico-legale, comprensive dell’obbligo di conservazione della documentazione cartacea o di suo equivalente documentale digitale. Tutte le informazioni contenute nella SDO devono trovare valida e completa documentazione analitica nella cartella clinica.

La responsabilità della corretta compilazione della SDO compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell’Unità Operativa dalla quale il paziente è dimesso; la SDO deve recare timbro e firma dello stesso medico.

Coerentemente ai contenuti della DGR n. 7503/2017 e della DGR n. 1697/2019, le informazioni inviate con il flusso SDO devono coincidere perfettamente con quelle contenute nella cartella clinica conservata presso la struttura di ricovero.

In caso di pluralità di edizioni della SDO a seguito di invio di correzioni, in cartella clinica devono essere conservate tutte le versioni della SDO, evidenziando chiaramente la versione più recente e coerente con il flusso regionale.

Cartella clinica elettronica e firma digitale

Come stabilito dalle Linee Guida Regionali per la Cartella Clinica Elettronica Aziendale, qualunque tipo di registrazione apposta sulla Cartella Clinica Elettronica deve essere firmata con il meccanismo della firma digitale forte che garantisce per il documento informatico gli stessi requisiti che la firma autografa garantisce per il documento cartaceo, fornendo in più garanzia di immodificabilità dell’oggetto della sottoscrizione.

In particolare, gli Enti dotati di Cartella Clinica Elettronica hanno il vincolo di predisporre la firma digitale con i servizi offerti dal SISS per i seguenti documenti:

- inquadramento clinico (esame obiettivo, anamnesi patologica prossima, motivo del ricovero);
- referti;

- verbale operatorio;
- cartella anestesiologicala;
- Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e programma riabilitativo individuale (pri);
- fogli di trasferimento;
- lettera di dimissione;
- documentazione di decesso.

Per i documenti sanitari firmati digitalmente, è necessario mantenere, anche nella versione cartacea derivata, la validità giuridica e quindi generare copie cartacee conformi. In tal caso, è necessario inserire nella cartella clinica una copia cartacea del documento elettronico, sulla quale riportare in calce la dicitura di “documento firmato digitalmente quale copia conforme agli originali”, gli estremi del firmatario e l'ambito di archiviazione dei documenti originali. In questo modo viene indicato che il documento ha un originale, con la valenza giuridica della firma digitale e custodito secondo legge.

Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), programma riabilitativo individuale (pri) e diario dei trattamenti riabilitativi

I ricoveri in setting riabilitativi richiedono la presa in carico globale della persona mediante la predisposizione di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e di un programma riabilitativo individuale (pri), firmati dal medico facente parte dell'équipe riabilitativa, oltre che la compilazione del diario medico, infermieristico e riabilitativo.

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) è il documento diagnostico, prognostico e terapeutico che deve essere compilato al momento del ricovero del paziente che definisce l'obiettivo dell'intervento riabilitativo sulla base della valutazione anamnestica, clinica e funzionale del paziente. Nel Progetto Riabilitativo si devono identificare il medico responsabile del paziente (garante della continuità del percorso), le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti che intervengono sui bisogni specifici, il setting assistenziale, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi.

Il PRI deve essere articolato in uno o più programmi riabilitativi individuali (pri) attraverso cui deve essere specificata la metodologia ed i tempi di realizzazione e le figure professionali coinvolte.

Inoltre, durante il ricovero devono essere registrati i trattamenti all'interno del diario riabilitativo con indicazione dell'orario di inizio e fine, anche per consentire la verifica dell'appropriatezza del livello assistenziale.

Acquisizione del consenso informato

La legge n. 219/2017, all'art. 1, comma 4 stabilisce che “Il consenso informato, 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”.

Nelle situazioni di urgenza ed emergenza in cui non è possibile acquisire la volontà dell'assistito, il medico deve evidenziare nella documentazione clinica l'impossibilità del paziente di esprimere un valido consenso informato e la necessità di procedere al trattamento sanitario utile e necessario, in modo tempestivo ed adeguato, secondo la migliore scienza ed esperienza medica.

Relativamente a prestazioni erogate in modalità in service presso un istituto di cura esterno, ovvero diverso da quello in cui il paziente è ricoverato, è importante che il prescrittore della prestazione fornisca alla persona assistita (o suo legale rappresentante) l’informativa e ne raccolga l’assenso. Compete all’erogatore della prestazione richiesta, prima di dar corso alla stessa, la verifica della adeguatezza dell’informativa preliminarmente fornita, la sua eventuale integrazione e l’acquisizione del consenso informato; tutta la documentazione relativa (referti, consensi, ecc.) deve confluire nella cartella clinica presso la struttura che si occuperà del prosieguo di cura e della dimissione del paziente (DGR n. 7758/2022).

1.5.2.2 Endoprotesi e dispositivi ad alto costo – DGR n. 5924/2022

Con la DGR n. 5924/2022 sono state revisionate le modalità di remunerazione e di finanziamento degli episodi di ricovero che prevedono l’impianto e l’utilizzo di endoprotesi e dispositivi ad alto costo. Con decorrenza dal 01.01.2022 sono state aggiornate le tipologie di endoprotesi e dispositivi rendicontabili e sono state rimodulate le tariffe di alcuni DRG. In particolare, le nuove indicazioni prevedono una tariffa differenziata in presenza di specifici codici di procedura in combinazione con alcune tipologie di endoprotesi o dispositivi ad alto costo rilevate nel flusso SDO4.

Pertanto, è necessario che in cartella clinica siano presenti gli elementi documentali (es. etichette adesive dispositivi) oggettivanti l’impianto delle endoprotesi, anche al fine di consentire la verifica da parte del NOC della congruenza di quanto rendicontato nel flusso SDO4, con la tipologia e la quantità di endoprotesi impiantate.

Ai sensi della DGR n. 3976/2012, in nessun caso è corretto rendicontare codici di intervento corrispondenti a procedure non condotte a termine per motivi clinici a prescindere dall’eventuale consumo di strumentazioni e/o presidi medici, né tantomeno richiedere il rimborso di protesi non effettivamente impiantate per qualunque motivo (es. rottura pre-impianto, ecc.).

Inoltre, la documentazione clinica deve render conto della procedura effettuata, per la quale deve corrispondere una descrizione “dettagliata”, anche delle fasi di impianto delle endoprotesi, sul verbale di intervento. A tal riguardo, si fa riferimento al principio generale per cui non è accettabile la codifica di una procedura solo in base alla citazione della stessa ed in assenza di una sua descrizione puntuale che consenta di giudicarne la correttezza (DGR n. 1185/2013).

1.5.2.3 Attività di autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica: caratteristiche tecniche di trasmissione degli esiti

Il sistema di trasmissione degli esiti dell’autocontrollo di congruenza tra Erogatori e ATS si contraddistingue da caratteristiche tecniche precise individuate dalla Circolare prot. n. H1.2013.0022981 del 02.08.2013, dalla DGR n. 2313/2014.

Sulla base dell’esperienza maturata dal NOC, in ambito di verifica degli esiti dell’autocontrollo di congruenza delle strutture di ricovero e cura, con particolare riferimento alla qualità dei dati inviati in aderenza alle citate indicazioni, sono emersi alcuni ricorrenti errori formali e sostanziali.

Si dettaglia, per completezza, la classificazione degli errori definita da DGW:

Errori formali	
Tipo 1	tracciato Esiti non importabile (es. lunghezza rigo <i>non</i> di 180 caratteri)
Tipo 2	tracciato Esiti disallineato (es. codice ospedale <i>non</i> di 6 cifre)
Tipo 3	tracciato SDO non importabile (es. lunghezza tracciato <i>non</i> conforme alle specifiche regionali)
Tipo 4	tracciato SDO disallineato (es. formato data errato)
Errori sostanziali	
Tipo a	tracciato Esiti con esito non congruente con valorizzazione assegnata (es. esito \neq A, ovvero pratica "non confermata", senza modifica di valorizzazione economica)
Tipo b	tracciato Esiti con esito non congruente con valori tracciati SDO (es. esito \neq A, ovvero pratica "non confermata", senza modifica, sul file SDO2, di codici di diagnosi e/o di procedura)
Tipo c	tracciato Esiti con iper-valorizzazione rispetto al valore originale (es. esito \neq A, ovvero pratica "non confermata", con iper-valorizzazione economica)
Tipo d	tracciato Esiti e/o campionamento riferito a pratiche "non finanziate"

Nel corso dell'anno 2023 è prevista la programmazione di incontri tecnici tra il NOC e le Strutture che hanno presentato negli ultimi anni maggiori criticità relative a errori, sia di tipo formale che di tipo sostanziale, all'interno del tracciato esiti dell'attività di autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica.

Lo scopo degli incontri sarà condividere, attraverso l'analisi dei campi del flusso Esiti, le modalità di assegnazione degli esiti di autocontrollo di congruenza e la loro corretta rendicontazione al NOC.

1.6 Ambulatoriale

La programmazione dell'attività di verifica e controllo per l'anno 2023 è inoltre riportata nella tabella "Programmazione - Area sanitaria 2023" in Allegato 5.

Secondo quanto disposto nella DGR n. 7758 del 28/12/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023", l'attività del NOC della ATS si svolge dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2023. In particolare, il volume dei controlli sulle prestazioni ambulatoriali è determinato in almeno il 3,5% calcolato sulla produzione dell'anno 2022.

Nelle more della nota regionale contenente le indicazioni relative alla numerosità dell'atteso definitivo calcolato sulla produzione consolidata dell'anno 2022, si è provveduto a stimare il debito in base alla produzione attualmente disponibile, ipotizzando un volume pari a n.180.000 record ambulatoriali.

1.6.1 Analisi produzione ambulatoriale 2022 ATS Brianza

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

In Tabella 43 si riporta l'analisi sulla variazione percentuale 2019 – 2022 della produzione di prestazioni ambulatoriali nei diversi distretti del territorio di ATS Brianza. Si evidenzia in alcuni territori una variazione negativa (il calo delle prestazioni di laboratorio nel distretto di Monza è correlato allo spostamento di afferenza in altra ATS di una struttura di laboratorio) e altri con incremento nel numero delle prestazioni erogate, in particolare nei distretti dell'area brianzola (Carate B.za e Seregno).

Tabella 43 - Variazione numero prestazioni erogate 2019-2022 per distretto

Anno	Area	Distretto	Prestazioni valorizzate (primi accessi, controlli, prevenzione individuale)					Totali
			Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Terapie	Visite	
Incremento percentuale	Lecco	Bellano	1%	-48%	-11%	-11%	-21%	-16%
		Lecco	-8%	2%	-12%	-3%	-13%	-3%
		Merate	-7%	-6%	-16%	-16%	-21%	-8%
		Totali	-8%	-1%	-13%	-5%	-16%	-4%
	Monza	Totali	-4%	-69%	-1%	-13%	-18%	-56%
	Brianza	Carate B.	-10%	32%	-24%	-14%	-18%	26%
		Desio	-11%	-27%	-26%	-28%	-31%	-25%
		Seregno	6%	43%	-19%	-17%	-23%	21%
		Vimercate	-11%	-10%	2%	-12%	-19%	-10%
		Totali	-7%	12%	-21%	-19%	-23%	6%
	Totali		-6%	-20%	-14%	-13%	-19%	-18%

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 2019, un calo generalizzato della produzione sia in termini di volumi prodotti che di valore delle prestazioni, con alcune eccezioni, come le prestazioni diagnostiche ad alto costo. Si conferma il già noto calo nella produzione di visite, in maggiore misura per quelle di controllo.

Tabella 44 - Produzione prestazioni ambulatoriali ATS Brianza 2019-2022 – classificazione Fa-Re

Tipologia prestazione		Volumi		Valori		Incrementi percentuali	
		2019	2022	2019	2022	Volumi	Valori
Diagnostica	Radiologia tradiz. RX	446.101	423.784	11.169.213	10.946.313	-5%	-2%
	Tac	100.036	111.800	14.865.987	16.756.134	12%	13%
	Diagnostica vascolare	50	11	15.974	3.415	-78%	-79%
	Medicina nucleare	11.300	10.935	6.840.226	7.356.093	-3%	8%
	Ecografia	258.745	245.852	12.085.748	11.522.853	-5%	-5%
	Ecocolordoppler	145.093	136.765	7.689.963	7.258.522	-6%	-6%
	Elettromiografia	112.351	113.893	1.185.372	1.201.615	1%	1%
	Endoscopia	41.793	37.358	3.320.882	3.056.302	-11%	-8%
	Risonanza magnetica	98.420	106.066	20.116.593	21.696.143	8%	8%
	Altra diagnostica senza radiazioni	369.338	319.652	10.461.810	9.397.950	-13%	-10%
	Biopsia	12.902	13.320	1.432.416	1.530.993	3%	7%
	Altra diagnostica	143.527	111.223	2.150.680	1.693.717	-23%	-21%
	Totali	1.739.656	1.630.659	91.334.865	92.420.049	-6%	1%
Laboratorio	Prelievi	1.565.341	1.089.031	4.546.849	3.167.047	-30%	-30%
	Chimica clinica	9.823.425	8.219.347	43.957.288	38.173.963	-16%	-13%
	Ematologia	1.525.803	1.132.008	5.709.951	4.354.135	-26%	-24%
	Immunoematologia	15.223	17.949	178.311	179.956	18%	1%
	Microbiologia	686.294	480.302	9.857.894	7.295.169	-30%	-26%
	Anatomia/istologia patologica	109.546	92.418	3.100.242	2.824.043	-16%	-9%
	Genetica/citogenetica	85.044	78.875	7.652.048	8.713.435	-7%	14%
	Totali	13.810.676	11.109.930	75.002.582	64.707.749	-20%	-14%
Riabilitazione	Diagnostiche	27.618	23.987	440.500	431.991	-13%	-2%
	Rieducazione Funz.le	331.087	307.392	12.834.366	11.466.347	-7%	-11%
	Terapie fisiche	485.307	396.478	1.419.506	1.286.930	-18%	-9%
	Altro	47.823	37.538	675.682	540.738	-22%	-20%
	Totali	891.835	765.395	15.370.054	13.726.005	-14%	-11%
Terapie	Radioterapia	52.030	41.114	12.218.882	14.838.277	-21%	21%
	Chemioterapia	62.032	62.885	11.956.293	11.561.942	1%	-3%
	Dialisi	179.113	172.437	26.360.741	24.943.354	-4%	-5%
	Odontoiatria	88.934	46.873	1.909.690	953.206	-47%	-50%
	Trasfusioni	4.610	4.280	140.237	213.892	-7%	53%
	Chirurgia ambulatoriale minore	50.426	41.727	5.535.959	5.396.440	-17%	-3%
	Chirurgia ambulatoriale maggiore	17.506	14.051	18.997.586	15.450.301	-20%	-19%
	Altre prestazioni terapeutiche	329.722	298.034	10.728.238	11.138.263	-10%	4%
	Totali	784.373	681.401	87.847.626	84.495.677	-13%	-4%
Visite	Prima visita	563.957	472.221	12.280.815	10.275.518	-16%	-16%
	Visita di controllo	751.594	595.267	13.453.533	10.655.279	-21%	-21%
	Totali	1.315.551	1.067.488	25.734.347	20.930.798	-19%	-19%
Altro	Totali	132.086	123.497	6.583.778	6.341.813	-7%	-4%
Totali	18.674.177	15.378.370	301.873.251	282.622.090	-18%	-6%	

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

1.6.1.1 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 45 - Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa e assistenziale 2019 – 2022 per struttura erogatrice

ENTE	Chirurgia ambulatoriale a bassa complessità					
	Volumi			Valori		
	2019	2022	% incr.	2019	2022	% incr.
Strutture pubbliche	14.369	10.135	-29%	14.752.169	10.362.372	-30%
Strutture private	4.592	5.332	16%	5.584.247	6.373.091	14%
Totali	18.961	15.467	-18%	20.336.417	16.735.463	-18%

Tabella 46 - Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa e assistenziale 2019 – 2022 per branca specialistica – volumi

Branca principale chirurgia ambulatoriale a bassa complessità	Strutture pubbliche			Strutture private			Erogatori ATS Brianza		
	2019	2022	Incr.%	2019	2022	Incr.%	2019	2022	Incr.%
Chirurgia vascolare	690	527	-24%	645	641	-1%	1.335	1.168	-13%
Gastroenterologia	180	189	5%	45	95	111%	225	284	26%
Oculistica	9.684	6.850	-29%	2.051	2.218	8%	11.735	9.068	-23%
Odontostomatologia	38	14	-63%				38	14	-63%
Ortopedia	2.931	1.913	-35%	1.604	1.969	23%	4.535	3.882	-14%
Ginecologia	495	320	-35%	74	123	66%	569	443	-22%
Urologia	351	322	-8%	173	286	65%	524	608	16%
Totale complessivo	14.369	10.135	-29%	4.592	5.332	16%	18.961	15.467	-18%

1.6.1.2 Macroattività ambulatoriale complessa (MAC)

Per quanto riguarda le prestazioni di macroattività ambulatoriale complessa (MAC), si conferma il trend generale di calo della produzione, con percentuali minori di calo rispetto al resto della produzione, ed elevata variabilità fra le diverse Strutture. Si riscontra un aumento di produzione di MAC oncologiche in termini di volumi (+ 1,4%, distribuito in maniera non uniforme sul territorio).

Tabella 47 - Macroattività ambulatoriale complessa 2019 – 2022 per tipologia

TIPOLOGIA STRUTTURA	MAC	Volumi			Valori		
		2019	2022	Incr.%	2019	2022	Incr.%
STRUTTURE PUBBLICHE	Riabilitazione	29.914	23.895	-20%	5.958.057	4.935.606	-17%
	Altro	63.776	66.635	4%	12.158.902	12.211.943	0%
STRUTTURE PRIVATE	Riabilitazione	22.586	21.747	-4%	4.410.730	4.198.980	-5%
	Altro	6.991	7.809	12%	1.571.541	1.697.506	8%
TOTALE	Riabilitazione	52.500	45.642	-13%	10.368.787	9.134.586	-12%
	Altro	70.767	74.444	5%	13.730.443	13.909.449	1%

1.6.1.3 Visite

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

Tabella 48 - Visite per struttura (2019-2022)

Enti	Volumi 2019			Volumi 2022			Incrementi percentuali		
	Prima visita	Visita di controllo	Totali	Prima visita	Visita di controllo	Totali	Prima visita	Visita di controllo	Totali
Pubblici	388.361	563.326	951.687	315.761	441.191	756.952	-19%	-22%	-20%
Privati	175.596	188.268	363.864	156.460	154.076	310.536	-11%	-18%	-15%
Totali	563.957	751.594	1.315.551	472.221	595.267	1.067.488	-16%	-21%	-19%

Tabella 49 - Visite per branca (2019-2022)

Branca	Incremento percentuale			Incremento percentuale		
	Pubblico	Privato	Totali	Pubblico	Privato	Totali
	PRIME VISITE			VISITE DI CONTROLLO		
Altre prestazioni	5%	0%	3%	-18%	4%	-14%
Anestesia	-7%	120%	7%	6%	5%	6%
Cardiologia	-9%	-11%	-10%	-21%	-54%	-38%
Chirurgia generale	-25%	-8%	-19%	-16%	-23%	-22%
Chirurgia plastica	-10%	-13%	-11%	23%	-4%	14%
Chirurgia vascolare	-18%	-14%	-16%	-24%	-33%	-28%
Dermosifilopatia	-41%	-58%	-44%	-39%	-49%	-40%
Medicina nucleare	-25%		-25%	-42%		-42%
Endocrinologia	1%	-10%	-3%	-11%	4%	-7%
Gastroenterologia	-6%	-30%	-12%	-4%	-9%	-4%
Riabilitazione	-23%	-16%	-18%			
Nefrologia	-11%	3%	-11%	-15%	-13%	-15%
Neurologia	-4%	17%	1%	-5%	-6%	-6%
Oculistica	-34%	-38%	-35%	-34%	-44%	-37%
Odontostomatologia	-38%	-2%	-33%	-71%	-54%	-70%
Oncologia	1%	-19%	-2%	-17%	-4%	-16%
Ortopedia	-31%	-3%	-18%	-16%	-16%	-16%
Ginecologia	-30%	-17%	-25%	-12%	10%	-6%
Otorinolaringoiatria	-19%	-18%	-19%	-21%	-17%	-20%
Pneumologia	-14%	31%	-9%	-33%	76%	-27%
Psichiatria	-3%	-30%	-10%	4%	-57%	-38%
Radioterapia	-3%	-13%	-5%	-46%	-27%	-43%
Urologia	-22%	-8%	-19%	-36%	-17%	-30%
Totali	-19%	-12%	-17%	-22%	-18%	-21%

Si segnalano cali importanti nelle prime visite e nei controlli dermatologici e oculistici e, in riferimento alla presa in carico dei pazienti cronici, un calo delle visite di controllo cardiologiche e psichiatriche.

1.6.1.4 Medicina dello Sport

La produzione delle strutture di medicina dello sport si è mantenuta costante con un incremento per le strutture private accreditate in compensazione di quanto non più erogato dalle strutture pubbliche.

Tabella 50 - Analisi produzione medicina dello sport (2019-2022)

Struttura	2019		2022		Incremento	
	Volumi	Valori	Volumi	Valori	Volumi	Valori
Centri di medicina sportiva pubblici	10.340	171.292	-	-	-100,0%	-100,0%
Totale centri di medicina sportiva privati	90.813	1.504.879	100.915	1.680.706	11,1%	11,7%
Totale complessivo	101.153	1.676.171	100.915	1.680.706	-0,2%	0,3%

1.6.1.5 Analisi del rischio sulla produzione a flusso aperto

Al fine di selezionare le tipologie di prestazioni da porre a controllo nell'anno 2023, sono state effettuate delle analisi a flusso aperto estesa 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 n. 10804/2009. Si precisa che tali campionamenti sono stati effettuati sui record valorizzati SSR relativi alle prestazioni di primo accesso o di controllo.

Tabella 51 - Analisi produzione criteri DGR n. 10804/2009

Indicatori	Potenziali criticità
A - prestazioni diagnostiche senza e con contrasto	109
B - prestazioni diagnostiche stesso distretto corporeo rendicontate nello stesso accesso	1.176
D - prestazioni diagnostiche multirendicontate	1.412
E - prestazioni di laboratorio rendicontate nello stesso accesso di prestazioni di dialisi	12
F, G, H, I, J, K, O - prestazioni di laboratorio non rendicontabili nello stesso accesso	3.451
U - prestazioni diagnostiche non rendicontabili nello stesso accesso	27
V - prestazioni diagnostiche e di visita non rendicontabili nell'ambito dello stesso accesso	187

In merito ai risultati, si segnala che:

- Indicatore B - il 98% delle potenziali criticità riguardano radiografie della colonna. Verifiche sul campo effettuate negli anni precedenti hanno evidenziato che, nella quasi totalità dei casi, le rendicontazioni risultavano corrette, con l'effettiva refertazione di tutte le procedure rendicontate, nonché il riscontro dell'appropriatezza delle prestazioni;
- Indicatore D – il 59% delle potenziali criticità riguardano la radiografia della rotula, il 16% radiografie del torace e il 14% radiografie della colonna cervicale. Per quanto riguarda il primo caso, 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. Di fatto, appaiono meritevoli di controllo tre accessi. Le altre due casistiche individuate verranno invece verificate a flusso chiuso;
- Indicatori F, G, H, I, J, K, O - l'85% delle criticità riguarda l'elettroforesi delle proteine;
- Indicatore V – le criticità sono in ambito oculistico.

Per quanto riguarda l'indicatore M (antibiogramma M.I.C.), le analisi verranno effettuate a flusso chiuso. Analogamente a flusso chiuso verranno effettuate le analisi relativamente agli indicatori:

- P (esenzioni);
- Q (multirendicontazione di ricette) – salvo riscontro di anomalie, il controllo sarà effettuato con verifica della documentazione nell'ambito degli altri campionamenti;
- R (prestazioni in corso di ricovero);
- S (paziente deceduto in data antecedente alla prestazione);
- T (medico cessato in data precedente alla prescrizione).

In merito alle prestazioni di Chirurgia ambulatoriale a bassa complessità, sono stati analizzati i record contenenti prestazioni di tale tipologia.

Ad una prima analisi si riscontrano 278 potenziali criticità, legate a carenze di compilazione del tracciato, 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 ACSS. L'analisi è stata effettuata sui primi accessi e i controlli; la Tabella 52 contiene i risultati preliminari. Al riguardo, si conferma quanto emerso nell'ambito delle verifiche legate alla DGR n. 10804/2009, ovvero che la branca maggiormente interessata risulta quella di laboratorio.

Tabella 52 – Risultati preliminari verifica delle prestazioni non associabili

Prestazioni non associabili	Branca principale					Totali
	Laboratorio	Riabilitazione	Oculistica	Gastroenter.	Altre	
Totali	4.475	1.595	174	43	46	6.333

1.6.2 Criteri di campionamento e 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.

Inoltre, la selezione dei campionamenti è preceduta da controlli sull'assetto accreditato che consistono nella verifica della congruenza tra prestazioni erogate e unità operative o branche specialistiche ambulatoriali accreditate e a contratto.

L'attività di controllo delle prestazioni 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, della Istruzione Operativa ID 02954 rev.2 "Manuale dei controlli ambulatoriali" e di altra documentazione agli atti.

1.6.2.1 Controlli secondo le DGR n. 10804/2009 e n. 8078/2002

In riferimento alla DGR n. 10804/2009 saranno controllati:

- M – antibiogrammi MIC – Il campionamento sarà effettuato sugli anni 2021-2022; l'analisi è limitata all'anno 2021 per le strutture per le quali si prevede la verbalizzazione nel primo trimestre;

- genetica medica – Il campionamento sarà effettuato sugli anni 2021-2022; si darà seguito alla segnalazione di Qualità SMeL di Regione Lombardia, per la quale erano già state effettuate azioni specifiche, ai fini della verifica del mantenimento della correttezza della rendicontazione. La verifica riguarderà tutte le Strutture che hanno rendicontato prestazioni di Genetica Medica di cui alla segnalazione (9129D); l'analisi è limitata all'anno 2021 per le strutture per le quali si prevede la verbalizzazione nel primo trimestre;
- P – esenzioni - Il campionamento è effettuato sugli anni 2021-2022 sugli accessi senza compartecipazione da parte degli assistiti e per assistiti che risultano non avere altre esenzioni.
- Saranno controllati anche i codici di esenzione CV2123 (prescrizione dal 15/11/2021) e D97 (anno 2021-2022); saranno esclusi gli accessi contenenti prestazioni di MAC, di visita di controllo, di dialisi o di prestazioni valorizzate a 0, quelli contenenti prestazioni di psichiatria, neuropsichiatria e genetica molecolare. L'analisi è limitata all'anno 2021 per le strutture per le quali si prevede la verbalizzazione nel primo trimestre;
- 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 preliminare (v. Tabella 51).

Per quanto riguarda i controlli di cui alla DGR n. 8078/2002 e ss.mm.ii., si decide di limitare l'attenzione alle prestazioni di visita (prima visita e controllo) prima di un ricovero chirurgico programmato/BIC (15 giorni precedenti) e dopo un ricovero chirurgico/BIC (10 giorni successivi). In particolare, si cercherà di individuare le cosiddette "visite filtro". L'analisi sarà effettuata sugli anni 2021-2022.

1.6.2.2 Controlli sulle prestazioni di chirurgia a bassa complessità operativa e assistenziale (BIC) 2021-2022

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 verificando la completezza della documentazione, anche in termini di corretta apposizione di firma digitale, e la congruità tra quest'ultima e la rendicontazione. Sarà inoltre verificato il percorso dell'assistito preintervento e postintervento. Per tale analisi si terrà conto anche delle indicazioni di cui alla DGR n. 8078/2002.

1.6.2.3 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, anche in termini di corretta apposizione di firma digitale, e della congruità tra quest'ultima e la rendicontazione.

1.6.2.4 Controlli sulle prestazioni di Genetica medica

Prosegue l'attività di controllo sulle prestazioni di Genetica medica per la quale verrà considerata la modalità operativa di analisi della documentazione sanitaria oltre alla verifica sui tracciati.

1.6.2.5 Controlli sulle prestazioni di Medicina dello sport

La modalità di controllo sulle prestazioni di Medicina dello sport per il 2023 è in fase di definizione nell'ambito di una complessiva riassegnazione delle funzioni a seguito della adozione del nuovo POAS; l'attività vedrà la collaborazione della funzione accreditamento con la funzione controllo nonché con strutture extra dipartimentali.

1.6.3 Pianificazione attività di controllo 2023

Nel primo trimestre dell'anno, in attesa del consolidamento del dato relativo alla produzione dell'anno precedente, si prosegue con l'attività già avviata durante l'ultimo trimestre 2022, in coerenza con il metodo di lavoro in uso.

Figura 2 – Cronoprogramma controlli NOC specialistica ambulatoriale – anno 2023

Erogatori	gen-23	feb-23	mar-23	apr-23	mag-23	giu-23	lug-23	ago-23	set-23	ott-23	nov-23	dic-23
Erogatore 1	■											
Erogatore 2	■											
Erogatore 3	■											
Erogatore 4	■											
Erogatore 5		■										
Erogatore 6		■										
Erogatore 7		■										
Erogatore 8			■									
Erogatore 9			■									
Erogatore 10			■									
Erogatore 11			■									
Erogatore 12			■									
Erogatore 13						■						
Erogatore 14							■					
Medicina dello sport							■					
MAC				■								
BIC				■								

Legenda	
■	Completamento del controllo
■	Controllo e verbalizzazione
■	Campionamento e inizio controllo
■	Controlli sul campo

2. AREA SOCIOSANITARIA

2.1 Contesto territoriale

Il contesto territoriale dell'Area sociosanitaria di ATS Brianza rappresentato secondo il set di informazioni previsto da ACSS è riportato nella tabella in Allegato 6.

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 53 - 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	UOCP (DH)	UO CP (MAC-amb)	UCP-DOM
ALTRO			CF (Consultori Familiari)	CDOM - Ex ADI

Le suddette tipologie di Unità d'Offerta, a livello territoriale, risultano distribuite in base al Distretto inteso ai sensi della L.R. n. 22/2021, come di dettagliato in Tabella 54. Per ogni Unità d'Offerta è stata rappresentata anche la numerosità per tipologia di posti/posti letto solo autorizzati, accreditati o contrattualizzati.

Tabella 54 - Offerta UdO Sociosanitarie per distretto

Tipologia UdO	n. UdO	n. PL autorizzati	n. PL accr.	PL Alzheimer accr.	PL ordinari contr.	PL Alzheimer contr.	PL contr. post acuti	PL SV contr.
CDD	32	790	790	0	781	0	0	0
BELLANO	2	45	45	0	45	0	0	0
CARATE BRIANZA	4	90	90	0	90	0	0	0
DESIO	5	135	135	0	135	0	0	0
LECCO	4	105	105	0	105	0	0	0
MERATE	3	80	80	0	71	0	0	0
MONZA	4	95	95	0	95	0	0	0
SEREGNO	4	113	113	0	113	0	0	0
VIMERCATE	6	127	127	0	127	0	0	0
CDI	35	990	945	0	728	0	0	0
CARATE BRIANZA	2	54	54	0	34	0	0	0

Tipologia UdO	n. UdO	n. PL autorizzati	n. PL accr.	PL Alzheimer accr.	PL ordinari contr.	PL Alzheimer contr.	PL contr. post acuti	PL SV contr.
DESIO	5	152	152	0	64	0	0	0
LECCO	7	212	192	0	140	0	0	0
MERATE	1	30	30	0	30	0	0	0
MONZA	8	240	240	0	240	0	0	0
SEREGNO	4	102	102	0	70	0	0	0
VIMERCATE	8	200	175	0	150	0	0	0
C-DOM (EX ADI)	24	0	0	0	0	0	0	0
BELLANO	1	0	0	0	0	0	0	0
CARATE BRIANZA	1	0	0	0	0	0	0	0
LECCO	1	0	0	0	0	0	0	0
MERATE	5	0	0	0	0	0	0	0
MONZA	8	0	0	0	0	0	0	0
SEREGNO	5	0	0	0	0	0	0	0
VIMERCATE	3	0	0	0	0	0	0	0
C-DOM LIMITROFI	6	0	0	0	0	0	0	0
DESIO	1	0	0	0	0	0	0	0
MONZA	1	0	0	0	0	0	0	0
SEREGNO	3	0	0	0	0	0	0	0
VIMERCATE	3	0	0	0	0	0	0	0
CF	35	0	0	0	0	0	0	0
BELLANO	3	0	0	0	0	0	0	0
CARATE BRIANZA	2	0	0	0	0	0	0	0
DESIO	8	0	0	0	0	0	0	0
LECCO	5	0	0	0	0	0	0	0
MERATE	3	0	0	0	0	0	0	0
MONZA	5	0	0	0	0	0	0	0
SEREGNO	5	0	0	0	0	0	0	0
VIMERCATE	4	0	0	0	0	0	0	0
CSS	16	160	159	0	149	0	0	0
BELLANO	5	50	49	0	39	0	0	0
CARATE BRIANZA	2	20	20	0	20	0	0	0
DESIO	1	10	10	0	10	0	0	0
MERATE	5	50	50	0	50	0	0	0
SEREGNO	1	10	10	0	10	0	0	0
VIMERCATE	2	20	20	0	20	0	0	0
CURE INT	2	55	55	0	55	0	0	0
BELLANO	1	15	15	0	15	0	0	0
MERATE	1	40	40	0	40	0	0	0
DIP-AMB	12	0	0	0	0	0	0	0
CARATE BRIANZA	1	0	0	0	0	0	0	0
DESIO	1	0	0	0	0	0	0	0
LECCO	3	0	0	0	0	0	0	0
MERATE	1	0	0	0	0	0	0	0
MONZA	3	0	0	0	0	0	0	0
SEREGNO	2	0	0	0	0	0	0	0
VIMERCATE	1	0	0	0	0	0	0	0
DIP-BIA	4	23	23	0	23	0	0	0
LECCO	3	18	18	0	18	0	0	0
VIMERCATE	1	5	5	0	5	0	0	0
DIP-COM	10	190	176	0	174	0	0	0
BELLANO	1	24	24	0	24	0	0	0

Tipologia UdO	n. UdO	n. PL autorizzati	n. PL accr.	PL Alzheimer accr.	PL ordinari contr.	PL Alzheimer contr.	PL contr. post acuti	PL SV contr.
CARATE BRIANZA	3	58	58	0	58	0	0	0
DESIO	2	29	29	0	29	0	0	0
LECCO	3	64	50	0	48	0	0	0
MERATE	1	15	15	0	15	0	0	0
HOSPICE	6	85	85	0	85	0	0	0
CARATE BRIANZA	1	13	13	0	13	0	0	0
LECCO	1	10	10	0	10	0	0	0
MERATE	1	12	12	0	12	0	0	0
MONZA	2	31	31	0	31	0	0	0
SEREGNO	1	19	19	0	19	0	0	0
RIA AMB DOM	7	0	0	0	0	0	0	0
BELLANO	2	0	0	0	0	0	0	0
CARATE BRIANZA	1	0	0	0	0	0	0	0
LECCO	2	0	0	0	0	0	0	0
MONZA	1	0	0	0	0	0	0	0
SEREGNO	1	0	0	0	0	0	0	0
VIMERCATE	0	0	0	0	0	0	0	0
RIA CDC	0	309	309	0	15	0	0	0
LECCO	0	294	294	0	0	0	0	0
MONZA	0	15	15	0	15	0	0	0
RIA MIN_SRM	2	76	76	0	76	0	0	0
LECCO	1	40	40	0	40	0	0	0
SEREGNO	1	36	36	0	36	0	0	0
RSA	71	6463	6114	561	4740	561	50	10
BELLANO	8	347	321	10	285	10	0	0
CARATE BRIANZA	8	761	664	55	609	55	0	0
DESIO	8	904	904	105	391	105	0	0
LECCO	11	1120	1053	107	867	107	0	10
MERATE	7	761	751	87	632	87	10	0
MONZA	11	1093	1093	75	964	75	40	0
SEREGNO	8	671	587	57	514	57	0	0
VIMERCATE	10	806	741	65	478	65	0	0
RSD	9	413	413	0	350	0	0	60
BELLANO	3	113	113	0	113	0	0	0
DESIO	2	84	84	0	84	0	0	0
MERATE	1	39	39	0	36	0	0	0
MONZA	1	60	60	0	0	0	0	60
SEREGNO	1	65	65	0	65	0	0	0
VIMERCATE	1	52	52	0	52	0	0	0
UCPDOM	5	0	0	0	0	0	0	0
CARATE BRIANZA	1	0	0	0	0	0	0	0
MERATE	2	0	0	0	0	0	0	0
MONZA	1	0	0	0	0	0	0	0
SEREGNO	1	0	0	0	0	0	0	0
UCPDOM - FUORI	5	0	0	0	0	0	0	0
FUORI ATS	5	0	0	0	0	0	0	0
UOCP	3	6	8	0	0	0	0	0
CARATE BRIANZA	1	1	1	0	0	0	0	0
LECCO	0	2	3	0	0	0	0	0
MERATE	1	1	2	0	0	0	0	0
SEREGNO	1	1	1	0	0	0	0	0
VIMERCATE	0	1	1	0	0	0	0	0

Tipologia UdO	n. UdO	n. PL autorizzati	n. PL accr.	PL Alzheimer accr.	PL ordinari contr.	PL Alzheimer contr.	PL contr. post acuti	PL SV contr.
RSA APERTA	14	1660	1660	184	1271	184	0	10
BELLANO	1	55	55	0	50	0	0	0
LECCO	4	655	666	107	491	107	0	10
MERATE	1	234	224	40	184	40	0	0
MONZA	4	444	444	20	418	20	0	0
SEREGNO	2	179	179	17	86	17	0	0
VIMERCATE	2	93	92	0	42	0	0	0
RES. ASSISTITA	13	590	426	87	451	87	0	0
BELLANO	2	32	0	0	32	0	0	0
LECCO	7	378	316	67	259	67	0	0
MERATE	1	9	0	0	9	0	0	0
MONZA	2	154	110	20	134	20	0	0
VIMERCATE	1	17	0	0	17	0	0	0
RESIDENZIALITA' ASSISTITA RELIGIOSI	6	56	0	0	56	0	0	0
LECCO	1	20	0	0	20	0	0	0
MERATE	1	10	0	0	10	0	0	0
MONZA	2	17	0	0	17	0	0	0
SEREGNO	1	3	0	0	3	0	0	0
VIMERCATE	1	6	0	0	6	0	0	0
VILLAGGIO ALZHEIMER	1	64	0	0	64	0	0	0
MONZA	1	64	0	0	64	0	0	0
Totale complessivo	318	11930	11239	832	9018	832	50	80

Di seguito si rappresenta la rete di Unità d'Offerta Sociosanitarie della ATS Brianza in base all'afferenza dell'Ente gestore: Ente pubblico (ASST, Comune, ASP, Azienda Consortile) o Ente privato.

Tabella 55 - Offerta UdO Sociosanitarie per tipologia di Ente erogatore

Tipologia UdO	n. UdO	n. PL autorizzati	n. PL accr.	PL Alzheimer accr.	PL ordinari contr.	PL Alzheimer contr.	PL contr. post acuti	PL SV contr.
CDD	32	790	790	0	781	0	0	0
ASST	1	15	15	0	15	0	0	0
AZIENDA CONSORTILE	9	227	227	0	218	0	0	0
COMUNE	8	220	220	0	220	0	0	0
ENTE PRIVATO	14	328	328	0	328	0	0	0
CDI	35	990	945	0	728	0	0	0
AZIENDA CONSORTILE	1	24	24	0	24	0	0	0
COMUNE	4	110	110	0	110	0	0	0
ENTE PRIVATO	30	856	811	0	594	0	0	0
C-DOM (EX ADI)	26	0	0	0	0	0	0	0
ASST	1	0	0	0	0	0	0	0
COMUNE	1	0	0	0	0	0	0	0
ENTE PRIVATO	24	0	0	0	0	0	0	0
C-DOM LIMITROFI	6	0	0	0	0	0	0	0
ENTE PRIVATO	6	0	0	0	0	0	0	0
CF	35	0	0	0	0	0	0	0

Tipologia UdO	n. UdO	n. PL autorizzati	n. PL accr.	PL Alzheimer accr.	PL ordinari contr.	PL Alzheimer contr.	PL contr. post acuti	PL SV contr.
ENTE PRIVATO	6	0	0	0	0	0	0	0
ASST	29	0	0	0	0	0	0	0
CSS	16	160	159	0	149	0	0	0
AZIENDA CONSORTILE	1	10	10	0	10	0	0	0
ENTE PRIVATO	15	150	149	0	139	0	0	0
CURE INT	2	55	55	0	55	0	0	0
ASP	1	40	40	0	40	0	0	0
ENTE PRIVATO	1	15	15	0	15	0	0	0
DIP-AMB	12	0	0	0	0	0	0	0
ASST	10	0	0	0	0	0	0	0
ENTE PRIVATO	2	0	0	0	0	0	0	0
DIP-BIA	4	23	23	0	23	0	0	0
ENTE PRIVATO	4	23	23	0	23	0	0	0
DIP-COM	10	190	176	0	174	0	0	0
ENTE PRIVATO	10	190	176	0	174	0	0	0
HOSPICE	6	85	85	0	85	0	0	0
ASST	2	29	29	0	29	0	0	0
ENTE PRIVATO	4	56	56	0	56	0	0	0
RIA AMB DOM	7	0	0	0	0	0	0	0
ENTE PRIVATO	7	0	0	0	0	0	0	0
RIA CDC	3	309	309	0	15	0	0	0
ENTE PRIVATO	3	309	309	0	15	0	0	0
RIA MIN_SRM	2	76	76	0	76	0	0	0
ENTE PRIVATO	2	76	76	0	76	0	0	0
RSA	71	6463	6114	561	4740	561	50	10
ASP	2	358	348	75	273	75	10	0
COMUNE	2	189	189	0	184	0	0	0
ENTE PRIVATO	67	5916	5577	486	4283	486	40	10
RSD	9	413	413	0	350	0	0	60
ASST	1	60	60	0	60	0	0	0
ENTE PRIVATO	8	353	353	0	290	0	0	60
UCPDOM	5	0	0	0	0	0	0	0
ASST	2	0	0	0	0	0	0	0
ENTE PRIVATO	3	0	0	0	0	0	0	0
UCPDOM - FUORI	5	0	0	0	0	0	0	0
ENTE PRIVATO	5	0	0	0	0	0	0	0
UOCP	3	6	8	0	0	0	0	0
ASST	2	5	7	0	0	0	0	0
ENTE PRIVATO	1	1	1	0	0	0	0	0
RSA Aperta	14	1660	1660	184	1271	184	0	10
ASP	1	234	224	40	184	40	0	0
ENTE PRIVATO	13	1426	1436	144	1087	144	0	10
RESIDENZIALITÀ ASSISTITA	13	590	426	87	451	87	0	0
ENTE PRIVATO	13	590	426	87	451	87	0	0
RESIDENZIALITA' ASSISTITA RELIGIOSI	6	56	0	0	56	0	0	0
ENTE PRIVATO	6	56	0	0	56	0	0	0
VILLAGGIO ALZHEIMER	1	64	0	0	64	0	0	0
ENTE PRIVATO	1	64	0	0	64	0	0	0

Tipologia UdO	n. UdO	n. PL autorizzati	n. PL accr.	PL Alzheimer accr.	PL ordinari contr.	PL Alzheimer contr.	PL contr. post acuti	PL SV contr.
Totale complessivo	323	11930	11239	832	9018	832	50	80

2.2 Risorse umane

Le équipe individuate per ogni tipologia di Unità d’Offerta sono multiprofessionali, 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.

Il personale in dotazione organica si occupa trasversalmente dei processi sia in ambito sociale che sociosanitario.

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

Al 01/01/2023 la disponibilità di personale impegnato nell’attività è riportato nella tabella “Risorse umane” (Allegato 4).

2.3 Autorizzazione e accreditamento strutture sociosanitarie

Come disposto da DGR n. 7758 del 28/12/2022 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 n. 2569/2014 e s.m.i. Sarà cura della SSD VRST verificare la parte relativa al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed impiantistici generali e specifici delle UdO ed attivare eventualmente il SSD Impiantistica del Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica.

In riferimento al processo di riclassificazione delle cure domiciliari, come da indicazioni della DGR n. 6867/2022, verrà garantita verifica a 90 gg del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento solo delle UdO già accreditate in ATS Brianza che hanno presentato istanza di riclassificazione, per le quali è stato attestato il possesso dei requisiti senza sopralluogo.

2.4 Vigilanza strutture sociosanitarie

Come disposto da DGR n. 7758 del 28/12/2022 verrà garantita la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento di almeno il 25% per ciascuna tipologia di UdO Sociosanitaria.

I criteri di campionamento sono dettagliati nella tabella ACSS “Programmazione – Area sociosanitaria 2023” (Allegato 7).

In ogni tipologia di UdO è stata utilizzata la specifica check-list regionale, ove disponibile, oppure una check-list che la SC Accreditamento, Controllo e Vigilanza Strutture Sociosanitarie e Sociali ha specificatamente predisposto sui requisiti previsti dalla normativa regionale specifica (es. requisiti specifici dei Nuclei Alzheimer ai sensi DGR n. 1046/2018).

Verrà effettuato il sopralluogo presso la sperimentazione Villaggio Alzheimer di Monza, applicando check-list predisposta dal servizio coerente al Progetto sperimentale.

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

Le verifiche sui requisiti igienico-sanitari, strutturali e tecnologici saranno effettuate dagli operatori della SSD VRST.

Per ridurre il tempo di permanenza presso la UdO potrà essere richiesto al gestore preliminare invio di documentazione per una valutazione in sede ATS, rimandando a successivo eventuale approfondimento con il gestore i rilievi emersi. In particolare saranno richiesti: carta dei servizi, contratto di ingresso, documentazione per il calcolo dello standard assistenziale su una settimana campione (in assenza di esigenze specifiche legate a segnalazioni o particolari rilievi in corso di controllo di appropriatezza, la medesima in tutte le UdO).

2.5 Controlli di appropriatezza

Come disposto da DGR n. 7758 del 28/12/2022 verrà garantito su almeno il 25% per ciascuna tipologia di UdO Sociosanitaria il controllo di appropriatezza ai sensi DGR n. 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.

In considerazione della fase di transizione delle cure domiciliari ai sensi DGR n. 6867/2022, nel primo trimestre 2023 verrà effettuato il controllo di appropriatezza come da sopra riportate indicazioni, solo sul 25% di UdO già accreditate in ATS Brianza, per le quali verrà utilizzato lo strumento regionale della check-list ADI EX POST_v2_2018 ai sensi DGR n. 1765/2014 su utenti in carico anno 2022.

Per le ADI/C-Dom e le UCP-Dom, sia accreditate in ATS Brianza che accreditati fuori ATS, tutti i controlli saranno stati condotti con modalità ex post.

Anche per altre tipologie di Unità d’Offerta, verrà utilizzata la modalità di controllo da remoto (piattaforma Teams) e successiva trasmissione via PEC del verbale al gestore per la relativa sottoscrizione. In particolare verrà proposta per alcune Unità d’Offerta semiresidenziali con massimo n. 4 FaSAS oggetto di controllo.

In tutte le RSA con Nucleo Alzheimer la quota di FaSAS mirati verrà campionata come utenza atipica NA.

Per tutte le altre tipologie di Unità d’Offerta i criteri di campionamento dei FaSAS mirati sono dettagliati nella tabella ACSS “Programmazione – Area sociosanitaria 2023” (Allegato 7).

Verrà effettuato il controllo di appropriatezza su un campione del 13% di FaSAS del Villaggio Alzheimer, utilizzando la check-list regionale delle RSA, per analogia di utenza, quale strumento guida della lettura delle presa in carico.

3. AREA SOCIALE

3.1 Contesto territoriale

Il contesto territoriale dell’Area sociale di ATS Brianza rappresentato secondo il set di informazioni previsto da ACSS è riportato nella tabella in Allegato 8.

Il contesto territoriale delle unità d’offerta sociali ubicate nel territorio di ATS è caratterizzato da alcuni cambiamenti che hanno riguardato n. 101 strutture, come di seguito dettagliato:

- Area Prima Infanzia: messa in esercizio di n. 24 UdO, cambio Ente gestore di n. 2 UdO, cessata attività di n. 5 UdO, trasferimento sede di n. 5 UdO, variazione capacità ricettiva di n. 4 UdO.
- Area Minori: messa in esercizio di n. 35 UdO, cambio Ente gestore di n. 2 UdO, cessata attività di 10 UdO, trasferimento sede di n. 3 UdO e variazione capacità ricettiva di n. 7 UdO.
- Area Disabili: messa in esercizio di n. 1 UdO e trasferimento sede di n. 1 UdO
- Area Anziani: variazione capacità ricettiva di n. 1 UdO e cambio Ente gestore di n. 1 UdO.

Pertanto al 1° gennaio 2023 la rete delle UdO sociali, nel territorio dell'ATS della Brianza, è costituita dalle tipologie riportate nelle seguenti tabelle, con indicazione di numerosità e capacità ricettiva.

Tabella 56 - Rete Udo sociali ATS Brianza al 01/01/2023

	TOTALE ATS	Distretto Bellano	Distretto Carate	Distretto Desio	Distretto Lecco	Distretto Merate	Distretto Monza	Distretto Seregno	Distretto Vimercate
asili nido									
n. UdO Aut	225	6	31	32	25	19	41	32	39
n. Posti	6733	133	921	1072	769	520	1362	835	1121
centri prima infanzia									
n. UdO Aut	23	0	0	1	17	2	0	1	2
n. Posti	447	0	0	19	322	48	0	18	40
micronidi									
n. UdO Aut	26	4	2	4	3	5	1	4	3
n. Posti	247	37	20	39	30	41	10	40	30
nidi famiglia									
n. UdO Aut	47	2	4	5	11	4	7	9	5
n. Posti	235	10	20	25	55	20	35	45	25
comunità educative									
n. UdO Aut	32	0	1	2	8	6	13	2	0
n. Posti	292	0	4	20	68	55	125	20	0
comunità educative genitore figli									
n. UdO Aut	2	0	0	0	0	0	1	1	0
n. Posti	24	0	0	0	0	0	12	12	0
comunità familiari									
n. UdO Aut	5	2	0	0	1	0	1	0	1
n. Posti	19	12	0	0	2	0	0	0	5
alloggi per l'autonomia									
n. UdO Aut	8	0	1	3	3	1	0	0	0
n. Posti	31	0	4	12	10	5	0	0	0
alloggio autonomia genitore figli									
n. UdO Aut	2	0	0	0	0	0	1	1	0
n. Posti	11	0	0	0	0	0	8	3	0
alloggio autonomia di tipo educativo									
n. UdO Aut	5	0	0	0	2	1	1	1	0
n. Posti	14	0	0	0	5	3	3	3	0
centri aggregazione giovanile									
n. UdO Aut	10	0	0	1	0	0	4	0	5
n. Posti	625	0	0	45	0	0	405	0	175
centri ricreativi diurni per minori									
n. UdO Aut	172	17	16	16	35	20	11	19	38
n. Posti	13960	1225	1419	1452	3472	1376	1025	1289	2702
case vacanza									
n. UdO Aut	3	2	0	0	1	0	0	0	0
n. Posti	316	261	0	0	55	0	0	0	0
comunità educativa diurna									

	TOTALE ATS	Distretto Bellano	Distretto Carate	Distretto Desio	Distretto Lecco	Distretto Merate	Distretto Monza	Distretto Seregno	Distretto Vimercate
n. UdO Aut	1	0	0	0	0	0	0	1	0
n. Posti	12	0	0	0	0	0	0	12	0
centro educativo diurno									
n. UdO Aut	2	0	0	1	0	1	0	0	0
n. Posti	70	0	0	35	0	35	0	0	0
comunità alloggio disabili									
n. UdO Aut	12	2	3	0	2	1	3	0	1
n. Posti	97	19	21	0	18	5	24	0	10
comunità risocializzazione reinserimento									
n. UdO Aut	2	0	0	0	2	0	0	0	0
n. Posti	35	0	0	0	35	0	0	0	0
centri socio-educativi									
n. UdO Aut	31	0	7	3	3	4	8	2	4
n. Posti	715	0	170	70	65	83	187	60	80
servizi formazione all'autonomia									
n. UdO Aut	15	0	3	3	2	0	2	3	2
n. Posti	452	0	84	105	70	0	60	105	28
centri diurni per anziani									
n. UdO Aut	10	1	3	0	0	1	0	1	4
n. Posti	655	40	250	0	0	15	0	80	270
alloggi protetti per anziani									
n. UdO Aut	16	2	2	0	5	2	2	2	1
n. Posti	297	32	45	0	83	28	59	33	17
casa									
n. UdO Aut	6	2	1	0	0	0	1	1	1
n. Posti	58	21	12	0	0	0	6	9	10
case albergo									
n. UdO Aut	1	0	0	0	0	1	0	0	0
n. Posti	17	0	0	0	0	17	0	0	0

Tabella 57 - Rete Udo sociali ATS Brianza al 01/01/2023 per tipologia di Ente gestore

	TOTALE ATS	Distretto Bellano	Distretto Carate	Distretto Desio	Distretto Lecco	Distretto Merate	Distretto Monza	Distretto Seregno	Distretto Vimercate
asili nido									
n. UdO Aut	225	6	31	32	25	19	41	32	39
EG pubblico	39	0	0	8	7	6	10	5	3
EG privato	186	6	31	24	18	13	31	27	36
centri prima infanzia									
n. UdO Aut	23	0	0	1	17	2	0	1	2
EG pubblico	11	0	0	0	8	0	0	1	2
EG privato	12	0	0	1	9	2	0	0	0
micronidi									
n. UdO Aut	26	4	2	4	3	5	1	4	3
EG pubblico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EG privato	26	4	2	4	3	5	1	4	3
nidi famiglia									
n. UdO Aut	47	2	4	5	11	4	7	9	5
EG pubblico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EG privato	47	2	4	5	11	4	7	9	5
comunità educative									
n. UdO Aut	32	0	1	2	8	6	13	2	0
EG pubblico	0	0	0	0	0	0	0	0	0

EG privato	32	0	1	2	8	6	13	2	0
comunità educative genitore figli									
n. UdO Aut	2	0	0	0	0	0	1	1	0
EG pubblico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EG privato	2	0	0	0	0	0	1	1	0
comunità familiari									
n. UdO Aut	5	2	0	0	1	0	1	0	1
EG pubblico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EG privato	5	2	0	0	1	0	1	0	1
alloggi per l'autonomia									
n. UdO Aut	8	0	1	3	3	1	0	0	0
EG pubblico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EG privato	8	0	1	3	3	1	0	0	0
alloggio autonomia genitore figli									
n. UdO Aut	2	0	0	0	0	0	1	1	0
EG pubblico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EG privato	2	0	0	0	0	0	1	1	0
alloggio autonomia di tipo educativo									
n. UdO Aut	5	0	0	0	2	1	1	1	0
EG pubblico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EG privato	5	0	0	0	2	1	1	1	0
centri aggregazione giovanile									
n. UdO Aut	10	0	0	1	0	0	4	0	5
EG pubblico	6	0	0	0	0	0	1	0	5
EG privato	4	0	0	1	0	0	3	0	0
centri ricreativi diurni per minori									
n. UdO Aut	172	17	16	16	35	20	11	19	38
EG pubblico	63	11	8	6	18	8	3	3	6
EG privato	109	6	8	10	17	12	8	16	32
case vacanza									
n. UdO Aut	3	2	0	0	1	0	0	0	0
EG pubblico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EG privato	3	2	0	0	1	0	0	0	0
comunità educativa diurna									
n. UdO Aut	1	0	0	0	0	0	0	1	0
EG pubblico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EG privato	1	0	0	0	0	0	0	1	0
centro educativo diurno									
n. UdO Aut	2	0	0	1	0	1	0	0	0
EG pubblico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EG privato	2	0	0	1	0	1	0	0	0
comunità alloggio disabili									
n. UdO Aut	12	2	3	0	2	1	3	0	1
EG pubblico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EG privato	12	2	3	0	2	1	3	0	1
comunità risocializzazione reinserimento									
n. UdO Aut	2	0	0	0	2	0	0	0	0
EG pubblico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EG privato	2	0	0	0	2	0	0	0	0
centri socio-educativi									
n. UdO Aut	31	0	7	3	3	4	8	2	4
EG pubblico	2	0	0	0	2	0	0	0	0
EG privato	29	0	7	3	1	4	8	2	4
servizi formazione all'autonomia									

n. UdO Aut	15	0	3	3	2	0	2	3	2
EG pubblico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EG privato	15	0	3	3	2	0	2	3	2
centri diurni per anziani									
n. UdO Aut	10	1	3	0	0	1	0	1	4
EG pubblico	7	1	2	0	0	0	0	1	3
EG privato	3	0	1	0	0	1	0	0	1
alloggi protetti per anziani									
n. UdO Aut	16	2	2	0	5	2	2	2	1
EG pubblico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EG privato	16	2	2	0	5	2	2	2	1
casa									
n. UdO Aut	6	2	1	0	0	0	1	1	1
EG pubblico	1	0	0	0	0	0	0	0	1
EG privato	5	2	1	0	0	0	1	1	0
case albergo									
n. UdO Aut	1	0	0	0	0	1	0	0	0
EG pubblico	1	0	0	0	0	1	0	0	0
EG privato	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3.2 Risorse umane

La disponibilità di personale impegnato nell'attività al 01/01/2023 è dettagliata nella tabella "Risorse umane" (Allegato 4) e descritto al § 2.2.

Il personale non è dedicato ma presta la propria opera professionale in prevalenza, con quota parte assegnata anche allo svolgimento delle attività in ambito di controllo e vigilanza delle UdO sociosanitarie.

3.3 Vigilanza sociale

La programmazione dell'attività di verifica e controllo per l'anno 2023 è inoltre riportata nella tabella "Programmazione - Area sociale 2023" in Allegato 9.

A seguito dell'emanazione della DGR n. 7758 del 28/12/2022, le verifiche in merito al mantenimento dei requisiti minimi di esercizio riguarderà il 25% delle UdO, completando nel biennio 2022-2023 il 50% delle UdO in attività al 01/01/2022.

Sulla base delle UdO sociali presenti al 01/01/2023 sono state infatti campionate almeno il 25% delle UdO 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 58.

Tabella 58 - Verifiche ispettive di vigilanza routinaria per tipologia di UdO programmate - anno 2023

Area	Tipologia UdO	n. UdO al 01/01/2023	n. UdO da vigilare 2023	% (≥25%)
Prima infanzia	Asili nido	225	57	25,55%
	Centro prima infanzia	23	6	
	Micronido	26	7	
	Nido famiglia	47	12	
	Totale	321	82	
Minori	Comunità educative per minori	32	8	25,37%
	Comunità educative genitore figli	2	1	
	Comunità educativa diurna	1	1	
	Comunità familiari	5		
	Alloggi per l'autonomia	8	2	
	Alloggi per l'autonomia genitore figli	2	1	

Area	Tipologia UdO	n. UdO al 01/01/2023	n. UdO da vigilare 2023	% (≥25%)
	Alloggi per l'autonomia di tipo educativo	5		
	Centro educativo minori	2	1	
	Centri aggregazione giovanile	10	3	
	Totale	67	17	
Disabili	Comunità alloggio disabili	12	4	25,86%
	Centri socio-educativi	31	8	
	Servizi formazione all'autonomia	15	3	
	Totale	58	15	
Anziani	Centri diurni per anziani	10	3	31,25%
	Alloggi protetti anziani	16	4	
	Comunità alloggio sociale anziani	6	3	
	Totale	32	10	
TOTALE		478	124	25,94%

Saranno garantite inoltre le seguenti attività:

- le verifiche inerenti le CPE, tramite sopralluogo congiunto o disgiunto con le strutture competenti;
- la gestione delle 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, relativamente all'attività di vigilanza routinaria e alla verifica delle CPE;
- l'attività di verifica di appropriatezza sulla Misura Comunità Minori Vittime di abuso, violenza e grave maltrattamento per n. 2 Unità d'Offerta sociali;
- l'effettuazione degli eventuali sopralluoghi richiesti dalla Procura del Tribunale per i Minorenni, per tramite della Polizia Locale territorialmente competente;
- la vigilanza su richiesta dei Comuni, dagli Uffici Unici e Ufficio dei Piani, relativamente ai progetti sperimentali ex L 3/2008.

4. AREA VERIFICHE REQUISITI CONTRATTUALI

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

4.1 Contesto territoriale

Il contesto territoriale dell’Area verifica requisiti contrattuali di ATS Brianza rappresentato secondo il set di informazioni previsto da ACSS è riportato nella tabella in Allegato 10.

Area sanitaria

L’analisi di contesto per l’area sanitaria, condotta nel triennio 2021-2023, 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 01/01/2023 ATS Brianza ha nel proprio territorio 48 strutture a contratto:

- n. 4 enti gestori pubblici (di cui 2 erogano prestazioni sia in ambito sanitario che sociosanitario)
- n. 44 enti gestori privati (di cui 4 erogano prestazioni sia in ambito sanitario che sociosanitario)

Agli enti gestori afferiscono complessivamente 188 strutture accreditate a contratto (n. 114 nel settore pubblico e n. 74 nel settore privato).

Tabella 59 – Strutture sanitarie accreditate a contratto (anno 2023)

Settore	N. Enti Gestori	N. strutture a contratto
Pubblico	4	114
Privato	44	74
Totale	48	188

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 60 – N. enti gestori per setting (anno 2023)

Setting	N. Enti Gestori
NPI AMBITO SANITARIO	3
NPI AMBITO SOCIO-SANITARIO	3
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	41
PSICHIATRIA AMBITO SANITARIO	3
PSICHIATRIA AMBITO SOCIO-SANITARIO	8
RICOVERI	12
SUBACUTE	5
Totale	48

Si riportano qui di seguito il numero di enti gestori ed i relativi posti letto/tecnici al 01/01/2023. 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 mutuamente esclusiva.

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 61 – N. Enti gestori e PL/PT per natura giuridica

Area	NATURA GIURIDICA (Pubblico/Privato)	A CONTRATTO	
		N. ENTI	POSTI LETTO/TECNICI (se pertinente)
Sanitario	Pubblico	4	3.670
	Privato	44	1.313

Tabella 62 – N. strutture sanitarie e PL/PT per tipologia e natura giuridica

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	12	0
	Privato	12	0
STRUTTURA DI RICOVERO E CURA	Pubblico	10	3.188
	Privato	9	1.037
STRUTTURA DI CURE SUB ACUTE	Pubblico	6	87
	Privato	4	33
STRUTTURA AMBULATORIALE	Pubblico	26	0
	Privato	49	0
STRUTTURA PSICHIATRICA residenziale	Pubblico	17	171
	Privato	9	152
STRUTTURA PSICHIATRICA non residenziale	Pubblico	11	171
	Privato	3	65
STRUTTURA NEUROPSICHIATRIA (res. e non res.)	Pubblico	5	53
	Privato	2	26

Nel corso del 2023, come previsto dalla DGR n. 7758 del 28/12/2022 proseguirà il processo di contrattualizzazione di posti 43/SAN; a tal fine si è proceduto alla stipula di un addendum contrattuale con una struttura per ulteriori 8 posti letto.

Area Sociosanitaria

L’analisi di contesto per l’area sociosanitaria, condotta sul triennio 2021 – 2023, evidenzia come il numero complessivo degli enti gestori a contratto con questa ATS sia variato da n. 129 gestori a contratto all’01/01/2022 a n. 131 gestori a contratto all’01/01/2023.

A riguardo si segnala quanto segue:

- in data 01/05/2022, come già precedentemente segnalato e come previsto dalla DGR n. 6387 del 16/05/2022, sono state contrattualizzate n. 5 nuove Unità d’Offerta di RSA, per un totale di n. 46

- posti letto cui si aggiungono ulteriori 14 nuovi posti a contratto su Unità d’Offerta già contrattualizzate, e n. 2 nuove Unità d’Offerta di CSS per complessivi 20 posti letto;
- presa d’atto della cessazione di attività da parte della CSS “Casa l’orizzonte” di Lecco e proposta di decadenza dall’accreditamento, a far data dal 01/01/2023, giusto Decreto ATS n. 30 del 27/01/2023, per complessivi 10 PL;
 - sottoscrizione delle nuove schede di budget per l’incremento, a far data dal 01/01/2023, di n. 6 posti letto in strutture già contrattualizzate dell’area delle dipendenze, ai sensi della DGR n. 7125 del 10/10/2022;
 - contrattualizzazione, a far data dall’01/01/2023, di n. 10 nuovi posti per nucleo Alzheimer presso RSA Limbiate, a seguito dell’esito della manifestazione di interesse di cui al Decreto ATS n. 481 del 29/12/2022 e successiva presa d’atto regionale con nota prot. G1.2023.0002115 del 20/01/2023;
 - si rileva la cessazione dal contratto per inattività superiore a 12 mesi di una UDO CP-DOM, a far data dal 01/01/2023, così come previsto dalla DGR n. 7758/2022;
 - è in corso il processo di riclassificazione delle unità d’offerta di Assistenza Domiciliare Integrata, ai sensi della DGR n. 6867 del 02/08/2022; per tale motivo, in attesa della conclusione del processo stesso, è stato riportato il numero delle UdO contrattualizzate al 31/12/2022 che potrà, tuttavia, subire delle modificazioni a seguito del predetto processo di riclassificazione;

Al 01/01/2023 risultano contrattualizzati complessivamente:

- n. 17 enti gestori pubblici (di cui 16 con sede legale in ATS Brianza);
- n. 108 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 2022 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 con la ASST Brianza per le cure palliative.

Si riportano di seguito le tipologie di Unità d’Offerta per l’area sociosanitaria, e i relativi posti letto, al 01/01/2023:

Tabella 63 – 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
ADI	Pubblico	1	0
	Privato	33	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

TIPOLOGIA DI UDO SOCIO SANITARIA	NATURA GIURIDICA (Pubblico/Privato)	N° UDO	POSTI LETTO/TECNICI (se pertinente)
			A CONTRATTO
CSS	Pubblico	1	10
	Privato	14	139
CURE PALLIATIVE DOMICILIARE*	Privato	8	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	4.779
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 allegate ai relativi contratti;

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

4.2 Risorse umane

La Struttura Complessa Negoziazione e Governo delle Prestazioni, così come previsto dal nuovo POAS in vigore dal 01/01/2023, è inserita all'interno del Dipartimento di Programmazione, Accredimento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Socio sanitarie e svolge un ruolo centrale nella programmazione e governo della rete di offerta sanitaria e socio sanitaria 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 socio sanitarie.

La dotazione organica delle 2 SS.SS. al 01/01/2023 è di seguito rappresentata:

Tabella 64 - Risorse umane SS Negoziazione Flussi e Pagamenti Erogatori Sanitari

Figure Professionali	N. unità	Ruolo
DIRIGENTE TECNICO	1	Responsabile di SS
FUNZIONARIO – RUOLO AMMINISTRATIVO	1	
ASSISTENTE – RUOLO AMMINISTRATIVO	3	di cui 1 addetto a verifica requisiti contrattuali
OPERATORE – RUOLO AMMINISTRATIVO	1	
	6	

Tabella 65 - Risorse umane SS Negoziazione Flussi e Pagamenti Erogatori Socio sanitari

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 Verifiche requisiti contrattuali delle strutture

La presente sezione illustra i controlli previsti da questa ATS in merito alla sussistenza e al mantenimento dei requisiti di accesso alla contrattualizzazione in capo ai soggetti gestori/erogatori che intendano sottoscrivere il contratto per l'esercizio 2023, 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. 80, comma 1, del D.Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii.;
- Acquisizione della relazione sull'ultimo bilancio approvato che attesti in modo esplicito la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità della struttura;
- Acquisizione di un estratto sintetico della relazione annuale dell'OdV che attesti l'adozione, da parte del gestore, del codice etico comportamentale e la corretta applicazione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 per Erogatori con capacità contrattuale \geq a € 800.000 annui (o UdO con capacità ricettiva \geq 80 PL per l'area sociosanitaria);

La programmazione delle attività successive, propedeutiche alla verifica del mantenimento dei predetti requisiti, oltre che i controlli ulteriori previsti dalla normativa vigente, è analiticamente esposta nel prospetto "Programmazione attività di vigilanza e di controllo 2023 (Area verifiche requisiti contrattuali)" in Allegato 11.

Area Sanitaria

Tabella 66 - Programmazione 2023 per l'area sanitaria

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	N° TOTALE	N° CAMPIONE	STRUMENTI OPERATIVI
Applicazione modello organizzativo (D.Lgs. 231/2001)	18	18	Verifica attestazione esplicita ed inequivocabile della corretta applicazione del modello organizzativo (D.Lgs. 231/2001)
Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)	29	29	Verifica attestazione esplicita ed inequivocabile della regolarità della continuità gestionale e finanziaria
Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 80, comma 1 lett. a), b), b bis), c), d), e), f), g) D. Lgs. 50/2016)	44	5	Utilizzo dell'applicativo "massive"/CERPA ed invio tracciato record dei nominativi all'ufficio locale del casellario giudiziale
Certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 D.Lgs. 50/2016)	41	41	Caricamento dei soggetti sottoposti a verifica nel portale BDNA
Regolarità contributiva (art. 80, comma 4	48	48	Caricamento dei dati degli Enti sul

D.Lgs. 50/2016)			Portale INPS/INAIL
Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 D.Lgs. 50/2016)	44	44	Invio richiesta di verifica alla Agenzia delle Entrate
Ulteriori requisiti (art. 80, comma 5 D.Lgs. 50/2016)	44	5	lett. b) presso il portale https://telemaco.infocamere.it lett. c) lett. c bis) c ter) presso il Tribunale competente
Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (art. 80, comma 5, lett. f D.Lgs. 50/2016)	44	5	Richiesta autocertificazione e successiva verifica tramite certificazione massiva /CERPA
Obblighi di trasparenza (D.Lgs. 33/2013)	44	5	Controllo sezione "Amministrazione Trasparente" dei siti web delle strutture

Area Sociosanitaria

Si illustra di seguito una sintesi dei controlli programmati per l'esercizio 2023, 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:

Tabella 67 - Programmazione 2023 per l'area sociosanitaria

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	N° TOTALE	N° CAMPIONE	STRUMENTI OPERATIVI
Ulteriori requisiti (art. 80, comma 5 D. Lgs. 50/2016)	131	13	lett. b) presso il portale https://telemaco.infocamere.it lett. c) lett. c bis) c ter) presso il Tribunale competente
Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 80, comma 1 lett. a), b), b bis), c), d), e), f), g) D. Lgs. 50/2016)	131	13	Acquisizione autocertificazione comprovante assenza cause di esclusione. Verifiche successive con Amministrazioni certificanti
Certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 D. Lgs. 50/2016)	94	94	Acquisizione autocertificazione dall'EG. Richiesta comunicazione/informazione tramite BANCA DATI PREFETTURA
Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 D. Lgs. 50/2016)	131	131	Richiesta DURC tramite banca dati INPS/INAIL
Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 D. Lgs. 50/2016)	131	66	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. 80, comma 5, lett. f D. Lgs. 50/2016)	131	13	
Obblighi di trasparenza (D. Lgs. 33/2013)	18	12	Acquisizione autocertificazione dell'EG. Verifica assolvimento obblighi nei siti web degli EE.GG.
Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)	131	131	Acquisizione/Verifica relazione ultimo bilancio approvato
Applicazione modello organizzativo (D. Lgs. 231/2001)	63	63	Acquisizione/Verifica relazione Organismo di Vigilanza

5. AREA FARMACEUTICA E PROTESICA

5.1 Farmaceutica

5.1.1 Contesto territoriale

Il contesto territoriale dell'Area farmaceutica di ATS Brianza rappresentato secondo il set di informazioni previsto da ACSS è riportato nella tabella in Allegato 12.

5.1.2 Risorse umane

Con l'adozione del POAS ATS Brianza (Decreto n.174 del 26.05.2022), a decorrere dal 01.01.2023 è stata istituita la SC Servizio Farmaceutico a cui afferiscono due Strutture Semplici (SS Farmaceutica Convenzionata e SS Vigilanza Farmaceutica) per un totale complessivo di n. 4 farmacisti e n. 8 amministrativi di cui 1 part-time ed n. 1 infermiere professionale che partecipano in maniera trasversale alle attività di monitoraggio, vigilanza/ controllo e appropriatezza prescrittiva, oltre che alle attività prodromiche e successive a seconda degli approfondimenti (sanzioni, controllo documentale e prescrizioni) che ne derivano.

5.1.3 Vigilanza e controllo farmaceutica

La programmazione delle attività di verifica e controllo per l'anno 2023 è inoltre riportata nella tabella "Programmazione – Area farmaceutica 2023" in Allegato 13.

Farmacie e dispensari farmaceutici

La Vigilanza in ambito farmaceutico è una delle attività più ampia ed articolata dei Servizi Farmaceutici delle ATS. Ai sensi della L.R. 33/2009 modificata dalla L.R. 6/2017 è previsto l'obbligo di ispezionare il 100% delle farmacie aperte al pubblico in ciascun biennio, di cui almeno il 50% effettuato ogni anno solare.

ITEMS	DESCRIZIONE
Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/da remoto)	Visita ispettiva in presenza presso la farmacia secondo le modalità previste dalla normativa vigente.
Numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti sottoposti a controllo, pubblici e privati	Tenuto conto della permanenza della pandemia da SARS-COV-2 che ha prorogato lo stato di emergenza al primo trimestre del 2022 con conseguente passaggio delle attività degli Enti del SSR da una gestione ordinaria ad una gestione straordinaria al fine di garantire la continuità dell'attività istituzionale di controllo e vigilanza ispettiva ed autorizzativa di ATS sulle strutture erogatrici di farmaci, è stato necessario rimodulare la programmazione della gestione dell'attività di controllo in ambito farmaceutico riferita al Piano dei Controlli di valenza biennale 2022/2023, con decorrenza dal 01.04.2022. Pertanto il numero delle farmacie e dispensari da ispezionare nel corso del 2023 sarà di 171, in coerenza con l'evoluzione del contesto. (dato rimodulato sul totale di n. 343 farmacie e dispensari ATS Brianza al 31/12/2021).
Flussi o basi dati eventualmente utilizzati, specificando i periodi di riferimento considerati	Portale Ispezioni messo a disposizione dall'Ordine Farmacisti

ITEMS	DESCRIZIONE
Modalità di campionamento ed i criteri di selezione del campione, sia per quanto concerne gli erogatori/altri soggetti sottoposti a controllo.	Il campione viene selezionato in funzione della data dell'ultima ispezione effettuata e in funzione della posizione delle farmacie sul territorio, garantendo la vigilanza biennale.
Modalità operative di esecuzione (es: con o senza preavviso), e descrizione sintetica delle attività di controllo, laddove non espressamente delineate da indicazioni regionali	I controlli sulle farmacie convenzionate e dispensari, previsti dalla normativa vigente, vengono effettuati mediante le seguenti attività: Vigilanza ispettiva ordinaria (programmabile con preavviso) Vigilanza ispettiva straordinaria (senza preavviso a seguito di segnalazioni o verifica delle prescrizioni impartite) Vigilanza preventiva per rilascio autorizzazione per nuova apertura /trasferimento/ampliamento locali farmacie e dispensari.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Stesura di verbale (format regionale) di accertamento in loco con eventuali prescrizioni correttive.
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 composizione delle commissioni/sottocommissioni di vigilanza sulle farmacie è come da normativa vigente: farmacista ATS, farmacista nominato dall'ordine dei farmacisti, amministrativo ATS. A seconda delle situazioni/necessità può essere integrata da altre figure professionali presenti in ATS.
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo	. La programmazione delle visite ispettive viene eseguita trimestralmente ed inserita nel "portale ispezioni" messo a disposizione dell'Ordine dei Farmacisti, in funzione della data dell'ultima ispezione effettuata e in funzione della posizione delle farmacie sul territorio.
N. complessivo degli operatori (<i>full time equivalent</i>) adibiti ai controlli per qualifica professionale	3 farmacisti e 7 amministrativi (di cui 1 amministrativo part time)

Vendita on-line

Nel corso dell'anno 2023 sono programmate n. 3 ispezioni.

ITEMS	DESCRIZIONE
Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/da remoto)	Il controllo viene effettuato senza preavviso da remoto ad esclusione della verifica di corrispondenza tra prezzo di vendita on line ed in loco effettuata durante la vigilanza ordinaria.
Numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti sottoposti a controllo, pubblici e privati	Verifiche sul 50% dei siti autorizzati alla vendita online di farmaci (totale 6 siti autorizzati)
Flussi o basi dati eventualmente utilizzati, specificando i periodi di riferimento considerati	Estrazione dal portale del Ministero della Salute al 31/12/2021
Modalità di campionamento ed i criteri di selezione del campione, sia per quanto concerne gli erogatori/altri soggetti sottoposti a controllo	Il campione viene selezionato in funzione della data dell'ultima ispezione effettuata, garantendo la vigilanza biennale.

ITEMS	DESCRIZIONE
Modalità operative di esecuzione (es: con o senza preavviso), e descrizione sintetica delle attività di controllo, laddove non espressamente delineate da indicazioni regionali	Le verifiche verranno effettuate senza preavviso
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	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 o un farmacista ed un amministrativo
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo	Annuale
N. complessivo degli operatori (<i>full time equivalent</i>) adibiti ai controlli per qualifica professionale	2 farmacisti o 1 farmacista e 1 amministrativo

Parafarmacie

Nel corso dell'anno 2023 verranno effettuate n. 10 ispezioni sul totale di 40 esercizi commerciali (parafarmacie/corner) presenti sul territorio di ATS Brianza al fine di garantire la sussistenza dei requisiti minimi previsti dal DM 9/03/2012.

ITEMS	DESCRIZIONE
Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/da remoto)	Visita ispettiva in presenza presso le parafarmacie del territorio
Numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti sottoposti a controllo, pubblici e privati	Vengono effettuate visite ispettive sulla base di segnalazioni, istanze di nuove aperture e data dell'ultima ispezione effettuata su un totale di 40 esercizi commerciali al 31/12/2021
Flussi o basi dati eventualmente utilizzati, specificando i periodi di riferimento considerati	Estrazione dal portale del Ministero della Salute e dalla Banca dati Servizio Farmaceutico
Modalità di campionamento ed i criteri di selezione del campione, sia per quanto concerne gli erogatori/altri soggetti sottoposti a controllo che, ove applicabile, per le cartelle clinico-assistenziali (es.: SDO, FaSAS);	Effettuazione controlli sulle Parafarmacie previsti dalla normativa vigente al fine di verificare la sussistenza dei requisiti previsti dal DM 9/03/20012, attraverso le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> - Vigilanza ispettiva ordinaria in base all'ultima ispezione effettuata - Vigilanza ispettiva straordinaria a seguito di segnalazioni
Modalità operative di esecuzione (es: con o senza preavviso), e descrizione sintetica delle attività di controllo, laddove non espressamente delineate da indicazioni regionali	Le ispezioni ordinarie e preventive saranno eseguite con preavviso, a differenza delle straordinarie programmate a seguito di segnalazioni. Segnalazione di eventuale notizia di reato alle autorità giudiziarie competenti.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Stesura del verbale di accertamento tramite format unico condiviso tra le ex ASL garantendo comportamenti ispettivi uniformi su tutto il territorio regionale.
Composizione équipe di vigilanza , dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le équipe sia ad eventuali gestioni integrate tra i diversi dipartimenti delle ATS	La commissione di vigilanza sulle parafarmacie è composta da: farmacista ATS, amministrativo ATS e medico d'igiene/ UPG
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo	Programmazione annuale

ITEMS	DESCRIZIONE
N. complessivo degli operatori (<i>full time equivalent</i>) adibiti ai controlli per qualifica professionale	3 farmacisti e 7 amministrativi (di cui 1 amministrativo part time)

Depositi/grossisti

Nel corso dell'anno 2023 verranno effettuate n. 8 ispezioni ai grossisti di medicinali sul territorio.

ITEMS	DESCRIZIONE
Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/da remoto)	Visita ispettiva in presenza presso il magazzino secondo le modalità previste da normativa vigente
Numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti sottoposti a controllo, pubblici e privati	Ai sensi della DGR n. 1046 DEL 17/12/2018 al punto 7.1.15 "Vigilanza su depositi e grossisti" i grossisti devono essere ispezionati almeno una volta ogni due anni ed i depositi almeno una ogni 5 anni. Tenuto conto della permanenza della pandemia da SARS-COV-2 che ha prorogato lo stato di emergenza al primo trimestre del 2022 con conseguente passaggio delle attività degli Enti del SSR da una gestione ordinaria ad una gestione straordinaria al fine di garantire la continuità dell'attività istituzionale di controllo e vigilanza ispettiva ed autorizzativa di ATS sulle strutture erogatrici di farmaci, è stato necessario rimodulare la programmazione della gestione dell'attività di controllo in ambito farmaceutico riferita al Piano dei Controlli di valenza biennale 2022/2023, con decorrenza dal 01.04.2022. Pertanto il numero dei grossisti da ispezionare nel corso del 2023 sarà di 8, in coerenza con l'evoluzione del contesto mentre i depositi 0. (dato rimodulato sul totale di n. 13 grossisti e 2 dispensari ATS Brianza al 31/12/2021). Causa la pandemia da SARS Cov-2, che ha determinato il prorogarsi dello stato di emergenza sanitaria al 31/03/2022.
Flussi o basi dati eventualmente utilizzati, specificando i periodi di riferimento considerati	Open data del Ministero della Salute
Modalità di campionamento ed i criteri di selezione del campione, sia per quanto concerne gli erogatori/altri soggetti sottoposti a controllo che, ove applicabile, per le cartelle clinico-assistenziali (es.: SDO, FaSAS);	Sulla base della normativa vigente (DGR n. 1046 DEL 17/12/2018 al punto 7.1.15 "Vigilanza su depositi e grossisti")
Modalità operative di esecuzione (es: con o senza preavviso), e descrizione sintetica delle attività di controllo, laddove non espressamente delineate da indicazioni regionali	Effettuazione controlli previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> - Vigilanza ispettiva ordinaria (con preavviso) - Vigilanza ispettiva straordinaria (su segnalazione o eventuali prescrizioni, senza preavviso) - Vigilanza preventiva (con preavviso) per rilascio autorizzazioni per nuova apertura/trasferimento/ampliamento locali
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	<ul style="list-style-type: none"> - Stesura del verbale di accertamento tramite format unico regionale al fine di uniformare comportamenti ispettivi su tutto il territorio. - Eventuale stesura di verbale di constatazione e affido stupefacenti scaduti non vendibili in loco

ITEMS	DESCRIZIONE
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 e un amministrativo oltre ad eventuale personale professionale di ATS Brianza.
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo	Annuale
N. complessivo degli operatori (<i>full time equivalent</i>) adibiti ai controlli per qualifica professionale	3 farmacisti e 7 amministrativi (di cui 1 amministrativo part time)

Vigilanza su altri soggetti sottoposti a controllo

Costatazione e affido di farmaci stupefacenti scaduti presso Strutture Sanitarie (farmacie, RSA/RSD ambulatori veterinari, Sert, strutture ospedaliere, grossisti)

Modalità svolgimento attività constatazione ed affido stupefacenti	Descrizione modalità di attuazione
<ul style="list-style-type: none"> - in struttura - presso la sede di ATS BRIANZA previo appuntamento (tenuto conto del parere espresso dal Ministero Salute Ufficio Centrale Stupefacenti con nota prot. ATS Brianza n.57697120/20 del 4/09/2020) <p>L'accesso ispettivo può essere effettuato da un farmacista ed un amministrativo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controllo presso la struttura richiedente della corretta tenuta del registro stupefacenti - Stesura di verbale di constatazione ed affido stupefacenti scaduti non vendibili - Irrogazione di eventuale sanzione amministrativa con separato verbale di contestazione (SPV) o segnalazione di eventuale notizia di reato all'Autorità giudiziaria competente. - Tenuto conto del piano di controlli a valenza biennale (2022/2023) e che le richieste che perverranno nel mese di dicembre dell'anno in corso saranno prese in carico nel 2024. Si prevede l'evasione del 90% delle richieste di affido stupefacenti pervenute da parte delle strutture nel corso dell'anno 2023.

5.1.4 Farmaceutica convenzionata

Controlli DPC (Distribuzione Per Conto)

Mensilmente, sulla 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.

Di seguito i controlli che verranno effettuati:

- "vigilanza e monitoraggio dei farmaci DPC dispensati in convenzionata". Il controllo verrà effettuato da remoto tramite l'applicativo Farmavision analizzando la % di ricette DPC spedite in convenzionata valutandone le motivazioni.
- controllo delle "ricette aperte" oltre 30 giorni o "chiusure" 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.

ITEMS	DESCRIZIONE
Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/da remoto)	Da remoto, attraverso i portali Web-DPC e Farmavision
Numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti sottoposti a controllo, pubblici e privati	Viene controllato il 100% delle ricette DPC “aperte” oltre 30 giorni o “chiuse” che risultano spedite ma non contabilizzate da oltre 1 anno
Flussi o basi dati eventualmente utilizzati, specificando i periodi di riferimento considerati	Flussi estratti da Web-DPC e Farmavision
Modalità di campionamento ed i criteri di selezione del campione, sia per quanto concerne gli erogatori/altri soggetti sottoposti a controllo che, ove applicabile, per le cartelle clinico-assistenziali (es.: SDO, FaSAS);	Si verificano le ricette riferite alle farmacie relative ai farmaci erogati in DPC
Modalità operative di esecuzione (es: con o senza preavviso), e descrizione sintetica delle attività di controllo, laddove non espressamente delineate da indicazioni regionali	Via PEC
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Applicativo WebDPC e portale 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
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo	Nel 2023 si effettueranno i controlli relativi al periodo febbraio 2021 – gennaio 2022
N. complessivo degli operatori (<i>full time equivalent</i>) adibiti ai controlli per qualifica professionale	1 farmacista, 1 funzionario amministrativo

DCR-FUR

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.

ITEMS	DESCRIZIONE
Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/da remoto)	Controllo e liquidazione da remoto dell'importo esposto in DCR-FUR delle farmacie territoriali tramite gli applicativi FARMA 2017 e GPI Euis (applicativo contabile)
Numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti sottoposti a controllo, pubblici e privati	Controllo mensile secondo calendario regionale di tutte le farmacie convenzionate (332)
Flussi o basi dati eventualmente utilizzati, specificando i periodi di riferimento considerati	Il flusso di riferimento è la DCR-FUR e Report di Farma 2017
Modalità di campionamento ed i criteri di selezione del campione, sia per quanto concerne gli erogatori/altri soggetti sottoposti a controllo che, ove applicabile, per le cartelle clinico-assistenziali (es.: SDO, FaSAS);	Tutte le farmacie, pubbliche e private che presentano DCR-FUR ogni mese
Modalità operative di esecuzione (es: con o senza preavviso), e descrizione sintetica delle attività di controllo, laddove non espressamente delineate da indicazioni regionali	Mensilmente le farmacie inviano la DCR/FUR entro la data definita da Regione e successivamente si modifica/conferma l'importo da liquidare.

ITEMS	DESCRIZIONE
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
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo	Controllo mensile secondo calendario regionale
N. complessivo degli operatori (<i>full time equivalent</i>) adibiti ai controlli per qualifica professionale	1 farmacisti e 4 amministrativi (di cui 1 amministrativo part time)

5.1.5 Monitoraggio della spesa farmaceutica e dell'appropriatezza prescrittiva in materia di assistenza farmaceutica

ITEMS	DESCRIZIONE
Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/da remoto)	Il monitoraggio avviene da remoto poiché i dati sono presenti sul portale on-line regionale Farmavision e Farma 2017
Numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti sottoposti a controllo, pubblici e privati	Controlli mensili su DCR
Flussi o basi dati eventualmente utilizzati, specificando i periodi di riferimento considerati	Applicativo Farmavision che viene aggiornato dal provider con cadenza mensile ed applicativo Farma 2017.
Modalità di campionamento ed i criteri di selezione del campione, sia per quanto concerne gli erogatori/altri soggetti sottoposti a controllo che, ove applicabile, per le cartelle clinico-assistenziali (es.: SDO, FaSAS);	Viene analizzata la spesa farmaceutica prodotta dalle farmacie pubbliche e private convenzionate insistenti sul territorio di ATS Brianza.
Modalità operative di esecuzione (es: con o senza preavviso), e descrizione sintetica delle attività di controllo, laddove non espressamente delineate da indicazioni regionali	Analisi report farmavision e Farma 2017
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Portale Farmavision /Farma 2017
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, amministrativo
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo	Mensile su DCR
N. complessivo degli operatori (<i>full time equivalent</i>) adibiti ai controlli per qualifica professionale	2 farmacista, 4 amministrativi

5.1.6 Monitoraggio dei piani terapeutici (PT)

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.

Obiettivo prioritario per l’anno 2023 è il completamento ed il consolidamento del percorso già ben avviato da ATS Brianza per una gestione standardizzata su tutto il territorio regionale dei processi relativi alla redazione dei piani terapeutici, alla loro condivisione tra tutte le ATS del territorio, tramite la medesima piattaforma informatica denominata “PTOnLine” di cui oggi tutte le ATS dispongono.

ITEMS	DESCRIZIONE
Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/da remoto)	Il controllo dei PT avviene sui PT emessi attraverso la piattaforma PT on line di ATS Brianza e le copie dei PT che pervengono via posta ordinaria, P.E.C. o P.E.O.
Numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti sottoposti a controllo, pubblici e privati	100% dei piani pervenuti
Flussi o basi dati eventualmente utilizzati, specificando i periodi di riferimento considerati	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 ed i criteri di selezione del campione, sia per quanto concerne gli erogatori/altri soggetti sottoposti a controllo che, ove applicabile, per le cartelle clinico-assistenziali (es.: SDO, FaSAS);	Controllo <i>ex- ante</i> su tutti i PT on line. Tutti i piani cartacei pervenuti via mail o via posta ordinaria vengono controllati e suddivisi prima dell’archiviazione. Controlli specifici possono essere effettuati su specifiche richieste da F.O., indicazioni nazionali/regionali, prescrittori/assistiti (es. nota 39/GH, nota 74, PT Cannabis)
Modalità operative di esecuzione (es: con o senza preavviso), e descrizione sintetica delle attività di controllo, laddove non espressamente delineate da indicazioni regionali	Verifica dei dati riportati sui PT: es. struttura/centro prescrittore, utilizzo del corretto template RL o AIFA, note AIFA ove presenti, indicazioni terapeutiche, validità temporale. PT-OnLine: il controllo avviene <i>ex-ante</i> (la piattaforma non permette la pubblicazione di PT errati o incompleti). PT cartacei: il controllo avviene prima dell’archiviazione del PT.
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)
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 e amministrativi
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo	Continuativo nell’arco dell’anno
N. complessivo degli operatori (<i>full time equivalent</i>) adibiti ai controlli per qualifica professionale	2 farmacista + 2 amministrativi

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

La Farmacovigilanza (FV) rappresenta lo strumento fondamentale per il continuo monitoraggio del rapporto rischio/beneficio dei medicinali grazie ai dati raccolti nelle reali condizioni d'impiego.

Per il 2023 è confermata l'attività di verifica della completezza, congruità e qualità delle schede di sospetta ADR (Adverse Drug Reaction).

ITEMS	DESCRIZIONE
Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/da remoto)	Verifica delle schede ADR (Adverse Drug Reaction) pervenute al responsabile locale di farmacovigilanza di ATS Brianza da parte di pazienti/cittadini, operatori sanitari (MMG/PdF, farmacisti, medici infermieri di strutture sanitarie private, accreditate e non (es. Case di Cura, Poliambulatori e ambulatori diagnostici, studi medici/dentistici) e strutture socio-sanitarie (es. RSA/RSD) afferenti al territorio di ATS Brianza.
Numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti sottoposti a controllo, pubblici e privati	100% delle schede pervenute
Flussi o basi dati eventualmente utilizzati, specificando i periodi di riferimento considerati	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 ed i criteri di selezione del campione, sia per quanto concerne gli erogatori/altri soggetti sottoposti a controllo che, ove applicabile, per le cartelle clinico-assistenziali (es.: SDO, FaSAS);	100% delle schede di sospetta ADR pervenute
Modalità operative di esecuzione (es: con o senza preavviso), e descrizione sintetica delle attività di controllo, laddove non espressamente delineate da indicazioni regionali	Le schede ADR vengono controllate rispetto alla presenza ed alla congruenza dei dati fondamentali per l'inserimento nella rete nazionale di FV (es. paziente, reazione avversa, medicinale, segnalatore, n. di lotto per i vaccini/biologici).
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNFV) Banca dati medicinali (es. "Gallery" di Farmadati o CODIFA)
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	2 Farmacista
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo	Attività di controllo svolta quotidianamente con il vincolo di 7 giorni per l'inserimento in RNFV dalla data di ricezione delle schede ADR.
N. complessivo degli operatori (<i>full time equivalent</i>) adibiti ai controlli per qualifica professionale	2 Farmacista

5.1.8 Controllo della spesa e dei consumi relativi al file F

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 n. 7758/22 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023".

ITEMS	DESCRIZIONE
Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/da remoto)	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)
Numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti sottoposti a controllo, pubblici e privati	Almeno 2 controlli programmati/anno per ciascuna Struttura oggetto del campionamento.
Flussi o basi dati eventualmente utilizzati, specificando i periodi di riferimento considerati	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 ed i criteri di selezione del campione, sia per quanto concerne gli erogatori/altri soggetti sottoposti a controllo che, ove applicabile, per le cartelle clinico-assistenziali (es.: SDO, FaSAS);	Il campionamento viene svolto secondo delle indicazioni regionali vigenti. Es. 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 (es: con o senza preavviso), e descrizione sintetica delle attività di controllo, laddove non espressamente delineate da indicazioni regionali	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 (es: check list)	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: - 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

ITEMS	DESCRIZIONE
	(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.
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e di controllo	In funzione della disponibilità del flusso consolidato
N. complessivo degli operatori (<i>full time equivalent</i>) adibiti ai controlli per qualifica professionale	2 farmacista

5.2 Protesica

5.2.1 Contesto territoriale

Il contesto territoriale dell'Area protesica di ATS Brianza rappresentato secondo il set di informazioni previsto da ACSS è riportato nella tabella in Allegato 14.

Si rimandano alla tabella "AREA PROTESICA_TABELLA DETTAGLIO SPESA" (Allegato 15) i dati di spesa specifici richiesti con asterisco, ai quali sono stati aggiunti a piè di lista le voci di spesa relative a codifiche particolari, definite da Regione Lombardia e non comprese nell'elenco in quanto extra nomenclatore (Cardio monitor e Apparecchi per Fibrosi Cistica). Si fa presente che tra le voci di spesa indicate non è compresa quella relativa alle movimentazioni da magazzino, determinata dal riutilizzo di dispositivi ricondizionati e le spese di trasporto per consegna e ritiro. Tale importo corrisponde a € 1.015.930,29 € ed è disponibile come dato aggregato. Si precisa tuttavia che gli assistiti che hanno ricevuto forniture da magazzino sono stati conteggiati nel numero degli assistiti trattati.

I dati di spesa sono stati rilevati e comunicati dal Servizio competente SUPI (Servizio Unificato di Protesica e Integrativa) che per ATS Brianza, fa capo alla ASST Monza.

5.2.2 Appropriately prescrittiva ed erogativa

La programmazione delle attività di verifica e controllo per l'anno 2023 è inoltre riportata nella tabella "Programmazione – Area protesica 2023" in Allegato 16.

ITEM	DESCRIZIONE
Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/ da remoto)	Prescrittori: Verifica documentale da remoto sulla base di format di autocertificazione dei requisiti generali (scheda dati Medico) per la profilazione delle credenziali in relazione alla specialità del medico. Fornitori: Verifica documentale da remoto della documentazione specifica e format di autocertificazione (requisiti di accreditamento). Riferimento normativo DGR n.8730/2008 DGR n.6917/2017
Numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti sottoposti a controllo	Non quantificabile in quanto calcolata sulle istanze pervenute. Prescrittori: verifica delle richieste di inserimento, cancellazione e variazione di Medici specialisti provenienti da strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, nonché dalle diverse articolazioni organizzative delle ASST (Direzioni di presidio ospedaliero, Distretti, ecc.). Centri di Prescrizione: le richieste di riconoscimento e variazione in relazione ai medici prescrittori. Fornitori: le istanze di autorizzazione e di variazione dello stato giuridico per i fornitori già presenti nell'elenco regionale.
Flussi o base dati eventualmente utilizzati, specificando i periodi di riferimento considerati	Elenchi Aziendali, AssistantRL, Provisioning SISS (Anno 2022)
Modalità di campionamento ed i criteri di selezione del campione sia per quanto concerne gli erogatori/altri soggetti sottoposti a controllo che, ove applicabile, per le cartelle clinico-assistenziali (es: SDO, FaSAS)	La verifica/controllo è sulle richieste di variazione o nuove istanze ricevute dal servizio, sia inerenti ai Prescrittori, sia inerenti ai Fornitori. Per i Fornitori si eseguono controlli di mantenimento dei requisiti.

ITEM	DESCRIZIONE
Modalità operativa di esecuzione , laddove non espressamente delineate dalle indicazioni regionali	Processazione rispetto alle istanze pervenute Prescrittori: Le verifiche sono guidate dalle indicazioni regionali presenti nell'allegato A della DGR n. 6917/2017 (sessione controlli) e come indicato nella procedura interna ad ATS (ID_04968 rilascio credenziali medici prescrittori). Fornitori: la verifica è rivolta alla completezza e correttezza documentale delle autocertificazioni e della scheda fornitore.
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	La verifica documentale delle istanze avviene sulla base di format aziendali/regionali dedicati di autocertificazione dei requisiti pervenuti dai Centri di prescrizione in occasione di richieste di inserimento dei Medici specialisti nelle liste dei prescrittori, mentre per i Fornitori con la stesura di un verbale in caso di sopralluogo o la disamina dei format di autocertificazione (scheda fornitore) per le nuove istanze o richieste di variazione. Di norma non sono previsti sopralluoghi nelle sedi di prescrizione.
Composizione equipe di vigilanza , dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le equipe sia ad eventuali gestioni integrate tra diversi dipartimenti ATS	Definita di volta in volta in base all'oggetto della vigilanza
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e controllo	L'aggiornamento degli ELENCHI dei Fornitori nel sito aziendale è prevista con periodicità semestrale. Annuale quella per i prescrittori che per l'anno 2023 riguarderà principalmente gli specialisti di apparecchi acustici e protesi arto inferiore.

5.2.3 Monitoraggio delle prescrizioni on-line verso cartacee

ITEM	DESCRIZIONE
Modalità con cui si intende eseguire il controllo (es: in presenza/ da remoto)	Il controllo e monitoraggio avviene da remoto con estrazione di dati dal portale Assistant-RL della prescrizione on line compilate dai medici specialisti per forniture di Protesica STD e Diabetica Automonitoraggio
Numerosità dei controlli programmati in relazione al numero di erogatori/soggetti sottoposti a controllo	L'obiettivo è rivolto al monitoraggio dell'uso da parte dei medici prescrittori autorizzati, del software Assistant_RL. L'utilizzo dello strumento informatico è sempre più raccomandato dalle indicazioni regionali pertanto il monitoraggio è annuale
Flussi o base dati eventualmente utilizzati, specificando i periodi di riferimento considerati	L'analisi prende in considerazione le nuove prescrizioni e i rinnovi anticipati per le forniture di Protesica STD (ausili e protesi di maggior consumo) e i dispositivi per il Diabete in Automonitoraggio.
Modalità di campionamento ed i criteri di selezione del campione sia per quanto concerne gli erogatori/altri soggetti sottoposti a controllo che, ove applicabile, per le cartelle clinico-assistenziali (es: SDO, FaSAS)	Processazione delle istanze pervenute. Verifica prime forniture e rinnovi anticipati.
Modalità operativa di esecuzione , laddove non espressamente delineate dalle indicazioni regionali	Le prescrizioni cartacee non considerate "inappropriate" sono quelle effettuate da medici appartenenti a strutture non dotate di postazioni SISS, quelle fuori Regione Lombardia e le prescrizioni di

ITEM	DESCRIZIONE
	MMG/PdL sostituiti dei medici titolari o con incarichi provvisori
Strumenti operativi impiegati per la conduzione delle ispezioni (es: check list)	Assistant SRL
Composizione equipe di vigilanza, dando evidenza sia ai profili professionali che compongono le equipe sia ad eventuali gestioni integrate tra diversi dipartimenti ATS	Definita di volta in volta in base all'oggetto della vigilanza
Cronoprogramma delle attività di vigilanza e controllo	Controllo periodico effettuato sulle istanze pervenute

6. ALTRE AREE DI CONTROLLO

6.1 Cure primarie

6.1.1 Contesto territoriale

Il contesto territoriale dell'Area Cure primarie di ATS Brianza rappresentato secondo il set di informazioni previsto da ACSS è riportato nella tabella in Allegato 17.

6.1.2 Programmazione attività di controllo

Il quadro complessivo dell'attività programmata per l'anno 2023, è riportato nella successiva tabella e rappresentato nel format previsto da ACSS "Area cure primarie – programmazione 2023" in allegato 18.

ITEMS	DESCRIZIONE
Attività per le tre tipologie	<ul style="list-style-type: none"> - PIPP: verifiche su appropriatezza (medicazioni per MMG e volumi prestazioni ex AIR per i PLS) - ADP: verifica contenuti scheda medica e sul programma accessi (definite linee guida) - PSD: sigla contratti e verifica su schede infermiere - ADI: esistenza dei piani di cura - Segnalazioni dei cittadini per gravi omissioni convenzionali o per irreperibilità del medico - Verifica documentale dei requisiti per l'inserimento di medici a tempo indeterminato con riferimento alla qualità delle carte dei servizi prodotte e dalle modalità di contattabilità (sia MMG sia PLS)
Cronoprogramma delle attività	Annuale con cadenza mensile
Composizione équipe di controllo	1 dirigente medico, 1 dirigente amministrativo, 3 amministrativi del comparto

6.2 Cure primarie e PNRR

In applicazione delle indicazioni del PNRR e del Decreto 77 nonché dei dettami previsti nell'AIR 2022, si è proceduto al bando per le forme associative avanzate e per l'incremento del personale sia per MMG sia per PLS. In sede di esame delle domande si verificheranno ex ante le indicazioni per contattabilità e carta dei servizi.

Le forme avanzate costituiscono implementazione, assieme all'avvio delle AFT, degli ambulatori socio sanitari previsti dalla LR 22/21 quali spoke delle case di comunità.

Infine, il sistema delle regole a valere per l'anno 2023 e il passaggio verso le ASST dei MMG e dei PLS, impongono la necessità di revisione delle linee guida per le attività di cui al presente documento. L'applicazione ovvero gli scostamenti costituiscono occasione di una verifica ancora più approfondita.

6.3 Presa in carico dei pazienti cronici (PIC)

6.3.1 Contesto territoriale

Il contesto territoriale dell'Area presa in carico dei pazienti cronici di ATS Brianza rappresentato secondo il set di informazioni previsto da ACSS è riportato nella tabella in Allegato 19.

6.3.2 Controllo Presa in carico pazienti cronici (PIC)

Il settore è oggetto di un cambiamento organizzativo complessivo che è stato già evidenziato o meglio annunciato nel sistema delle regole. Pertanto in attesa di indicazioni maggiormente stringenti si ripresenta il set di controlli presenti anche nell'anno 2022.

Occorre peraltro notare che questo settore è stato implementato con il possibile avvio in modo sistematico della telemedicina e del telemonitoraggio quale ulteriore aspetto connesso alla presa in carico.

Regione peraltro sempre in quest'ultimo ambito di sorveglianza ha autorizzato la sperimentazione del PSD e quindi di un sistema di sorveglianza domiciliare che vede come protagonisti il medico curante e l'infermiere di studio e che riconosce come target i pazienti cronici e fragili non deambulabili che vengono monitorati attraverso una scheda infermieristica.

La programmazione delle attività di verifica e controllo per l'anno 2023 è inoltre riportata nella tabella "Programmazione 2023 - Area Presa in carico dei pazienti cronici" in Allegato 20.

6.4 Legge Regionale 8 luglio 2020 n. 15: sicurezza del personale sanitario e sociosanitario

Nel corso del 2023 il Medico Competente e il Servizio di Prevenzione e Protezione, con la collaborazione del RM, procederanno all'analisi dei dati ottenuti tramite i questionari somministrati nel corso del 2022 con lo scopo principale di mappare l'incidenza del fenomeno per i luoghi più a rischio e progettare e realizzare eventuali piani di miglioramento che riguardano sedi, processi e competenze.

Inoltre nel 2023 il RM prevede, in collaborazione con il Medico Competente ed il Servizio di Prevenzione e Protezione, la realizzazione di un evento formativo dal titolo "Come prevenire e gestire le aggressioni verbali e fisiche" rivolto al personale dell'ATS Brianza.

Si prevede inoltre di fornire agli operatori un documento con le istruzioni utili per gestire eventuali episodi di violenza.

6.5 Tempi di attesa

La programmazione delle attività di verifica e controllo per l'anno 2023 è inoltre riportata nella tabella "Programmazione 2023 (Tempi di attesa)" in Allegato 21.

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.

ATS Brianza ha aggiornato e formalizzato il Piano attuativo di governo dei tempi di attesa (PGTA) del 2022, trasmesso a DGW con protocollo 0092103/22 del 30.11.2022. Il documento riporta la pianificazione delle azioni per il governo dei tempi di attesa previste per il 2023.

Nel 2023, i controlli sui TDA programmati da ATS Brianza sono i seguenti:

- monitoraggi MTA nazionali e regionali;
- monitoraggio TDA in riferimento alle indicazioni regionali (DGR n. 7475 del 30/11/2021 e n. 7819 del 23/01/2023);
- altri controlli finalizzati al governo dei tempi di attesa.

6.5.1 Monitoraggi MTA nazionali e regionali

Nel 2023 ATS effettuerà l'attività di verifica periodica prevista dai Monitoraggi Nazionali e Regionali dei tempi di attesa, mediante le seguenti azioni:

- verifica della 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 indichino gli accorgimenti necessari per minimizzare il disagio dell'utenza;
- verifica dell'adesione al monitoraggio semestrale su SMAF delle sospensioni coerentemente alle comunicazioni pervenute;
- verifica della adesione al monitoraggio dei volumi.

6.5.2 Monitoraggio TDA in riferimento alle indicazioni regionali (DGR n. 7475 del 30/11/2021 e n. 7819 del 23/01/2023)

Le DGR n. 7475 e n. 7819 individuano le prestazioni ambulatoriali prioritariamente contenute nel PNGLA che maggiormente necessitano di azioni correttive finalizzate a colmare il gap assistenziale attualmente presente presso gli enti sanitari di Regione Lombardia. Le prestazioni sono elencate di seguito:

CODICE	PRESTAZIONE
4516	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD)
4525	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
87371	MAMMOGRAFIA BILATERALE
87411	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO
88016	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
88714	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
88721	ECOGRAFIA CARDIACA
88722	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA
88723	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA
8872A	ECOGRAFIA CARDIACA SENZA E CON CONTRASTO
88731	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA
88735	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI
88741	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE
88761	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO
88772	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA
8913	PRIMA VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA)
89372	SPIROMETRIA GLOBALE
8950	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO
897A3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA
897A7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA
897A8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA
897B7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA
94191	PRIMA VISITA PSICHIATRICA
9502	PRIMA VISITA OCULISTICA

Le medesime DGR individuano le azioni correttive da applicare agli erogatori pubblici e privati accreditati; le ATS hanno il compito di effettuare l'analisi della domanda e della capacità di offerta sui propri territori e di monitorare l'attuazione delle azioni correttive.

I controlli in merito saranno effettuati con le seguenti modalità:

- verifica dell'erogazione delle prestazioni in termini di fruizione, distretto di erogazione e rispetto dei tempi di attesa, attraverso un cruscotto di monitoraggio ad aggiornamento mensile;
- verifica dei tempi di attesa, delle agende di prenotazione esposte ai sistemi centrali, degli appuntamenti fissati fuori dalla soglia di tempo massimo stabilito dalla classe di priorità della prescrizione e degli slot dichiarati per l'anno 2023, mediante l'analisi dei dati del cruscotto del portale regionale.

DGW ha istituito inoltre un monitoraggio quindicinale, attivo fin dall'inizio dell'anno 2023, per il quale ATS raccoglie i dati relativi agli erogatori del proprio territorio in merito a:

- appuntamenti fuori soglia - anticipazione delle prenotazioni delle prestazioni identificate con data appuntamento compresa tra gennaio e giugno 2023 e classe di priorità B e D;
- incremento slot 2023 - riallineamento della produzione 2023 all'erogato 2019 incrementato del 10% per ciascuna prestazione e mensilità.

Gli esiti dei monitoraggi e dei controlli saranno condivisi con le strutture erogatrici al fine di un'implementazione uniforme e condivisa delle azioni correttive.

6.5.3 Altri controlli finalizzati al governo dei tempi di attesa

6.5.3.1 Presa in carico paziente chirurgico oncologico

Nell'anno 2023 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", monitorato dagli indicatori definiti:

- % di prestazioni tracer prescritte da specialista interno
- % di prestazioni tracer effettuate nella stessa struttura

6.5.3.2 Accessibilità alle prestazioni

Nell'anno 2023, in continuità con quanto effettuato l'anno scorso, sarà tenuta traccia, tramite applicativi aziendali, di tutte le ricerche in merito alla disponibilità e all'effettiva accessibilità della prestazione.

6.5.3.3 Governance dell'offerta sulla base dell'analisi del bisogno (PIAO ATS Brianza 2023-2025)

Vista la strategicità, anche nell'ambito del piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) 2023-2025, la tematica del governo dei tempi di attesa e della gestione dell'accessibilità è stata identificata quale obiettivo strategico di valore pubblico.

In questo contesto, per l'anno 2023, è prevista l'istituzione di un tavolo di lavoro con obiettivi a valenza triennale che coinvolgerà il Dipartimento PAAPSS e la SC Epidemiologia di ATS Brianza con gli stakeholder interni ed esterni per condividere l'analisi dei bisogni di salute e le strategie di miglioramento dell'offerta.

6.6 Qualità percepita

ATS Brianza ha, nel corso degli anni, sviluppato diversi strumenti di ascolto dei cittadini. Ogni utente, singolo o associato, ha il diritto di 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 2023 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 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. Per il 2023 è stato previsto l’aggiornamento dell’anagrafica identificando le indagini da realizzare entro il 2024, monitorando le iniziative individuate nel 2022 e verificando la possibilità di attivare azioni di miglioramento.

Parte III
ALLEGATI

ALLEGATI

Elenco degli allegati:

1. Referenti ATS per ciascuna Area
2. Qualità percepita 2022
3. Contesto territoriale: strutture ospedaliere/territoriali al 01/01/2023 (Area sanitaria)
4. Risorse umane
5. Programmazione attività di vigilanza e di controllo 2023 (Area sanitaria)
6. Analisi di contesto: fotografia delle UdO Sociosanitarie al 01/01/2023 (Area sociosanitaria)
7. Programmazione attività di vigilanza e di controllo 2023 (Area sociosanitaria)
8. Contesto territoriale: fotografia delle UdO Sociali al 01/01/2023 (Area sociale)
9. Programmazione attività di vigilanza e di controllo 2023 (Area sociale)
10. Analisi di contesto (Area verifiche requisiti contrattuali)
11. Programmazione attività di vigilanza e di controllo 2023 (Area verifiche requisiti contrattuali)
12. Analisi di contesto: servizio farmaceutico-sezione farmaceutica (Area farmaceutica)
13. Programmazione attività di vigilanza e di controllo 2023 (Area farmaceutica)
14. Analisi di contesto: servizio farmaceutico-sezione protesica (Area protesica)
15. Tabella dettaglio spesa (Area protesica)
16. Programmazione attività di vigilanza e di controllo 2023 (Area protesica)
17. Analisi di contesto: fotografia delle cure primarie e USCA, ecc. al 01/01/2023 (Area cure primarie)
18. Programmazione attività di vigilanza e di controllo 2023 (Area cure primarie)
19. Analisi di contesto (Area presa in carico)
20. Programmazione (Area presa in carico)
21. Programmazione attività di vigilanza e di controllo 2023 (Area tempi di attesa)

CODICE: 324		ATS BRIANZA			
AREA	REFERENTE				
	Nome	Cognome	Ruolo	Telefono	Mail
SANITARIA	BARBARA	RUFFINI	DIRIGENTE MEDICO	039 2384325	barbara.ruffini@ats-brianza.it
SOCIOSANITARIA	ALESSANDRA	CASE'	DIRIGENTE MEDICO	039 2384234	alessandra.case@ats-brianza.it
SOCIALE	ROBERTO	FUMAGALLI	ASSISTENTE SOCIALE	0341 482384	roberto.fumagalli@ats-brianza.it
VERIFICHE REQUISITI CONTRATTUALI	PAOLO	CAVALLARO	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	039 2384370	paolo.cavallaro@ats-brianza.it
FARMACEUTICA	GIORGIA	PALMIERI	DIRIGENTE FARMACISTA	039 2384868	giorgia.palmieri@ats-brianza.it
PROTESICA	GIORGIA	PALMIERI	DIRIGENTE FARMACISTA	039 2384868	giorgia.palmieri@ats-brianza.it
CURE PRIMARIE E PRESA IN CARICO	PAOLA	DE GRADA	DIRIGENTE MEDICO	0341 482271	paola.degrada@ats-brianza.it
TEMPI DI ATTESA	ELISA	PESENTI	DIRIGENTE MEDICO	039 2384821	elisa.pesenti@ats-brianza.it
QUALITA' PERCEPITA	STEFANIA	BOLIS	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	039 2384374	stefania.bolis@ats-brianza.it

RACCOLTA SEGNALAZIONI COVID-19 ANNO 2022

Per le segnalazioni ritenute meritevoli di ulteriori approfondimenti indicare "SI" nella colonna "Necessità di Controllo" e riportare nel foglio "PROGRAMMAZIONE 2021" il n. progressivo, l'indicazione sul tipo di segnalazione

N_Progressivo	DATA gg/mm/aa	Codice Struttura	Codice Reparto	Segnalazione/Encodio	Descrizione segnalazione	NECESSITA' DI CONTROLLO	Note
1	04/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà accesso allo studio della del suo mmg		
2	04/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	maleducazione e mancanza professionalità		
3	04/01/22	324	attività amministrative e di controllo sulle farmacie	SEGNALAZIONE	irregolarità erogazione tampone covid presso la farmacia		
4	07/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata assistenza per gestione sintomatologia covid		
5	12/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	impossibile fissare appuntamenti		
6	14/01/22	324	attività amministrative e di controllo sulle farmacie	SEGNALAZIONE	farmacia ha richiesto il pagamento per l'esecuzione di un tampone		
7	17/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tampone a domicilio		
8	19/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	paziente positivo in ambulatorio		
9	28/01/22	324	attività amministrative e di controllo sulle farmacie	SEGNALAZIONE	farmacia comunale non segue la procedura corretta nell'esecuzione dei tamponi		
10	28/01/22	324	attività amministrative e di controllo sulle farmacie	SEGNALAZIONE	segnalazione tampone farmacia		
11	31/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	diagnosi errate		
12	02/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	gestione paziente covid		
13	02/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg si è rifiutato di controllare paziente		
14	03/02/22	324	attività amministrative e di controllo sulle farmacie	SEGNALAZIONE	disserivi tamponi farmacia		
15	07/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	pessimo comportamento mmg		
16	07/02/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	rsa		
17	09/02/22	324	vigilanza lecco	SEGNALAZIONE	visite parenti casa di riposo		
18	16/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	segnalazione dpi		
19	16/02/22	324	vigilanza lecco	SEGNALAZIONE	Visite parenti rsa		
20	21/02/22	324	vigilanza lecco	SEGNALAZIONE	visite parenti		
21	01/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg guardia medica si rifiuta di visitare paziente		
22	17/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	pdl si è rifiutato di visitare la bambina		
23	18/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	richiesta tampone per accedere ambulatorio		
24	21/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg negligente		
25	22/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	PDI si è rifiutato di visitare la bambina		
26	29/03/22	324	attività amministrative e di controllo sulle farmacie	SEGNALAZIONE	disservizio farmacia		
27	19/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE			
28	27/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	varie criticità		
29	28/04/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	rsa		
30	02/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non riceve in ambulatorio		
31	09/05/22	324	vigilanza lecco	SEGNALAZIONE	rsa		
32	20/05/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	visite rsa -		
33	25/05/22	324	vigilanza lecco	SEGNALAZIONE	RSA		
34	05/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio		
35	15/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio		

36	16/08/2022	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	il 12/08/22 l'utente si recava presso lo studio previo appuntamento, giunta in ambulatorio il Dottore affermava che non avrebbe provveduto ad effettuare la visita, di fronte all'insistenza dell'utente la sollecitava a lasciare lo studio affermando "io oggi non dovrei essere qui a lavorare, perchè ho il covid e quindi se ne vada"		
37	19/09/2022	324	accreditamento controllo vigilanza strutture sanitarie	SEGNALAZIONE	casa di cura non rispetta norme covid		
38	03/10/2022	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	diniego rilascio certificato di malattia per covid		
39	04/10/2022	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg rifiuta di prescrivere certificato di malattia per covid- mmg non professionale		
40	07/10/2022	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg si è rifiutato di visitare paziente con sintomi di tosse		
41	26/10/2022	324	medicina dello sport	SEGNALAZIONE	certificazione verde non accetta per disposizione ats in materia di covid e return to play		
42	08/11/2022	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	paziente non è stato visitato, atteggiamento non professionale del medico		
43	10/11/2022	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non ha rilasciato certificato di malattia per covid		
44	11/11/2022	324	attività amministrative e di controllo sulle farmacie	SEGNALAZIONE	il locale addebito dalla farmacia per eseguire i test per covid è fatiscente e non viene rispettata la privacy dell'utente.		
45	21/11/2022	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata somministrazione vaccino covid al domicilio per paziente allettata		
46	12/12/2022	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	paziente non è stato visitato, atteggiamento non professionale del medico		
47	13/12/2022	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	pls si è rifiutata di visitare la bambina		
48	13/12/2022	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico fa aspettare all'esterno i pazienti		
49	20/12/2022	324	affari generali	SEGNALAZIONE	mancato rispetto (UE) 2016/679		

RACCOLTA SEGNALAZIONI ANNO 2022

Per le segnalazioni ritenute meritevoli di ulteriori approfondimenti indicare "SI" nella colonna "Necessità di Controllo" e riportare nel foglio "PROGRAMMAZIONE 2022" il n. progressivo, l'indicazione sul tipo di segnalazione (COVID/NON COVID) e la descrizione della segnalazione su cui si intende programmare l'attività di controllo

N_Progressivo	DATA gg/mm/aa	Codice Struttura	Codice Reparto	Segnalazione/E ncomio	Descrizione segnalazione	NECESSITA' DI CONTROLLO	Note
2	04/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà accesso allo studio della del sostituto del suo mmg		
3	04/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà accesso allo studio della del suo mmg		
4	04/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	maleducazione e mancanza professionalita		
5	04/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata assistenza e difficoltà di contatto		
6	04/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata assistenza a limbiate e in particolare del medico assegnatele		
7	04/01/22	324	attività amministrative e di controllo sulle farmacie	SEGNALAZIONE	irregolarità erogazione tampone covid presso la farmacia		
8	04/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	comportamento scorretto mmg		
9	07/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata assistenza per gestione sintomatologia covid		
10	07/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà accesso alle cure e all'ambulatorio		
11	07/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	maleducazione e arroganza		
12	12/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	impossibile fissare appuntamenti		
13	12/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	il medico guardia medica si è rifiutato di redigere un certificato di malattia		
14	12/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	pessimo servizio guardia medica		
15	13/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medici di famiglia non presente sul territorio		
16	14/01/22	324	attività amministrative e di controllo sulle farmacie	SEGNALAZIONE	farmacia - ha richiesto il pagamento per l'esecuzione di un tampone		
17	14/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	MMG INADEGUATO		
18	14/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	ritardi negli invii ricette		
19	17/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	comportamento non professionale		
20	17/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tampone a domicilio		
21	17/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg scostante		
22	17/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	numero sempre occupato		
23	18/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non disponibile all'ascolto		
24	19/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	paziente positivo in ambulatorio		
25	20/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non visita		
26	20/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irreperibile		
27	20/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non si è presentata in ambulatorio		
28	20/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	Assessore alle politiche sociali dichiara sul territorio del comune sono presenti pochi medici di famiglia		
29	20/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non reperibile		
30	21/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	segnalazione sui medici di burago		
31	21/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg assente		
32	21/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non riesce a gestire i pazienti		
33	21/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non professionale		
34	21/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg assente		
35	21/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non risponde al telefono		

36	24/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non risponde al telefono		
37	24/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non professionale		
38	27/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata comunicazione di confermare medico		
39	27/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	richiesta di conferma mmg - causa lettera ats arrivata in ritardo		
40	28/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	richiesta di conferma mmg - causa lettera ats arrivata in ritardo		
41	28/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non risponde al telefono		
42	28/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg monza		
43	28/01/22	324	attività amministrative e di controllo sulle farmacie	SEGNALAZIONE	farmacia comunale non segue la procedura corretta nell'esecuzione dei tamponi		
44	28/01/22	324	attività amministrative e di controllo sulle farmacie	SEGNALAZIONE	segnalazione tampone farmacia		
45	31/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	diagnosi errate		
46	31/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservio cambio medico		
47	31/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	diservizio mmg		
48	31/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata comunicazione conferma medico		
49	31/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata comunicazione da parte di ats brianza conferma di base		
50	01/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non è mai disponibile		
51	02/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	richiesta mmg		
52	02/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizi		
53	31/01/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	certificato di malattia		
54	02/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata comunicazione da parte di ats brianza conferma di base		
55	02/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg incompetente		
56	02/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	gestione paziente covid		
57	02/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg si è rifiutato di controllare paziente		
58	02/02/22	324	dipartimento prevenzione e igiene	SEGNALAZIONE	carenza vaccino antitetanico		
59	03/02/22	324	attività amministrative e di controllo sulle farmacie	SEGNALAZIONE	disserivi tamponi farmacia		
60	07/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	pessimo comportamento mmg		
61	07/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg assente		
62	07/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	problematiche con mmg		
63	07/02/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	rsa		
64	08/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg guardia medica maleducata		
65	08/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	richiesta prescrizione medica e informazioni		
66	18/01/22	324		SEGNALAZIONE	informazioni errate sulla gestione di una pratica e dell'ubicazione dell'ufficio		
67	09/02/22	324	vigilanza lecco	SEGNALAZIONE	visite parenti casa di riposo		
68	10/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	MMG Guardia medica maleducato		
69	14/02/22	324	uoc fragilità e cronicità	SEGNALAZIONE	neuropsichiatria infantile asst		
70	14/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irreperibile		
71	16/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	segnalazione dpi		
72	16/02/22	324	vigilanza lecco	SEGNALAZIONE	Visite parenti rsa		
73	21/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempistiche lunghe		
74	21/02/22	324	vigilanza lecco	SEGNALAZIONE	visite parenti		
75	22/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non reperibile		
76	22/02/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	segnalazione nidi comunali		
77	25/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg omettenelle prescrizioni il codice esenzione		

78	25/02/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	prescrizione farmaci sbagliati		
79	01/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg guardia medica si rifiuta di visitare paziente		
80	09/01/22	324	programmi di screening - lecco	SEGNALAZIONE	mancata chiamata screening colonretto		
81	02/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irreperibile		
82	03/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	pediatra non visitata bambina		
83	04/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio		
84	07/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	dosaggio farmaci		
85	10/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	continui cambi mmg		
86	10/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	comportamento scorretto mmg		
87	10/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non risponde al telefono		
88	11/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	insulti alla paziente parlando con una collega		
89	14/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non dà appuntamenti		
90	14/03/22	324	accreditamento controllo vigilanza strutture sanitarie	SEGNALAZIONE	tempi d'attesa		
91	14/03/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	rsa		
92	14/03/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	rsa		
93	14/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	certificato di malattia		
94	14/03/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	rsa		
95	14/03/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	rsa		
96	15/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	ambulatorio chiuso		
97	15/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	invio ricette		
98	15/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non risponde al telefono		
99	16/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg nega incontro conoscitivo		
100	17/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	referti medici		
101	17/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	malattia		
102	17/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	cambio medico		
103	17/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	pdl si è rifiutato di visitare la bambina		
104	18/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	richiesta tampone per accedere ambulatorio		
105	21/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg negligente		
106	21/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non reperibile		
107	22/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg arrogante		
108	22/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	PDI si è rifiutato di visitare la bambina		
109	22/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non professionale		
110	23/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	manca privacy		
111	22/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	non reperibile		
112	23/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	appuntamento non rispettato		
113	24/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	problemi con impegnative		
114	24/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà nel contattare mmg		
115	25/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	certificato di malattia		
116	25/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	procedura invalidità		
117	28/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	atteggiamento scorretto		
118	28/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg negligente		
119	28/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	visite specialistiche		
120	29/03/22	324	attività amministrative e di controllo sulle farmacie	SEGNALAZIONE	disservizio farmacia		
121	29/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	guardia medica brughiero		
122	29/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	ricette mediche		
123	29/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà nel contattare mmg		
124	31/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio		
125	01/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio		

126	04/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio		
127	04/04/22	324	accreditamento controllo vigilanza strutture sanitarie	SEGNALAZIONE	esecuzione esame diverso da quello sulla prescrizione da parte di ASST Lecco		
128	04/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio		
129	04/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancanza comunicazione agli assistiti		
130	05/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio		
131	06/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	assenza mmg nel comune di		
132	06/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi lunghi per richiesta farmaci		
133	07/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	infortunio		
134	07/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà nel reperire pdl		
135	07/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	comportamento scorretto		
136	11/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE			
137	11/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	certificato malattia		
138	13/04/22	324	vigilanza lecco	SEGNALAZIONE	residente in rsa san giorgio ricoverata in ospedale per intossicazione da benzodiazepine		
139	13/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	ritardo nel prescrivere ricette		
140	13/04/22	324	accreditamento controllo vigilanza strutture sanitarie	SEGNALAZIONE	reclamo sanitario tempi d'attesa, agende chiuse, mancanza strumenti		
141	23/03/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	rifiuto emissione impegnativa		
142	19/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg arrogante		
143	19/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non professionale e superficiale		
144	19/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE			
145	19/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irreperibile		
146	19/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	rifiuto esami		
147	20/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg negligente		
148	20/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata comunicazione trasferimento medico		
149	20/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancanza comunicazione agli assistiti		
150	21/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irreperibile		
151	21/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non professionale		
152	21/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	richiesta esami - mmg si rifiuta		
153	22/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irreperibile		
154	27/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg si è rifiutato di visitare il paziente		
155	27/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg negligente		
156	27/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg assente		
157	27/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg assente		
158	27/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	guardia medica		
159	27/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	certificato malattia		
160	27/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	varie criticità		
161	28/04/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irreperibile		
162	28/04/22	324	accreditamento controllo vigilanza strutture sanitarie	SEGNALAZIONE	tempi d'attesa		
163	28/04/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	rsa		
164	02/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non riceve in ambulatorio		
165	02/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	richiesta assegnazione nuovo mmg		
166	03/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancanza comunicazioni ufficiali		
167	09/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	segnalazione di accesso improprio al ps		
168	06/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	ricette dematerializzate		
169	09/05/22	324	vigilanza lecco	SEGNALAZIONE	rsa		
170	11/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg maleducato		
171	12/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	attese lunghe		
172	13/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	guardia medica		

173	16/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	rifiuto visita specialistica		
174	16/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non professionale		
175	18/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	rifiuto visita		
176	20/05/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	visite rsa -		
177	20/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg inadempiente		
178	20/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà nel contattare mmg		
179	23/05/22	324	dipartimento prevenzione e igiene	SEGNALAZIONE	rsa caso di pediculosi		
180	24/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	telefonate improprie		
181	25/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà nel contattare mmg		
182	26/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg inadempiente		
183	26/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà nel conttare mmg		
184	26/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	gestione orari ambulatorio		
185	25/05/22	324	vigilanza lecco	SEGNALAZIONE	rsa		
186	20/05/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	asili nido		
187	30/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata prescrizione ricette e giornate di malattia		
188	30/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	inadeguatezza sistema dfi accettazione e risposta telefonica da parte del mmg		
189	30/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	risposta inappropriata da medico di guardia medica		
190	30/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	risposta arrogante, maleducata a richiesta di approfondimneti		
191	31/05/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	certificato di malattia		
192	02/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata informazione e maleducazione da parte della dr,ssa di GM per accesso cure dentistiche urgenti		
193	07/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	pdl arrogante		
194	07/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg arrogante		
195	08/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg rifiuta di prescrivere ricette		
196	09/06/22	324	programmazione e integrazione territoriale	SEGNALAZIONE	terapia riabilitativa		
197	09/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	comportamento non professionale		
198	09/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizi		
199	09/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	chiusura pratica infortunio		
200	10/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg inadempiente		
201	14/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico incompetente . non inserisce le esenzioni rifiuta esami del sangue prescritti da specialista allergologo mancata risposta richiesta prescrizioni.		
202	14/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	Dr.ssa incapace di produrre la documentazione per invalidità civile		
203	14/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	dr.ssa impossibilità risposta a richieste di prescrizioni e di appuntamenti		
204	14/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	rifiuto di prescrizione di ricette e incapacità di pratica per infortunio		
205		324		SEGNALAZIONE	rifiuto prescrizione giorno di malattia e medico in ciabatte		
206	14/06/22	324	appropriatezza ambulatori	SEGNALAZIONE	richiesta prestazione nei tempi corretti		
207	14/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	impossibile ricevere risposta alle richieste di prescizioni e appuntamenti		

208	14/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio guardia medica		
209	14/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà nel contattare mmg		
210	15/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	ritardo del mmg in ambulatorio		
211	16/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi d'attesa lunghi per appuntamenti in ambulatorio		
212	17/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	farmaci sbagliati . contatto solo con sms e mancanza di ricettari		
213	17/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	errore nella ricetta da parte del mmg del cad . prescrizione timbrata con timbro di medico di altra regione e non accettata		
214	17/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non risponde alle telefonate e la paziente non può avere giornata di malattia		
215	20/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	il medico di CA è volgare e ha aggredito verbalmente		
216	20/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	cattiva organizzazione per l'accesso ai servizi del MMG		
217	20/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	cattiva organizzazione per l'accesso ai servizi del MMG		
218	21/06/22	324	appropriatezza ambulatori	SEGNALAZIONE	impossibilità prenotazione rn con classe di priorità		
219	22/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà accesso al servizio della dr.ssa per la prescrizione di farmaci per patologia cronica		
220	22/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	telefono sempre spento . Non c'è email e non si conoscono le assenze		
221	23/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	settimane per avere impegnativa per ecografia e farmaci		
222	24/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	dichiarazione del medico di impossibilità di prescrizione di ecografia		
223	24/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata prescrizione di assenza dal lavoro		
224	27/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	inadeguatezza servizio CAD		
225	27/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	denuncia di querela		
226	27/06/22	324	appropriatezza ambulatori	SEGNALAZIONE	richiesta di rispetto della tempistica per l'accesso a visita ortopedica con classe di priorità 30 giorni		
227	28/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio		
228	28/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio		
229	29/06/22	324	appropriatezza ambulatori	SEGNALAZIONE	richiesta prestazioni per colonscopia e eco addome in classe P		
230	29/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	impossibilità di contattare e negligenze		
231	29/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg maleducato		
232	30/06/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	riapertura		
233	05/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio		
234	05/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio ambulatorio chiusa		
235	05/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio ambulatorio chiusa		
236	06/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irraggiungibile		
237	06/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio		
238	07/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio ambito territoriale		
239	07/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio ambito territoriale		
240	07/07/22	324	risorse strumentali e logistiche	SEGNALAZIONE	allarme sede suona sempre alle ore 6.00		
241	07/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	visita a pagamento con impegnativa		
242	11/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	comporamento non professionale da parte del medico		

243	11/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irraggiungibile		
244	12/07/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	rsa agostoni - lissone		
245	12/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	richiesta rimborso		
246	12/07/22	324	appropriatezza ambulatori	SEGNALAZIONE	non disponibilità agende - ospedale carate		
247	13/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irraggiungibile		
248	14/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	reclamo poliambulatorio comunale limbate		
249	15/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irraggiungibile		
250	15/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio ambito territoriale limbate		
251	15/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio		
252	18/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà nel contattare telefonicamente il medico di famiglia		
253	19/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non risponde al telefono e non si presenta nei giorni di ambulatorio		
254	19/07/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	rsa		
255	19/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	diniego da parte del medico nella richiesta di impegnativa da parte dello specialista. Mmg riceve senza appuntamento		
256	21/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	manca mmg ambito territoriale		
257	21/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà di comunicazione con il mmg- ricette errate		
258	22/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irraggiungibile al telefono		
259	22/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	non si riesce ad avere un appuntamento con il medico di famiglia e non risponde all'email		
260	26/07/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	dimissioni arbitrarie di ospite in rsa		
261	26/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico non presente in ambulatorio . nessun avviso agli utenti . medico sostituto segnalato senza n. di telefono		
262	27/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	indisponibilità in ambulatorio e telefonica per richieste di esami da parte di paziente oncologica		
263	28/07/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	toni sgradevoli e arroganti mi ha precisato che la mail non l'ha guardata; inutile lamentarsi con lei perché "è stanca di fare il lavoro di altri", discussione si è accesa per la continua mancanza di rispetto e per le continue lamentele da parte della Dott.ssa non sapeva se fossi ancora una sua paziente perché lei aveva chiesto la revoca.		
264	02/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	indisponibilità medico per indicazioni sanitarie e prescrizione malattia . rifiuto di utilizzare la mail per contattare l'assistenza medica		
265	04/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	a seguito frattura ossea presso altra regione il medico rifiuta prescrizione giorni di malattia .		
266	08/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	spostamento ambulatorio		
267	08/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà di accesso		
268	11/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancate visite domiciliare una delle quali effettuata richiedendo compenso poi smentito		
269	11/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	due medici di continuità assistenziale non fanno corretta diagnosi		
270	12/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico sostituto impossibilitato ad emettere ricetta elettronica		

271	16/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	il 12/08/22 l'utente si recava presso lo studio previo appuntamento, giunta in ambulatorio il Dottore affermava che non avrebbe provveduto ad effettuare la visita, di fronte all'insistenza dell'utente la sollecitava a lasciare lo studio affermando "io oggi non dovrei essere qui a lavorare, perchè ho il covid e quindi se ne vada"		
272	17/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	rifiuto di assistenza da parte della dr.ssa e utente senza medico e nessuna comunicazione in merito		
273	18/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	riapertura segnalazione mancata informazione e maleducazione da parte della dr.ssa di GM per accesso cure dentistiche urgenti		
274	19/08/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	dimissioni arbitrarie di ospite in rsa		
275	23/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	verifica se il piano PAI è stato annullato dal mmg		
276	23/08/22	324	vigilanza lecco	SEGNALAZIONE	comunità educativa per minori		
277	23/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico di famiglia irreperibile telefonicamente negli orari prestabiliti.		
278	23/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg si rifiuta di prescrivere impegnativa con priorità		
279	24/08/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	rsa		
280	25/08/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	rsa		
281	26/08/22	324	appropriatezza ambulatori	SEGNALAZIONE	tempi lunghi per effettuare esami/visite		
282	26/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg si è rifiutato di prescrivere collirio		
283	30/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	non si riesce ad avere un appuntamento con il medico di famiglia,		
284	31/08/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	scarsa professionalità dell'accoglienza e incompetenza nella prescrizione dei farmaci -		
285	31/08/22	324	appropriatezza ambulatori	SEGNALAZIONE	tempi lunghi per effettuare color doppler ed elettrocardiogramma dinamico		
286	01/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancanza mmg ambito territoriale vimercate		
287	01/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg si rifiuta di visitare, di emettere certificati di malattia ribadendo che il tutto non è di sua competenza		
288	02/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg si rifiuta di rilasciare certificato di malattia con più giorni come richiesto dall'utente		
289	05/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	diagnosi errata e poco professionalità		
290	05/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg riceve solo su appuntamento - utente non presente sul database del medico		
291	07/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	guardia medica invita l'utente a recarsi in pronto soccorso perché non è presente in sede un oculista		
292	12/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non visita il paziente e si rifiuta di emettere certificato di malattia		
293	12/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg si è rifiutato di inviare una ricetta, invitando l'utente a presentarsi presso il suo ambulatorio, perché non sua paziente		
294	13/09/22	324	igiene e sanità pubblica monza	SEGNALAZIONE	ambiente, apparecchiatura radiografica e bocchette di aerazione sporche ed intrise di polvere nere		

295	13/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	utente si lamenta perché mmg a seguito di esame urine,pressione arteriosa alta, non ritiene di fare altri accertamenti		
296	16/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico di famiglia irreperibile telefonicamente ed email		
297	16/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	delucidazioni visite domiciliari medico di base		
298	19/09/22	324	accreditamento controllo vigilanza strutture sanitarie	SEGNALAZIONE	casa di cura non rispetta norme covid		
299	19/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg tratta con superficialità i sintomi del paziente e non risponde ai messaggi o alle telefonate		
300	19/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non professionale, non è reperibile telefonicamente. L'utente chiede che le venga assegnato a lei ed a suo marito		
301	19/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non ha compilato come da accordi i fogli lasciati in ambulatorio la settimana precedente per inserimento in rsa .		
302	20/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	richiesta di verificare certificati di malattia emessi dal medico di famiglia		
303	20/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non visita il paziente con febbre ed invita la mamma a chiamare la segretaria per fissare un appuntamento privato		
304	20/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	operatore della guardia medica ha rifiutato un paziente, invitandolo a presentarsi presso la continuità assistenziale di sua competenza territoriale		
305	21/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico di famiglia irreperibile telefonicamente e tiene spento il telefono nelle fasce orarie comunicate da ats		
306	21/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi lunghi per prenotare una visita con il medico di famiglia		
307	26/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	scarsa attenzione ai bisogni del paziente		
308	26/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata assistenza di medico definitivo e difficoltà ad ottenere la prescrizione di farmaci ripetitivi		
309	26/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata risposta a richiesta di assistenza e prescrizione farmaci a		
310	27/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata risposta telefonica		
311	27/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	impossibile trovare appuntamento e mancata risposta da parte della segretaria che riattacca il telefono con maleducazione		
312	29/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	rilascio impegnativa diversa da quella richiesta dallo specialista. Diverbio verbale fra utente e medico di famiglia		
313	29/09/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	richiesta verifica se il nuovo medico appartiene allo stesso studio di medicina di gruppo		
314	03/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg arrogante e comportamento non consono alla professione medica. mmg invita i pazienti a rivolgersi direttamente alla guardia medica		

315	03/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	il paziente non è in grado di portare il figlio dal pediatra per la presenza di barriere architettoniche		
316	03/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	diniego rilascio certificato di malattia per covid		
317	03/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non risponde al telefono e non invia le ricette richieste		
318	03/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	comportamento non professionale da parte del mmg e linguaggio non appropriato		
319	04/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg rifiuta di prescrivere certificato di malattia per covid- mmg non professionale		
320	04/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg insulta i pazienti, è irraggiungibile telefonicamente ed ha tempi lunghi per potere accedere in ambulatorio		
321	04/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg si rifiuta di visitare a domicilio un paziente disabile		
322	06/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	problemi con i medici di base sul territorio		
323	07/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irraggiungibile e non accetta pazienti con accesso libero		
324	07/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg si è rifiutato di visitare paziente con sintomi di tosse		
325	07/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irraggiungibile telefonicamente, si rifiuta di rilasciare ricette		
326	10/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	recapito telefonico del medico di famiglia perennemente occupato. Mmg si è rifiutato di rilasciare il certificato medico		
327	10/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non ha prescritto esami richiesti dall'ematologo		
328	10/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi d'attesa lunghi per visita in ambulatorio		
329	10/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non ha voluto fissare un appuntamento per visita in ambulatorio		
330	10/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irraggiungibile tramite cell e email - attese lunghe per un colloquio		
331	10/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	dopo una prestazione mmg ha richiesto il pagamento		
332	13/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi lunghi per avere delle ricette - mmg maleducato		
333	17/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	utente ha richiesto una ricetta in data 13/09, mmg risponde che non ha tempo.		
334	17/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi d'attesa per una ricetta lunghi. Mmg maleducato		
335	17/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi d'attesa lunghi per visite in ambulatorio		
336	17/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non risponde al telefono negli orari prestabiliti		
337	17/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg inadeguato		
338	18/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizio mmg in ambito territoriale		
339	18/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg invia ricette farmaci di altri pazienti		
340	19/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	disservizi ambito territoriale		
341	19/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non ha prescritto ricetta con esenzione, vuole vedere piano terapeutico - tempi d'attesa lunghi per richiedere un appuntamento in ambulatorio		

342	20/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg sgrida l'utente in quanto non ha chiamato negli orari prefissati		
343	21/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non rilascia certificato anamnestico per detenzioni armi		
344	21/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi d'attesa lunghi anche se non era presente nessun altro paziente. La dr.ssa si è decisa di visitare l'utente dopo averle parlato di forze dell'ordine		
345	25/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg arrogante e comportamento non consono alla professione medica. mmg invita i pazienti a rivolgersi direttamente al pronto soccorso		
346	25/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg emette sempre ricette errate		
347	25/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	pdf incompetente, ha sbagliato la diagnosi		
348	25/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non risponde al telefono negli orari predefiniti tempi d'attesa lunghi per ricevere ricette/impegnative		
349	26/10/22	324	vigilanza monza	SEGNALAZIONE	attestazione documenti		
350	26/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	richiesta chiarimenti visite a domicilio		
351	26/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico non presente in ambulatorio e comportamento non professionale		
352	26/10/22	324	medicina dello sport	SEGNALAZIONE	certificazione verde non accetta per disposizione ats in materia di covid e return to play		
353	27/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi lunghi per richiesta farmaci. Mmg si rifiuta di visitare paziente e modi sgarbati		
354	27/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	l'utente si è presentato in ambulatorio con il bambino ed il pdf ha usato toni e modi sgarbati		
355	27/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non risponde al telefono negli orari prestabiliti		
356	27/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg ha un comportamento non professionale, spesso si rifiuta di prescrivere ricette per farmaci		
357	27/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	certificato di malattia non rilasciato		
358	27/10/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	apertura ticket		
359	03/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg si è rifiutato di visitare un suo paziente		
360	03/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irreperibile telefonicamente, operatori che gestiscono il call center del medico sono sgarbati		
361	03/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi attesa per appuntamenti in ambulatorio lunghi		
362	04/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irreperibile, ogni tentativo è stato invano		
363	07/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irreperibile telefonicamente ed attese lunghe per avere la prescrizione dei farmaci		
364	07/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico non professionale		
365	07/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	pls non ha voluto visitare un neonato con tosse, ma ha dato indicazioni telefoniche		
366	07/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	carenza medico in ambito territoriale		
367	07/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà nel contattare telefonicamente e tempi lunghi per avere un appuntamento presso la continuità dell'assistenza sanitaria primaria		
368	08/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	paziente non è stato visitato, atteggiamento non professionale del medico		
369	08/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi lunghi per visite in ambulatorio, non prescrive ricette per farmaci		

370	08/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg si rifiuta di dare indicazione in merito alla vaccinazione antiinfluenzale a domicilio.		
371	08/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non professionale		
372	08/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irreperibile telefonicamente		
373	09/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	carezza medici ambito territoriale		
374	09/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi d'attesa lunghi per avere delle ricette per farmaci		
375	09/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	problemi per rilascio certificato di malattia - difficoltà di comunicazione con il medico		
376	10/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non ha rilasciato certificato di malattia per covid		
377	11/11/22	324	attività amministrative e di controllo sulle farmacie	SEGNALAZIONE	il locale addebito dalla per eseguire i test per covid è fatiscente e non viene rispettata la privacy dell'utente.		
378	14/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	diniego rilascio certificato malattia		
379	15/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	rilascio certificato malattia senza prescrizione farmaci		
380	15/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi d'attesa lunghi per visita in ambulatorio		
381	15/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	carezza medici ambito territoriale		
382	15/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	vaccinazioni antinfluenzale a domicilio		
383	16/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi lunghi per avere un riscontro da parte dei medici amt		
384	16/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	non si è instaurato un rapporto di fiducia con il medico di famiglia		
385		324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico maleducata e non collaborativa		
386	23/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	carezza medici		
387	23/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà accesso al vaccino antinfluenzale all'ambulatorio medico territoriale		
388	23/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	comitato cittadini quartiere		
389	23/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi lunghi per visite in ambulatorio, non prescrive ricette per farmaci		
390	23/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	la dr.ssa non effettua certificazione e non prescrive visita di controllo con la modalità richiesta dall'utente		
391	23/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	orari di ricevimento contrastanti tra quanto esposto e quanto dichiarato su AMT		
392	23/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi lunghi per visite in ambulatorio, non prescrive ricette per farmaci		
393	18/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	guardia medica rifiuta la visita		
394	21/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	prescrizione farmaci dopo un mese dalla richiesta		
395	21/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata somministrazione vaccino covid al domicilio per paziente allettata		
396	23/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico non risponde		
397	23/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	maleducato		
398	23/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	appuntamenti troppo lunghi , maleducato non compila correttamente le prescrizioni		
399	28/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico maleducato e incapace di effettuare la richiesta per l'invalidità		
400	28/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico non risponde alle richieste		
401	28/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	impossibilità contatto		

402	28/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	appuntamento fissato dopo oltre 45 giorni a paziente dimesso per ictus		
403	28/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficolta di contatto e diagnosi approssimativa		
404	28/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico non risponde alle richieste		
405	28/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	pessima esperienza per nessuna assistenza		
406	30/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	visita a pagamento e maleducazione , mancata prescrizione		
407	30/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	inadempienza disinteressamento alla descrizione dei sintomi in paziente anziana		
408	30/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancato rilascio giorni di malattia per chemioterapia		
409	30/11/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata prescrizione giorni di malattia e aggressività verbale		
410	06/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non risponde al telefono negli orari prestabiliti		
411	06/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	pls irreperibile, ogni tentativo è stato invano		
412	06/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg si è rifiutata di visitare la sua paziente e la invitava a recarsi al pronto soccorso		
413	07/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg si è rifiutato di visitare paziente dopo le 16,00, aveva disponibilità prima ma a pagamento.		
414	07/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi lunghi per avere un appuntamento in ambulatorio		
415	07/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg irreperibile telefonicamente per rilascio certificato di malattia		
416	12/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	paziente non è stato visitato, atteggiamento non professionale del medico		
417	13/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi lunghi per avere un riscontro da parte dei medici amt di ceriano laghetti e giorni scoperti		
418	13/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà nel contattare i medici che continuano a cambiare settimanalmente		
419	13/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	pls si è rifiutata di visitare la bambina		
420	13/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico fa aspettare all'esterno i pazienti		
421	14/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà nel contattare mmg		
422	14/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg non riceve su appuntamento ma ad accesso libero, richiesta cambio medico		
423	15/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	pls irreperibile telefonicamente		
424	15/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mmg maleducato e tempi lunghi per avere le ricette		
425	15/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	prescrizione ricette cannabis ed olio		
426	15/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	tempi lunghi per avere un appuntamento in ambulatorio e medico arrogante		
427	19/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	gestione poco corretta per confermare medico di famiglia		
428	19/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	condotta del medico non professionale		
429	19/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	richiesta autorizzazione farmaci oltre il limite terapeutico		
430	20/12/22	324	affari generali	SEGNALAZIONE	mancato rispetto (UE) 2016/679		
431	20/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	gestione poco corretta per confermare medico di famiglia		
432	21/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	il giorno 20/12 nessun medico amt ha mai risposto al numero telefonico indicato da ats		

433	21/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	il giorno 19/12 centro amt chiuso e telefonate rifiutate		
434	21/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	medico si è rifiutato di rilasciare certificato di malattia		
435	22/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà di accesso presso l'ambulatorio amt - studio non idoneo- pulizia precaria		
436	22/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	non si riesce a contattare telefonicamente i medici amt		
437	22/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	difficoltà nel contattare telefonicamente il medico negli orari preposti e lo stesso non riceve i pazienti in ambulatorio		
438	22/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	apertura ticket		
439	28/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	mancata comunicazione di fine attività mmg		
440	30/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	comunicazione di procedere al cambio medico arrivata in ritardo		
441	30/12/22	324	dipartimento cure primarie	SEGNALAZIONE	il medico della continuità assistenziale si è rifiutato di recarsi al domicilio. Ha invitato l'utente a recarsi presso la sede per ritirare la ricetta.		
442	04/01/22	324	sian	ENCOMIO	ringraziamento		
443	04/01/22	324	impiantistica	ENCOMIO	ringraziamento		
444	04/01/22	324	psal	ENCOMIO	ringraziamento		
445	10/01/22	324	Igiene pubblica	ENCOMIO	ringraziamento		
446	21/01/22	324	dipartimento cure primarie	ENCOMIO	ringraziamento		
447	21/01/22	324	dipartimento cure primarie	ENCOMIO	ringraziamento		
448	21/01/22	324	psal	ENCOMIO	ringraziamento		
449	01/02/22	324	dipartimento igiene e prevenzione	ENCOMIO	ringraziamento		
450	01/02/22	324	impiantistica	ENCOMIO	ringraziamento		
451	01/02/22	324	impiantistica	ENCOMIO	ringraziamento		
452	23/02/22	324	dipartimento cure primarie	ENCOMIO	ringraziamento		
453	10/03/22	324	dipartimento cure primarie	ENCOMIO	ringraziamento		
454	06/04/22	324	direzione sanitaria	ENCOMIO	ringraziamento		
455	06/05/22	324	dipartimento igiene e prevenzione	ENCOMIO	ringraziamento		
456	09/05/22	324	dipartimento cure primarie	ENCOMIO	ringraziamento		
457	16/06/22	324	impiantistica	ENCOMIO	ringraziamento		
458	21/06/22	324	VICO MB	ENCOMIO	ringraziamento		
459	29/06/22	324	dip. Igiene prevenzione	ENCOMIO	ringraziamento		
460	11/07/22	324	screening lecco	ENCOMIO	ringraziamento		
461	04/08/22	324	psal	ENCOMIO	ringraziamento		
462	04/08/22	324	partenariato stakeholder domanda servizi	ENCOMIO	ringraziamento		
463	09/08/22	324	dipartimento cure primarie	ENCOMIO	ringraziamento		
464	19/08/22	324	dipartimento cure primarie	ENCOMIO	ringraziamento		
465	30/08/22	324	coordinamento delle reti integrate di area socio sanitarie	ENCOMIO	ringraziamento		
466	26/10/22	324	dipartimento cure primarie	ENCOMIO	ringraziamento		
467	06/12/22	324	dipartimento cure primarie	ENCOMIO	ringraziamento		
468	29/12/22	324	dipartimento cure primarie	ENCOMIO	ringraziamento		

CONTESTO TERRITORIALE: STRUTTURE OSPEDALIERE/TERRITORIALI AL 01/01/2023

STRUTTURE SENZA DEGENZA	N° Strutture Accreditate
POLIAMBULATORI (specialistica, laboratori, diagnostica per immagini,...)	79* (di cui 23 non a contratto) *comprende 6 UDR

STRUTTURE MONOSPECIALISTE	N° Strutture Accreditate
DIALISI - CAL	5 dialisi osp. + 9 CAL di cui 4 territoriali
ODONTOIATRICHE	11 poliambulatori odontoiatrici (di cui 3 a contratto)
CENTRI MEDICINA DELLO SPORT	8 (di cui 5 a contratto)
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	2 a contratto
MEDICINA DI LABORATORIO	4 (di cui 3 a contratto)
CENTRI OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA	0
PUNTI PRELIEVO	90 pp di SMEL ATS Brianza 31 pp di SMEL esterni

STRUTTURE CON DEGENZA		PUBBLICHE	PRIVATE	IRCCS PUBBLICI	IRCCS PRIVATI
N° Enti		2	7	2	1
N° Presidi		8	8	2	1
N° Strutture degenza/urgenza	PPI	0	0	0	0
	PS	1	2	0	0
	DEA	3	0	0	0
	DEA II liv.	1	0	1	0
N° PL Accreditati (Degenza esclusa riabilitazione)		1793	393	913	0
N° PL Terapia Intensiva Accreditati	RIA	45	10	10	0
	UCC	24	4	8	0
	DEDICATI A SPECIALISTICHE (CCH-NCH)	4 (+8 SICH)	0	15 (+6 SINCH)	0
N° PL Astanteria OBI		0	0	0	0
N° PL Diurni	DH/DS	59/114	19/52	17/44	13/0
N° PL tecnici BIC/MAC		31/136	24/36	7/106	0/55
N° PL Nido		108	0	28	0

SUB ACUTE	N° Strutture Accreditate	N° PL
	10 (6 pubbliche e 4 private)	122 (di cui 120 a contratto)

STRUTTURE RIABILITATIVE	N° Strutture Accreditate	N° PL Degenza Accreditati	N° PL Diurni (DH/MAC)
PUBBLICHE	4	238	5pl/38pt
PRIVATE	6	603 (583 a contratto)	24pl (20 a contratto)/44pt

STRUTTURE PSICHIATRIA	N° Strutture Accreditate	N° PL
Strutture Residenziali	27 (di cui 26 a contratto)	363 (di cui 339 a contratto)
Strutture Non Residenziali	16 (semiresidenziali) (di cui 15 a contratto)	256 (semiresidenziali) (di cui 236 a contratto)

STRUTTURE NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	N° Strutture Accreditate	N° PL
Strutture Residenziali	4	44
Strutture Non Residenziali	4 (semiresidenziali) (di 3 a contratto)	47 (semiresidenziali) (di cui 35 a contratto)

ANALISI DI CONTESTO: FOTOGRAFIA DELLA DOTAZIONE ORGANICA AL 01/01/2023

FIGURE PROFESSIONALI UOC Accreditamento, Controllo e Vigilanza Strutture Sanitarie	N° TOTALE OPERATORI	SANITARIO		SOCIOSANITARIO		SOCIALE	NOTE
		VIGILANZA	CONTROLLO	VIGILANZA	CONTROLLO	VIGILANZA	
Medici	6	45%	55%	-	-	-	-
Infermieri	-	-	-	-	-	-	-
Educatori	-	-	-	-	-	-	-
Assistenti sociali	-	-	-	-	-	-	-
Psicologi	-	-	-	-	-	-	-
Amministrativi	2	50%	50%	-	-	-	-
Assistenti sanitari	4	50%	50%	-	-	-	-
Dirigenti prof. san. - Area prevenzione	1	0%	100%	-	-	-	-
Tecnico	1	-	100%	-	-	-	-

FIGURE PROFESSIONALI UOC Accreditamento, Controllo e Vigilanza Strutture Sociosanitarie e Sociali	N° TOTALE OPERATORI	SANITARIO		SOCIOSANITARIO		SOCIALE	NOTE
		VIGILANZA	CONTROLLO	VIGILANZA	CONTROLLO	VIGILANZA	
Medici	3	-	-	40%	40%	20%	1 dirigente medico che svolge funzioni di Direttore e che sarà collocato a riposo dal 1 aprile 2023.
Infermieri	2	-	-	20%	70%	10%	
Educatori	4	-	-	40%	40%	20%	
Assistenti sociali	4	-	-	20%	20%	60%	
Psicologi	1	-	-	10%	10%	80%	
Amministrativi	4	-	-	60%	10%	30%	di cui n. 1 part-time 83%
Assistenti Sanitari	2	-	-	25%	25%	50%	

FIGURE PROFESSIONALI UOSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici Strutture Erogatrici	N° TOTALE OPERATORI	SANITARIO		SOCIOSANITARIO		SOCIALE	NOTE
		VIGILANZA	CONTROLLO	VIGILANZA	CONTROLLO	VIGILANZA	
Medici	-	-	-	-	-	-	-
Infermieri	-	-	-	-	-	-	-
Educatori	-	-	-	-	-	-	-
Assistenti sociali	-	-	-	-	-	-	-
Psicologi	-	-	-	-	-	-	-
Amministrativi	-	-	-	-	-	-	-
Architetti	2	33%	-	40%	-	27%	-
Tecnici della prevenzione	3	33%	-	40%	-	27%	di cui n. 1 part-time 75%

PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI VIGILANZA E DI CONTROLLO ANNO 2023

ID	MACROAREA DI CONTROLLO	AMBITO DI CONTROLLO SPECIFICO	SOGETTO CONTROLLATO	MODALITA' OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITA' OPERATIVA	NUMEROSITA' EROGATORI TOTALI	NUMEROSITA' EROGATORI DA CONTROLLARE	CRITERI CAMPIONAMENTO	FONTI DEI DATI	STRUMENTI OPERATIVI	NUMEROSITA' PRODUZIONE ANNO PRECEDENTE	NUMEROSITA' CARTELLE / PRESTAZIONI DA CONTROLLARE	N°CARTELLE PROGRAMMATE PER VERIFICA CONCORDANZA AUTOCONTROLLO CONGRUENZA	N°CARTELLE PROGRAMMATE PER VERIFICA AUTOCONTROLLO QUALITA' DOC	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
SAN01	CONTROLLI RICOVERI	CONGRUENZA MIRATA	STRUTTURA DI RICOVERO	MISTA	Controllo delle cartelle presso le Direzioni delle Strutture, eccetto per quelle che hanno la documentazione integralmente in formato digitale	19	19	Criteri regionali (1 - 7), criteri di interesse locale (8), criteri Portale di Governo Regionale (R - Z)	Flusso SDO	VERBALI	117.015	7.021	-	-	-
SAN02	CONTROLLI RICOVERI	AUTOCONTROLLO CONGRUENZA	STRUTTURA DI RICOVERO	MISTA	Controllo delle cartelle presso le Direzioni delle Strutture, eccetto per quelle che hanno la documentazione integralmente in formato digitale	19	19	Criteri campionamento NIC	Flusso SDO	VERBALI	117.015	4.096	4.096	-	Al netto di eventuali controlli in estensione
SAN03	CONTROLLI RICOVERI	AUTOCONTROLLO QUALITA' DOCUMENTALE	STRUTTURA DI RICOVERO	MISTA	Controllo delle cartelle presso le Direzioni delle Strutture, eccetto per quelle che hanno la documentazione integralmente in formato digitale	19	19	Criterio casuale	Flusso SDO	VERBALI	117.015	3.510	-	3.510	Al netto di eventuali controlli in estensione
SAN04	CONTROLLI AMBULATORIALE	INDICATORI REGIONALI (DGR10804/2009)	EROGATORI ATTIVITA' AMB	MISTA	analisi tracciati; analisi della documentazione richiesta ad integrazione (trasmessa via PEC o in loco)	37	13	Indicatori 10804/2009	28/SAN Assistenti SDO	SAS Enterprise Guide Microsoft Access Microsoft Excel	4.775.713	140.000	-	-	Volume controlli stimato sulla base di flussi non chiusi. Al netto di controlli emergenti dall'analisi dei flussi consolidati e di controlli in estensione. Il dovuto RL è un totale da distribuire tra gli ambiti di controllo.
SAN05	CONTROLLI AMBULATORIALE	INTERESSE LOCALE	EROGATORI ATTIVITA' AMB	MISTA	analisi tracciati; analisi della documentazione richiesta ad integrazione (trasmessa via PEC o in loco); controllo documentazione presso Struttura	37	9	Record Genetica con prestazione 9129D - BIC (percorso pre e post procedura, esecuzione procedura) - percorso pre e post ricovero - MAC riabilitative - Medicina dello Sport	28/SAN Assistenti SDO	SAS Enterprise Guide Microsoft Access Microsoft Excel	4.775.713	40.000	-	-	Volume controlli stimato sulla base di flussi non chiusi. Al netto di controlli emergenti dall'analisi dei flussi consolidati e di controlli in estensione. Il dovuto RL è un totale da distribuire tra gli ambiti di controllo.
SAN06	VIGILANZA	REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO	EROGATORI ATTIVITA' AMB	MISTA	verifica del mantenimento requisiti di accreditamento	73	15	risultanze delle azioni di controllo svolte negli anni passati	-	check list generata da ASAN	-	-	-	-	-
SAN07	VIGILANZA	REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO	EROGATORI ATTIVITA' AMB	MISTA	verifica del mantenimento requisiti di accreditamento	79	non quantificabile anticipatamente	verifiche derivanti da segnalazioni/ricieste da parte di Enti terzi (comprese richieste di parere da parte di altre ATS per punti prelievo)	-	check list generata da ASAN	-	-	-	-	-
SAN08	VIGILANZA	REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO	STRUTTURA DI RICOVERO	MISTA	verifica del mantenimento requisiti di accreditamento	19	non quantificabile anticipatamente	verifiche derivanti da segnalazioni/ricieste da parte di Enti terzi (comprese richieste di parere da parte di altre ATS per punti prelievo)	-	check list generata da ASAN	-	-	-	-	-
SAN09	VIGILANZA	REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO	STRUTTURA DI RICOVERO	MISTA	verifica del mantenimento requisiti di accreditamento	19	non quantificabile anticipatamente	verifiche di ottemperanza a diffide	-	check list generata da ASAN	-	-	-	-	-
SAN10	VIGILANZA	REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO	EROGATORI ATTIVITA' AMB	MISTA	verifica del mantenimento requisiti di accreditamento	79	non quantificabile anticipatamente	verifiche di ottemperanza a diffide	-	check list generata da ASAN	-	-	-	-	-
SAN11	VIGILANZA	REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO	STRUTTURA DI RICOVERO	MISTA	verifica del mantenimento requisiti di accreditamento	19	non quantificabile anticipatamente	verifiche a seguito di comunicazioni da parte delle strutture relative a riorganizzazione di attività	-	check list generata da ASAN	-	-	-	-	-
SAN12	VIGILANZA	REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO	EROGATORI ATTIVITA' AMB	MISTA	verifica del mantenimento requisiti di accreditamento	79	non quantificabile anticipatamente	verifiche a seguito di comunicazioni da parte delle strutture relative a riorganizzazione di attività	-	check list generata da ASAN	-	-	-	-	-
SAN13	VIGILANZA	REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO	STRUTTURA DI RICOVERO	MISTA	verifica adeguamento ai nuovi requisiti	35	35	verifiche conseguenti a riclassificazione di attività già autorizzate/accreditate	-	DGR	-	-	-	-	-
SAN14	VIGILANZA	REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO	EROGATORI ATTIVITA' AMB	IN LOCO	verifica del mantenimento requisiti di accreditamento	8	7	verifiche conseguenti a riclassificazione di attività già autorizzate/accreditate mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture di medicina dello sport	-	check list generata da ASAN	-	-	-	-	-

ANALISI DI CONTESTO: FOTOGRAFIA DELLE UDO SOCIO SANITARIE AL 01/01/2023

N Ospiti / Utenti: numero di ospiti complessivamente transitati nell'anno precedente per tipologia di udo

N Ospiti / Utenti a carico FSR (1/1-31/12 dell'anno precedente): numero di ospiti complessivamente transitati nell'anno precedente, per tipologia di udo, rendicontati a carico del FSR (il dato costituisce il sottoinsieme del precedente e, per le udo campionate, il riferimento su cui stabilire il quantitativo di Fasas atteso per i controlli di appropriatezza nell'anno corrente).

TIPOLOGIA Udo	N Udo ABILITATE	N Udo ABILITATE E ACCREDITATE	N Udo ABILITATE, ACCREDITATE E A CONTRATTO	N Udo IN PIANO PROGRAMMA	N POSTI ABILITATI	N POSTI ABILITATI E ACCREDITATI	N POSTI ABILITATI, ACCREDITATI E A CONTRATTO	N OSPITI / UTENTI	N OSPITI / UTENTI A CARICO FSR (1/1-31/12 dell'anno precedente)
RSA	71	67	65	0	6.462	6.114	5.311		8.490
RSD	9	9	9	1	413	413	410		421
CDD	32	32	32	0	790	790	781		776
CDI	35	33	30	0	990	945	728		1.072
CSS	16	16	15	0	160	159	149		142
CF	35	35	35	0	0	0	0		14.966
SERT/SMI	12	12	12	0	0	0	0		5.933
INT	2	2	2	0	55	55	55		299
RIA AMB-DOM/CDC	7	7	7	1	309	309	309		6.271
RIA MIN	2	2	2	1	76	76	76		67
HOSPICE	6	6	6	0	85	85	85		1.031
ADI - C-Dom	26	26	32	0	0	0	0		8.825
UCP-DOM	5	5	10	0	0	0	0		2.074
UOCP	3	3	3	0	4	4	4		0
POST ACUTI	0	0	3	0	0	0	50		298
DIP-COM	10	9	9	0	190	176	174		394
DIP-BIA	4	4	4	0	23	23	22		31
<i>Subtotale</i>	<i>275</i>	<i>268</i>	<i>276</i>	<i>3</i>	<i>9.557</i>	<i>9.149</i>	<i>8.154</i>	<i>0</i>	<i>51.090</i>
RSA APERTA	0	0	14	0	0	0	8		540
RESID. ASSISTITA REL	0	0	6	0	0	0	56		68
RESID. LEGGERA	0	0	13	0	0	0	203		122
CASE MANAGEMENT									
MINORI GRAVISSIMI									
ALTRA MISURA / SPERIMENTAZIONE: VILLAGGIO ALZHEIMER	1	0	1	0	64	0	64		86
<i>Subtotale</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>34</i>	<i>0</i>	<i>64</i>	<i>0</i>	<i>331</i>	<i>0</i>	<i>816</i>
Totale	276	268	310	3	9.621	9.149	8.485	0	51.906

PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI VIGILANZA E DI CONTROLLO ANNO 2023

ID	MACROAREA DI CONTROLLO	AMBITO DI CONTROLLO SPECIFICO	SOGGETTO CONTROLLATO (TIPO UDO)	MODALITA' OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITA' OPERATIVA	NUMEROSITA' UDO TOTALI	NUMEROSITA' UDO DA CONTROLLARE	CRITERI DI CAMPIONAMENTO	FONTE DEI DATI	STRUMENTI OPERATIVI	N OSPITI RENDICONTATI 2021	N FASAS PROGRAMMATI PER IL CONTROLLO	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
SS_01	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	CDI	MISTA	soggettivi, calcolo standard, valutazione CdS e contratto in sede + sopralluogo	35	9	data ultimo sopralluogo, 90gg, primo controllo dopo SCIA, stesso gestore di altro CDI, stesso gestore di altra UdO	NP	check list regionali	NP	NP	
SS_02	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	CDI	MISTA	controllo da remoto (teams) su alcune UdO dove previsti massimo 4 FASAS, se > 4 FASAS sopralluogo	35	9	nuovo ingresso età < 65 aa dimissioni/decessi	FE1	check list regionali	265	43	come da DGR 7758/2022 minimo 3 FASAS anche se da 13% previsti 1 o 2 FASAS
SS_03	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	DIP-BIA	MISTA	soggettivi, calcolo standard, valutazione CdS in sede + sopralluogo	4	1	data ultimo sopralluogo	NP	check list regionali	NP	NP	
SS_04	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	DIP-BIA	IN LOCO	sopralluogo	4	1	nuovo ingresso programma > 18 mesi	FE1	check list regionali	6	3	come da DGR 7758/2022 minimo 3 FASAS anche se da 13% previsti 1 o 2 FASAS
SS_05	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	CDD	MISTA	soggettivi, calcolo standard, valutazione CdS e contratto in sede + sopralluogo	32	8	data ultimo sopralluogo, post diffida	NP	check list regionali	NP	NP	
SS_06	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	CDD	MISTA	controllo da remoto (teams) su alcune UdO dove previsti massimo 4 FASAS, se > 4 FASAS sopralluogo	32	8	età < 18 aa e > 65 aa, nuovo ingresso, comportamenti problema dimissioni	SIDI	check list regionali	212	28	come da DGR 7758/2022 minimo 3 FASAS anche se da 13% previsti 1 o 2 FASAS
SS_07	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	CSS	MISTA	soggettivi, calcolo standard, valutazione CdS e contratto in sede + sopralluogo	16	4	primo controllo dopo SCIA, 90 gg	NP	check list regionali	NP	NP	
SS_08	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	CSS	IN LOCO	sopralluogo	16	4	età > 65 aa, nuovo ingresso, comportamenti problema	SIDI	check list regionali	41	12	come da DGR 7758/2022 minimo 3 FASAS anche se da 13% previsti 1 o 2 FASAS
SS_09	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	RSD	MISTA	soggettivi calcolo standard, valutazione CdS e contratto in sede + sopralluogo	9	2	data ultimo sopralluogo	NP	check list regionali	NP	NP	
SS_10	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	RSD	IN LOCO	sopralluogo	9	2	nuovo ingresso, SIDI 1, dimissioni, cambio classe, comportamento problema	SIDI	check list regionali	67	10	
SS_11	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	DIP-COM	MISTA	soggettivi, calcolo standard, valutazione CdS in sede + sopralluogo	10	2	data ultimo sopralluogo, 90 gg	NP	check list regionali	NP	NP	
SS_12	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	DIP-COM	IN LOCO	sopralluogo	10	2	età 18-30 aa ingresso recente, dimissioni, programma > 18 mesi o > 3 mesi in modulo accoglienza	FE1	check list regionali	29	7	come da DGR 7758/2022 minimo 3 FASAS anche se da 13% previsti 1 o 2 FASAS
SS_13	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	HOSPICE	MISTA	calcolo standard, valutazione CdS in sede + sopralluogo	6	1	data ultimo sopralluogo	NP	check list regionali	NP	NP	
SS_14	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	HOSPICE	IN LOCO	sopralluogo	6	1	trasferimenti rete CP, non oncologici	Flusso CP su SMAF	check list regionali	421	30	
SS_15	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	RSA	MISTA	soggettivi, calcolo standard, valutazione CdS e contratto in sede + sopralluogo	70	18	nuovi nuclei Alzheimer 2022, post diffida, 90 gg, data ultimo sopralluogo, stesso ente gestore di altra UdO	NP	check list regionali + check list predisposta dalla UOC con item specifici nuclei Alzheimer ex DGR 1046/18	NP	NP	
SS_16	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	RSA	IN LOCO	sopralluogo	70	18	ospiti in Nucleo Alzheimer, contenzioni, nuovi ingressi, dimissioni/decessi, LdP, cadute, cambio classe	SOSIA	check list regionali	2193	247	in tutte le UdO con NA per il totale dei FASAS mirati viene campionata utenza atipica NA
SS_17	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	SERD/SMI	MISTA	calcolo standard, valutazione CdS + sopralluogo	12	3	data ultimo sopralluogo	NP	check list regionali	NP	NP	
SS_18	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	SERD/SMI	IN LOCO	sopralluogo	12	3	utenti età < 18 aa e 18-30 aa, polidipendenza, ingresso recente, GAP, dimissione	AMB SERT/SMI	check list regionali	1318	47	
SS_19	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	CF	MISTA	valutazione CdS + sopralluogo	35	9	data ultimo sopralluogo, 90 gg	NP	check list regionali	NP	NP	

SS_20	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	CF	IN LOCO	sopralluogo	35	9	prestazioni ad elevata integrazione sociosanitaria cod. 101, 102, 801	FE1 e CON1-CON2-CON4	check list regionali	5510	194	Campione calcolato sul totale degli utenti che hanno ricevuto prestazioni ad elevata integrazione: esclusi utenti che hanno ricevuto solo monoprestazioni e prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale
SS_21	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	RIA MIN	MISTA	soggettivi, calcolo standard, valutazione CdS + sopralluogo	2	1	primo controllo dopo riclassificazione ai sensi DGR 7768/2018	NP	check list regionale	NP	NP	
SS_22	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	RIA MIN	IN LOCO	sopralluogo	2	1	permanenza > 12 mesi, nuovi ingressi	FE1	check list regionale RIA	39	5	
SS_23	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	RIA AMB-DOM/CDC	MISTA	soggettivi, calcolo standard, valutazione CdS in sede + sopralluogo	7	2	data ultimo sopralluogo, post diffida	NP	check list regionale	NP	NP	
SS_24	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	RIA AMB-DOM/CDC	IN LOCO	sopralluogo	7	2	cicli ripetuti nei 12 mesi, diagnosi complessa/autismo, periodo superiore ai 6 mesi tra primo contatto e presa in carico	RIA FAM	check list regionale RIA	1652	62	Campione calcolato sul totale degli utenti che hanno ricevuto attivazione di PRI a seguito di prima visita (escluse le solo prime visite). Per CDC n. FASAS calcolato su 13% teste; Per Amb/Dom su 3,5% teste.
SS_25	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	UCP-DOM	MISTA	valutazione cds e protocolli in sede + sopralluogo	5	1	data ultimo sopralluogo, primo controllo di appropriatezza	NP	check list regionali	NP	NP	
SS_26	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	UCP-DOM	MISTA	controllo da remoto (teams) su alcune UdO dove previsti massimo 4 FASAS, se > 4 FASAS sopralluogo	10	2	voucher cure palliative per pazienti > 75 anni, dimissioni volontarie, dimissioni per trasferimento in altra UdO, presa in carico < 5 gg	Flusso CP su SMAF	check list regionali	663	25	Appropriatezza sia su UdO accreditate in ATS Brianza che accreditate fuori ATS ma contrattualizzate con ATS Brianza. Come da DGR 7758/2022 minimo 3 FASAS anche se da 13% previsti 1 o 2 FASAS
SS_27	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	POST ACUTI	MISTA	valutazione cds e standard in sede + sopralluogo	3	1	data ultimo sopralluogo	NP	check list predisposta da UOC con item specifici per post acuti DGR 3239/2012, DGR3383/2015 e DGR 6544/2014	NP	NP	
SS_28	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	POST ACUTI	IN LOCO	sopralluogo	3	1	permanenza entro soglia di 60 gg, dimissione verso altra UdO/domicilio	FE4	check list regionali	134	17	
SS_29	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	RSA APERTA	IN LOCO	sopralluogo	14	3	data ultimo sopralluogo, primo controllo di appropriatezza dalla contrattualizzazione	NP	check list regionali	NP	NP	
SS_30	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	RSA APERTA	IN LOCO	sopralluogo	14	3	Demenza: pz < 65 aa	NP	check list regionali	88	15	come da DGR 7758/2022 minimo 3 FASAS anche se da 13% previsti 1 o 2 FASAS
SS_31	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	RESID. ASSISTITA REL	IN LOCO	sopralluogo	6	1	data ultimo sopralluogo	NP	check list regionali	NP	NP	
SS_32	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	RESID. ASSISTITA REL	IN LOCO	sopralluogo	6	1	ospite più giovane in carico	NP	check list regionali	13	3	come da DGR 7758/2022 minimo 3 FASAS anche se da 13% previsti 1 o 2 FASAS
SS_33	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	RESID. LEGGERA	IN LOCO	sopralluogo	13	3	data ultimo sopralluogo	NP	check list regionali	NP	NP	
SS_34	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	RESID. LEGGERA	IN LOCO	sopralluogo	13	3	ospite più giovane e più vecchio tra quelli in carico, dimissione	NP	check list regionali	36	9	come da DGR 7758/2022 minimo 3 FASAS anche se da 13% previsti 1 o 2 FASAS
SS_35	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	VILLAGGIO ALZHEIMER	IN LOCO	sopralluogo	1	1	primo controllo dopo autorizzazione	NP	check list predisposta dal servizio sul progetto sperimentale	NP	NP	
SS_36	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	VILLAGGIO ALZHEIMER	IN LOCO	sopralluogo	1	1	NP	NP	check list regionale RSA	86	11	
SS_37	VIGILANZA	MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	C-DOM _ ex ADI	MISTA	soggettivi, valutazione CdS da remoto + sopralluogo	23	13	verifica a 90 gg delle istanze di riclassificazione ai sensi DGR 6867/2022	NP	check list regionali	NP	NP	Come da indicazioni DGR 6867/2022, verifica a 90 gg delle UdO già accreditate in ATS Brianza che hanno presentato istanza di riclassificazione. Le n. 13 SCIA processate per nuova sede operativa in ATS Brianza hanno già avuto sopralluogo per attestazione requisiti.

SS_38	CONTROLLO APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA FASAS	C-DOM_ ex ADI	MISTA	controllo da remoto (teams) su alcune UdO dove previsti massimo 4 FASAS, se > 4 FASAS sopralluogo	23	3	LdP, FKT, dimissioni	SIAD	check list regionali ADI EX POST_v2_2018	418	17	Visto il riordino delle cure domiciliari ai sensi DGR 6867/22, solo per le UdO già accreditate in ATS Brianza prima della riclassificazione viene selezionato un campione del 25% (n. 3 UdO) su cui viene effettuato anche controllo di appropriatezza ai sensi DGR 1765/14 entro 31/03/2022 con check list regionale.
-------	--------------------------	----------------------	---------------	-------	---	----	---	----------------------	------	--	-----	----	--

CONTESTO TERRITORIALE: FOTOGRAFIA DELLE UDO SOCIALI AL 01/01/2023

TIPOLOGIA UdO	N UdO AUTORIZZATE	N POSTI
Asili Nido	225	6733
Micro Nidi	26	247
Centri Prima Infanzia	23	447
Nidi Famiglia	47	235
<i>Subtotale Area Prima Infanzia</i>	<i>321</i>	<i>7662</i>
Centri Di Aggregazione Giovanile	10	625
Centri Ricreativi Diurni	172	13960
Centro Educativo Diurno	2	70
Comunità Educative	32	292
Comunità Familiari	5	23
Comunità Educativa Diurna	1	12
Comunità Educativa Genitore Figli	2	24
Alloggi Per L'autonomia	8	31
Alloggio per Autonomia di Tipo Educativo	5	14
Alloggio per Autonomia Genitore Figli	2	11
<i>Subtotale Area Minori</i>	<i>239</i>	<i>15062</i>
Comunità Alloggio	12	97
Centri Socio Educativi	31	715
Servizi Di Formazione Dell'autonomia Per Persone Disabili	15	452
<i>Subtotale Area Disabili</i>	<i>58</i>	<i>1264</i>
Centri Diurni	10	655
Alloggio Protetto per Anziani	16	297
Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.)	6	58
<i>Subtotale Area anziani</i>	<i>32</i>	<i>1010</i>
Totale	650	24998

PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI VIGILANZA E DI CONTROLLO ANNO CORRENTE

ID	MACROAREA DI CONTROLLO	AMBITO DI CONTROLLO SPECIFICO	SOGGETTO CONTROLLATO (TIPO UDO)	MODALITA' OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITA' OPERATIVA	NUMEROSITA' UDO TOTALI	NUMEROSITA' UDO DA CONTROLLARE	CRITERI DI CAMPIONAMENTO UDO	FONTE DEI DATI	STRUMENTI OPERATIVI	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
SOC_01	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Asili Nido	IN LOCO	Sopralluogo	225	57	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale regionale	
SOC_02	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Centri Prima Infanzia	IN LOCO	Sopralluogo	23	6	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	
SOC_03	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Micro Nidi	IN LOCO	Sopralluogo	26	7	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	
SOC_04	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Nidi Famiglia	IN LOCO	sopralluogo	47	12	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	
SOC_05	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Comunità Educative	IN LOCO	sopralluogo	32	8	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	
SOC_06	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Comunità Educative gen e figli	IN LOCO	sopralluogo	2	1	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	
SOC_07	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Comunità Educative Diurna	IN LOCO	sopralluogo	1	1	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	
SOC_08	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Centro Educativo Diurno	IN LOCO	sopralluogo	2	1	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	
SOC_09	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Alloggi Per L'autonomia	IN LOCO	sopralluogo	8	2	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	
SOC_10	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Alloggi per L'autonomia ge e figli	IN LOCO	sopralluogo	2	1	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	
SOC_11	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Centri Di Aggregazione Giovanile	IN LOCO	Sopralluogo	10	3	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	
SOC_12	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Comunità Alloggio	IN LOCO	Sopralluogo	12	4	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	
SOC_13	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Centri Socio Educativi	IN LOCO	Sopralluogo	31	8	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	
SOC_14	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Servizi Di Formazione Dell'autonomia Per Persone Disabili	IN LOCO	Sopralluogo	15	3	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	
SOC_15	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Centri Diurni	IN LOCO	Sopralluogo	10	3	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	
SOC_16	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Alloggio Protetto per Anziani	IN LOCO	sopralluogo	16	4	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	
SOC_17	VIGILANZA	VERIFICA MANTENIMENTO REQ AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO, REQ SOGGETTIVI	Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.)	IN LOCO	Sopralluogo	6	3	data ultimo sopralluogo	anagrafica interna ATS; AFAM Udo sociali	verbale ATS con check-list	

ANALISI DI CONTESTO 2023

Area	NATURA GIURIDICA (Pubblico/Privato)	01/01/2023		01/01/2022		01/01/2021		N° ENTI sottoscriventi Contratto di Filiera (2022)
		N° ENTI	POSTI LETTO/TECNICI (se pertinente)	N° ENTI	POSTI LETTO/TECNICI (se pertinente)	N° ENTI	POSTI LETTO/TECNICI (se pertinente)	
		A CONTRATTO		A CONTRATTO		A CONTRATTO		
Sanitario	Pubblico	4	3.670	4	3.564	4	3.542	0
	Privato	44	1.313	45	1.429	45	1.426	0
Sociosanitario	Pubblico	17	1.154	17	1.164	17	1.164	0
	Privato	108	6.237	106	6.141	110	5.547	11
Entrambi (Enti aventi strutture che erogano sia prestazioni sanitarie che sociosanitarie)	Privato	4	606	4	606	4	606	2
	Altro	2	108	2	98	2	98	1

STRUTTURA SANITARIA	NATURA GIURIDICA (Pubblico/Privato)	01/01/2023		01/01/2022		01/01/2021	
		N° STRUTTURE	POSTI LETTO/TECNICI (se pertinente)	N° STRUTTURE	POSTI LETTO/TECNICI (se pertinente)	N° STRUTTURE	POSTI LETTO/TECNICI (se pertinente)
		A CONTRATTO		A CONTRATTO		A CONTRATTO	
AMBULATORIO DI MEDICINA SPORTIVA	Pubblico	0	0	0	0	0	0
	Privato	5	0	5	0	5	0
SERVIZIO DI MEDICINA DI LABORATORIO	Pubblico	12	0	12	0	12	0
	Privato	12	0	12	0	13	0
STRUTTURA DI RICOVERO E CURA	Pubblico	10	3.188	10	3.082	10	3.060
	Privato	9	1.037	10	1.179	10	1.176
STRUTTURA DI CURE SUB ACUTE	Pubblico	6	87	6	87	6	87
	Privato	4	33	4	33	4	33
STRUTTURA AMBULATORIALE	Pubblico	26	0	25	0	36	0
	Privato	49	0	50	0	43	0
STRUTTURA PSICHIATRICA residenziale	Pubblico	17	171	17	171	17	171
	Privato	9	152	9	152	9	152
STRUTTURA PSICHIATRICA non residenziale	Pubblico	11	171	11	171	11	171
	Privato	3	65	3	65	3	65
STRUTTURA NEUROPSICHIATRIA (res. e non res.)	Pubblico	5	53	5	53	5	53
	Privato	2	26	1	0	1	0

TIPOLOGIA DI UDO SOCIO SANITARIA	NATURA GIURIDICA (Pubblico/Privato)	01/01/2023		01/01/2022		01/01/2021	
		N° UDO	POSTI LETTO/TECNICI (se pertinente)	N° UDO	POSTI LETTO/TECNICI (se pertinente)	N° UDO	POSTI LETTO/TECNICI (se pertinente)
		A CONTRATTO		A CONTRATTO		A CONTRATTO	
ADI	Pubblico	1	0	1	0	1	0
	Privato	33	0	33	0	37	0
	ASST	1	0	1	0	1	0
CDD	Pubblico	17	438	17	438	17	438
	Privato	14	328	14	328	14	328
	ASST	1	15	1	15	1	15
CDI	Pubblico	5	134	5	134	5	134
	Privato	25	594	25	594	25	594
CONSULTORI	Privato	6	0	6	0	6	0
CSS	Pubblico	1	10	2	20	2	20
	Privato	14	139	12	119	12	119
CURE PALLIATIVE domiciliare*	Privato	8	0	9	0	10	0
	ASST	5	0	5	0	5	0
CURE PALLIATIVE residenziale**	Privato	4	56	4	56	4	56
	ASST	2	33	2	23	2	23
DIPENDENZE	Privato	13	197	13	191	13	191
RIABILITAZIONE/CURE INTERMEDIE	Pubblico	1	40	1	40	1	40
	Privato	8	324	8	324	8	324
RSA	Pubblico	4	532	4	532	4	532
	Privato	61	4.779	55	4.709	55	4.709
RSD	Privato	8	350	8	350	8	350
	ASST	1	60	1	60	1	60
SMI	Privato	2	0	2	0	2	0
SRM	Privato	2	76	2	76	2	76

PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI VIGILANZA E DI CONTROLLO 2023											
ID	AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITÀ OPERATIVA (max 150 caratteri)	N° TOTALE	N° CAMPIONE	BASE DATI (max 150 caratteri)	CRITERI CAMPIONAMENTO (max 150 caratteri)	STRUMENTI OPERATIVI (max 150 caratteri)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
VRC_001	Requisiti Sociosanitario	Ulteriori requisiti (art. 80, comma 5 d.lgs. 50/2016)	Sociosanitario	Da remoto		131	13		10% delle dichiarazioni prodotte su campione casuale	lett. b) presso il portale https://telemaco.infocamere.it lett. c bis) c ter) presso il Tribunale competente	
VRC_002	Requisiti Sociosanitario	Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 80, comma 1 lett. a), b), b bis), c), d), e), f), g) d. lgs. 50/2016)	Sociosanitario	Da remoto		131	13	AFAM	10% delle dichiarazioni prodotte su campione casuale	Acquisizione autocertificazione comprovante assenza cause di esclusione. Verifiche successive con Amministrazioni certificanti	
VRC_003	Requisiti Sociosanitario	Certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 d.lgs. 50/2016)	Sociosanitario	Da remoto		94	94	AFAM/CONTRATTI WEB	100% delle UDO con BUDGET CONTRATTUALIZZATO MAGGIORE O UGUALE A €150.000,00 PER NUOVI CONTRATTI E ALLA SCADENZA	Acquisizione autocertificazione dall'EG. Richiesta comunicazione/informazione tramite BANCA DATI PREFETTURA	Prima della sottoscrizione del contratto e a scadenza
VRC_004	Requisiti Sociosanitario	Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016)	Sociosanitario	Da remoto		131	131	AFAM	100%	Richiesta DURC tramite banca dati INPS/INAIL	Ogni 120 giorni
VRC_005	Requisiti Sociosanitario	Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016)	Sociosanitario	Da remoto		131	66	AFAM	50%	Acquisizione autocertificazione comprovante assenza violazioni in merito a pagamento imposte/tasse. Verifiche successive con Agenzia delle Entrate	Doppio controllo da parte di UOC EcoFin sui pagamenti di importo > € 5.000
VRC_006	Requisiti Sociosanitario	Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (art. 80, comma 5, lett. f d.lgs. 50/2016)	Sociosanitario	Da remoto		131	13	AFAM	10%		
VRC_006	Requisiti Sociosanitario	Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013)	Sociosanitario	Da remoto		18	12		Tra gli aventi diritto ai ristori 2021, saranno controllati gli Enti che hanno ricevuto un sussidio > 20.000€	Acquisizione autocertificazione dell'EG. Verifica assolvimento obblighi nei siti web degli EE.GG.	Controlli ai sensi della L. 124/2017 sugli Enti che hanno beneficiato di contributi nell'esercizio 2020
VRC_008	Requisiti Sociosanitario	Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)	Sociosanitario	Da remoto		131	131		100%	Acquisizione/Verifica relazione ultimo bilancio approvato	Verifica che dal bilancio risulti in modo esplicito la regolarità della continuità gestionale a garanzia della solidità della struttura

PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI VIGILANZA E DI CONTROLLO 2023											
ID	AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITÀ OPERATIVA (max 150 caratteri)	N° TOTALE	N° CAMPIONE	BASE DATI (max 150 caratteri)	CRITERI CAMPIONAMENTO (max 150 caratteri)	STRUMENTI OPERATIVI (max 150 caratteri)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
VRC_009	Requisiti Sociosanitario	Applicazione modello organizzativo (d.lgs. 231/2001)	Sociosanitario	Da remoto		63	63		Soggetti con capacità ricettiva >= 80 PL o capacità contrattuale >= € 800.000	Acquisizione/Verifica relazione Organismo di Vigilanza	Controllo sulla relazione OdV che attesti in modo esplicito adozione codice etico e corretta applicazione modello organizzativo.
VRC_010	Requisiti Sanitario	Applicazione modello organizzativo (d.lgs. 231/2001)	Sanitario	Da remoto		18	18	estratto sintetico relazione annuale OdV	Enti Gestori privati con contratto pari o superiore a 800mila € annui	Verifica attestazione esplicita ed inequivocabile della corretta applicazione del modello organizzativo (D.Lgs. 231/2001)	
VRC_011	Requisiti Sanitario	Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)	Sanitario	Da remoto		29	29	Relazione inviata da Soggetti tenuti alla revisione legale dei conti	Enti gestori tenuti alla revisione legale dei conti	Verifica attestazione esplicita ed inequivocabile della regolarità della continuità gestionale e finanziaria	
VRC_012	Requisiti Sanitario	Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 80, comma 1 lett. a), b), b bis), c), d), e), f), g) d. lgs. 50/2016)	Sanitario	Da remoto		44	5	Casellario giudiziale	campionamento casuale con numerosità pari al 10% delle autocertificazioni	Utilizzo dell'applicativo "massive"/CERPA ed invio tracciato record dei nominativi all'ufficio locale del casellario giudiziale	
VRC_013	Requisiti Sanitario	Certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 d.lgs. 50/2016)	Sanitario	Da remoto		41	41	Portale Banca Dati Nazionale Antimafia (BDNA)	Contratto < € 150.000 (no documentazione); da € 150.000 fino a soglia comunitaria (comunicazione antimafia); oltre la soglia comunitaria informazione	Caricamento dei soggetti sottoposti a verifica nel portale BDNA	Prima della sottoscrizione del contratto e a scadenza
VRC_014	Requisiti Sanitario	Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016)	Sanitario	Da remoto		48	48	Portale INPS/INAIL	100% (indagine esaustiva)	Caricamento dei dati degli Enti sul Portale INPS/INAIL	Verifica DURC ogni 120gg
VRC_015	Requisiti Sanitario	Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016)	Sanitario	Da remoto		44	44	Agenzia delle Entrate	100% (indagine esaustiva)	Invio richiesta di verifica alla Agenzia delle Entrate	
VRC_016	Requisiti Sanitario	Ulteriori requisiti (art. 80, comma 5 d.lgs. 50/2016)	Sanitario	Da remoto		44	5	Portale Telemaco	campionamento casuale con numerosità pari al 10% delle autocertificazioni	lett. b) presso il portale https://telemaco.infocamere.it lett. c bis) c ter) presso il Tribunale competente	

PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI VIGILANZA E DI CONTROLLO 2023											
ID	AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITÀ OPERATIVA (max 150 caratteri)	N° TOTALE	N° CAMPIONE	BASE DATI (max 150 caratteri)	CRITERI CAMPIONAMENTO (max 150 caratteri)	STRUMENTI OPERATIVI (max 150 caratteri)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
VRC_017	Requisiti Sanitario	Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (art. 80, comma 5, lett. f d.lgs. 50/2016)	Sanitario	Da remoto		44	5	Casellario giudiziale	campionamento casuale con numerosità pari al 10% delle autocertificazioni	Richiesta autocertificazione e successiva verifica tramite certificazione massiva /CERPA	
VRC_018	Requisiti Sanitario	Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013)	Sanitario	Da remoto		44	5	siti web Erogatori	campionamento casuale con numerosità pari al 10% delle autocertificazioni	Controllo sezione "Amministrazione Trasparente" dei siti web delle strutture	

ANALISI DI CONTESTO: SERVIZIO FARMACEUTICO - SEZIONE FARMACEUTICA

	CONTESTO ESTERNO AL 01/01/2023
N. farmacie	330
N. dispensari	13
N. parafarmacie	40
N. grossisti	13
N. depositi	2
N. esercizi e GDO che erogano alimentazione particolare	140
N. esercizi autorizzati al commercio online	6
N. altre strutture potenzialmente oggetto di controllo	n. 9 RSD/ n. 3 ASST/ Guardie mediche: n. 11 area monza/vimercate n. 9 lecco/
% DDD per farmaci equivalenti e biosimilari	Canale standard 81,43%(DDD/*1000 ass.li pes) nale standard e DPC 79,48% (DDD / * 1000 Ass.li pes.) Relativamente ai farmaci biosimilari, il dato DDD non è sempre disponibile su report Farmavision
Spesa Farmaceutica	187556235,48 € valore dato dalla somma totale a lordo iva delle DCR
N. Record File F	340553
Valore File F	€ 146.409.664,97
N. di strutture erogatrici File F	29
N. di RSA	71

PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI VIGILANZA E DI CONTROLLO 2023											
ID	AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITÀ OPERATIVA (max 150 caratteri)	N. TOTALE	N. CAMPIONE	BASE DATI (max 150 caratteri)	CRITERI CAMPIONAMENTO (max 150 caratteri)	STRUMENTI OPERATIVI (max 150 caratteri)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
FAR_001	Vigilanza farmaceutica	verifiche amministrative/collaboratori/organizzazione del servizio e dei locali/preparazione medicinali/gestione degli stupefacenti/ricette/dispositivi medici/servizi aggiuntivi	Farmacie/Dispensari	In loco	vigilanza rispetto normativa vigente utilizzando format verbali regionali e aziendali	330	159	Banca dati Serv. Farmaceutico/Portale Ispezione Ordine Farmacisti	vigilanza con cadenza biennale come da normativa regionale: il campione viene scelto in funzione della data dell'ultima ispezione	format verbale regionale (ispezione ordinaria)	entro il 31.12.23 programmate n. 159 - dato rimodulato in funzione della proroga dello stato di emergenza al 31/03/2022 e riferito al Piano dei Controlli a valenza biennale 2022/2023
FAR_002	Vigilanza farmaceutica	verifiche amministrative/collaboratori/organizzazione del servizio e dei locali.	Dispensari	In loco	vigilanza rispetto normativa vigente utilizzando format verbali regionali e aziendali	13	6	Banca dati Serv. Farmaceutico/Portale Ispezione Ordine Farmacisti	vigilanza con cadenza biennale come da normativa regionale: il campione viene scelto in funzione della data dell'ultima ispezione	format verbale regionale (ispezione ordinaria)	entro il 31.12.23 programmate n. 8 - dato rimodulato in funzione della proroga dello stato di emergenza al 31/03/2022 e riferito al Piano dei Controlli a valenza biennale 2022/2024
FAR_003	Vigilanza farmaceutica	verifiche locali attrezzature e sistemi di servizio/approvvisionamenti e forniture clienti/gestione dei resi/autoispezioni/dotazioni	Grossisti	In loco	vigilanza rispetto normativa vigente utilizzando format verbali regionali e aziendali	13	8	Open data Min San	vigilanza biennale come da normativa regionale: il campione viene scelto in funzione della data dell'ultima ispezione	format verbale regionale (ispezione ordinaria) e aziendale (verifiche back office da remoto)	il numero dei grossisti da ispezionare nel corso del 2023 sarà di 8, in coerenza con l'evoluzione del contesto (dato rimodulato sul totale di n. 13 grossisti a causa della pandemia da SARS Cov-2 che ha determinato il prorogarsi dello stato di emergenza sanitaria al 31/03/2022 e riferito al Piano dei Controlli a valenza biennale 2022/2023)
FAR_004	Vigilanza farmaceutica	Vigilanza vendita online	Farmacie	Da remoto	vigilanza utilizzando lo strumento di verifica elaborato da ACSS	6	3	Open data Min San	vigilanza con cadenza biennale come da normativa regionale: il campione viene scelto in funzione della data dell'ultima ispezione	verifiche da back office	50%

PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI VIGILANZA E DI CONTROLLO 2023											
ID	AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITÀ OPERATIVA (max 150 caratteri)	N. TOTALE	N. CAMPIONE	BASE DATI (max 150 caratteri)	CRITERI CAMPIONAMENTO (max 150 caratteri)	STRUMENTI OPERATIVI (max 150 caratteri)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
FAR_005	Vigilanza farmaceutica	affido stupefacenti farmacie territoriali	Farmacie	in loco	utilizzando format verbali regionali	159	100% istanze pervenute	Banca dati Serv. Farmaceutico/Archiflow	campionamento in ordine alla programmazione delle ispezioni ordinarie farmacie e alla ricezione delle richieste	format verbale regionale	tenuto conto del piano di controlli a valenza biennale (2022/2023)
FAR_006	Vigilanza farmaceutica	ispezioni preventive o straordinarie su richiesta o segnalazione	Farmacie/Dispensari	In loco	vigilanza rispetto normativa vigente utilizzando format verbali regionali	n. richieste pervenute da Farmacie o segnalazioni	100% istanze/segnalazioni pervenute	Open data Min San/Archiflow	nessun campionamento, su richiesta/segnalazione	format verbale aziendale/ regionale	ispezioni preventive o straordinarie su richiesta o segnalazione
FAR_007	vigilanza farmaceutica	affido stupefacenti strutture sanitarie (RSA/RSD/ASST/CPS/SERT/AO/CENTRI VETERINARI)	Strutture sanitarie e socio-sanitarie	In loco	utilizzando format verbali aziendali	n. richieste pervenute da strutture sanitarie e socio-sanitarie (RSA/RSD/ASST/SERT/centri veterinari)	almeno 90% delle richieste pervenute	database ATS	campionamento in ordine alla programmazione territoriale e alla ricezione della richiesta in ARCHIFLOW	format verbale aziendale	Si prevede l'evasione del 90% nel corso dell'anno 2023, tenuto conto del piano di controlli a valenza biennale (2022/2023) e che alcune richieste perverranno nel mese di dicembre 2023: le stesse verranno evase nel 2024.
FAR_008	farmacovigilanza	verifiche schede ADR	Altri soggetti (segnalatori)	Da remoto	Verifiche schede ADR per inserimento nella RNFV	100% schede pervenute	100% schede pervenute	ADR pervenute	100%	schede ADR,RNFV,banche dati farmaci	
FAR_009	verifica piani terapeutici	verifiche PT	Strutture sanitarie,MMG/PDF	Da remoto	Verifiche PT pervenuti	100% PT pervenuti	100% PT pervenuti	PT pervenuti via posta ordonara, PEO PEC e su PTOOnline	100%	PTOnline, banche dati farmaci	
FAR_010	Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa	Controllo DCR - FUR	Farmacie/Dispensari	Da remoto	Controllo mensile dell'importo esposto in DCR/FUR dalle farmacie per la successiva liquidazione	330	330	Flusso DCR-Fur	100%	i controlli vengono effettuati tramite portale Farma2017 e Farmavision	
FAR_011	Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa	Controlli tecnici sulle ricette tramite CFA	Farmacie/Dispensari	In loco	Controllo delle irregolarità tecniche delle ricette estratte da ARIA spa	330	variabile rispetto al periodo di riferimento	tracciato FUR/Consolidato	ricette irregolari estratte per specifico periodo di riferimento	Farmavision, Farmaimage, modulistica dedicata e verbale di CFA	per il 2023 prevista sperimentazione del nuovo sistema digitalizzato per gestione CFA (a seconda di disponibilità da ARIA)
FAR_013	Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio spesa	Controllo delle ricette DPC "aperte" da oltre 30 giorni o "chiuse ma non contabilizzate"	Farmacie/Dispensari	Misto	Controllo delle ricette DPC "aperte" da oltre 30 giorni o "chiuse" spedite ma non contabilizzate da oltre 1 anno	variabile sulla base delle ricette estratte dall'applicativo WebDPC per specifico periodo di riferimento	100%	tracciato WebDPC/Farmavision	Campionamento in funzione delle ricette estratte per specifico periodo di riferimento	I controlli vengono effettuati tramite portale Farmavision e l'applicativo WebDPC	

PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI VIGILANZA E DI CONTROLLO 2023

ID	AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITÀ OPERATIVA (max 150 caratteri)	N. TOTALE	N. CAMPIONE	BASE DATI (max 150 caratteri)	CRITERI CAMPIONAMENTO (max 150 caratteri)	STRUMENTI OPERATIVI (max 150 caratteri)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
FAR_014	Vigilanza farmaceutica	verifiche locali attrezzature e sistemi di servizio/approvvigionamenti e forniture clienti/gestione dei resi/autoispezioni/dotazioni	Depositi	In loco	vigilanza rispetto normativa vigente utilizzando format verbali regionali e aziendali	2	0	Open data Min San	vigilanza con cadenza quinquennale come da normativa regionale: il campione viene scelto in funzione della data dell'ultima ispezione	format verbale regionale (ispezione ordinaria) e/o aziendale (verifiche back office da remoto)	
FAR_015	Controllo File-F	Controllo appropriatezza prescrittiva e/o contabile a seconda delle indicazioni regionali	Strutture sanitarie	Misto	esame puntuale di tutti i record del campione su tutte le strutture oggetto del campionamento	31	variabile sulla base dei record estratti per il periodo diriferimento	tracciato file F	Campionamento in funzione dei record estratti per il periodo di riferimento	Farmavision o DWH "Oslo" su File F "produzione" Banche dati farmaci, File "Prezzi max d'acquisto", Elenco aggiornatio innovativi e verbale	

ANALISI DI CONTESTO: SERVIZIO FARMACEUTICO - SEZIONE PROTESICA

	CONTESTO ESTERNO AL 31/12/2022
N. di pazienti che, nel 2022 hanno usufruito dell'assistenza protesica	22611
N. di prescrizioni	32079
Quantità di dispositivi dominanti erogati	128635
Quantità di dispositivi aggiuntivi erogati	31017
N. di dispositivi dominanti erogati, distinti per classe di dispositivo (ISO livello 2)	*
N. di MMG prescrittori online rispetto al totale	205/599
N. di PLS prescrittori online rispetto al totale	0/162
N. di specialisti prescrittori	764
N. fornitori per Elenco 1	86
N. centri di prescrizione	56
Spesa 2022 (prezzo ivato erogato)	15.031.055,82 €
Spesa (prezzo ivato erogato), per classi di dispositivo (ISO livello 1)	*
Spesa media pro capite per classe di dispositivo (ISO livello 2)	*
Spesa media pro capite per Elenco	*
Quota a carico assistito (2022)	3.834.987,22 €
Informazioni aggiuntive	*

*Si invitano le ATS ad articolare l'informazione richiesta utilizzando il format proposto nel file "tabella dettaglio spesa".

Denominazione ATS: BRIANZA					
Classe ISO 2	Denominazione classe ISO 2	N. dispositivi erogati	Spesa media procapite	ASSISTITI	SPESA
0303	AUSILI PER TERAPIA RESPIRATORIA	6690	882,46 €	5310	4.685.884,88 €
0312	AUSILI PER TERAPIA DELL'ERNIA ADDOMINALE	2	180,00 €	2	360,00 €
0321	ATTREZZATURE PER INIEZIONE	4	1.635,66 €	2	3.271,32 €
0333	AUSILI PER LA PREVENZIONE DELLE PIAGHE DA DECUBITO	167	13,87 €	167	2.316,08 €
0348	AUSILI PER RIEDUCAZIONE DI MOVIMENTO, FORZA ED EQUILIBRIO	302	812,49 €	51	41.436,84 €
0378	AUSILI PER L'APPRENDIMENTO DELLE ATTIVITA DELLA VITA QUOTIDIA	4	1.765,03 €	4	7.060,12 €
0406	AUSILI PER TERAPIA CIRCOLATORIA	121	202,46 €	69	13.969,89 €
0408	INDUMENTI A COMPRESSIONE PER CONTROLLO E CONCETTUALIZZAZI	2	1.135,85 €	1	1.135,85 €
0419	AUSILI PER SOMMINISTRAZIONE DI MEDICINALI	2	5.344,76 €	1	5.344,76 €
0424	AUSILI PER TEST FISICI E BIOCHIMICI	0	- €	0	- €
0433	AUSILI PER LA GESTIONE DELLA INTEGRITA' TESSUTALE (AUSILI ANTID	5853	67,32 €	4598	309.559,76 €
0603	ORTESI SPINALI	2145	517,12 €	1212	626.755,21 €
0606	APPARECCHI ORTOPEDICI PER ARTO SUPERIORE	353	250,82 €	136	34.111,75 €
0612	APPARECCHI ORTOPEDICI PER ARTO INFERIORE	19706	275,78 €	4463	1.230.804,79 €
0618	PROTESI DI ARTO SUPERIORE	154	3.141,23 €	24	75.389,40 €
0624	PROTESI DI ARTO INFERIORE	1824	4.163,16 €	166	691.084,42 €
0630	PROTESI NON DI ARTO	628	295,58 €	469	138.629,25 €
0633	CALZATURE ORTOPEDICHE	8605	322,04 €	1763	567.752,93 €
0903	VESTITI E CALZATURE	0	- €	0	- €
0906	AUSILI PER LA PROTEZIONE DEL CORPO	617	49,03 €	101	4.951,55 €
0912	AUSILI PER EVACUAZIONE	1064	35,53 €	1030	36.591,46 €
0915	AUSILI PER TRACHEOSTOMIA	1793	157,08 €	176	27.645,78 €
0933	AUSILI PER LAVARSI, PER FARE IL BAGNO E LA DOCCIA	137	133,63 €	136	18.174,24 €
0948	AUSILI PER LA MISURA DEL PESO E DELLA TEMPERATURA CORPOREA	0	- €	0	- €
0951	OROLOGI	0	- €	0	- €
1203	AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE UTILIZZATI CON UN BRACCIO	57	2,16 €	38	82,16 €
1206	AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE UTILIZZATI CON DUE BRACCIA	2407	29,61 €	2299	68.082,80 €
1218	CICLI	18	731,32 €	5	3.656,62 €
1221	CARROZZINE	1320	681,59 €	1273	867.666,69 €
1222	CARROZZINE	3990	56,19 €	3771	211.897,78 €
1223	CARROZZINE A MOTORE	7	2.089,13 €	7	14.623,91 €
1224	ACCESSORI PER CARROZZINE	4065	414,05 €	985	407.836,34 €
1227	VEICOLI E MEZZI DI TRASPORTO	62	614,74 €	16	9.835,91 €
1230	AUSILI PER IL TRASFERIMENTO	0	- €	0	- €
1231	AUSILI PER IL TRASFERIMENTO	8	76,93 €	8	615,44 €
1236	AUSILI PER SOLLEVAMENTO	1518	95,56 €	1025	97.946,37 €
1239	AUSILI PER L'ORIENTAMENTO	2	92,56 €	2	185,12 €
1509	AUSILI PER MANGIARE E BERE	7	177,68 €	2	355,36 €
1809	AUSILI PER LA POSIZIONE SEDUTA	7282	1.241,29 €	1342	1.665.810,48 €
1812	LETTI	9381	30,92 €	3050	94.301,50 €
1818	SISTEMI DI SOSTEGNO	3	15,76 €	2	31,52 €
1830	APPARECCHIATURE DI SOLLEVAMENTO	112	621,83 €	110	68.401,84 €
2103	AUSILI OTTICI	171	575,16 €	20	11.503,15 €
2106	AUSILI OTTICI ELETTRONICI	0	- €	0	- €
2109	PERIFERICHE DI INPUT E DI OUTPUT E ACCESSORI PER COMPUTER,	0	- €	0	- €
2115	MACCHINE DA SCRIVERE E SISTEMI DI ELABORAZIONE DI TESTI	0	- €	0	- €
2127	AUSILI NON OTTICI PER LA LETTURA	0	- €	0	- €
2139	SISTEMI DI TRASMISSIONE DEL SUONO	0	- €	0	- €
2142	AUSILI PER LA COMUNICAZIONE INTERPERSONALE	0	- €	0	- €
2145	AUSILI PER L'UDITO	5571	1.182,41 €	1748	2.066.848,79 €
2203	AUSILI OTTICI CORRETTIVI SU MISURA O AUSILI PER LA VISTA	43	311,01 €	42	13.062,40 €
2206	AUSILI PER L'UDITO	187	5.899,20 €	110	648.912,13 €
2212	AUSILI PER IL DISEGNO E LA SCRITTURA	1	572,00 €	1	572,00 €
2218	AUSILI PER REGISTRARE E RIPRODURRE INFORMAZIONI AUDIO E VIDE	41	981,08 €	22	21.583,73 €
2221	AUSILI PER LA COMUNICAZIONE INTERPERSONALE	67	2.120,51 €	60	127.230,42 €
2224	TELEFONI E AUSILI PER TELEFONARE	0	- €	0	- €
2227	AUSILI PER INDICAZIONI, SEGNALAZIONI E ALLARMI	0	- €	0	- €
2230	AUSILI PER LA LETTURA	7	1.311,44 €	7	9.180,08 €
2236	DISPOSITIVI DI INGRESSO PER COMPUTER	20	99,81 €	20	1.996,29 €
2239	DISPOSITIVI DI USCITA PER COMPUTER	7	1.450,24 €	7	10.151,67 €
2409	DISPOSITIVI E SISTEMI DI COMANDO	30	133,33 €	22	2.933,32 €
2413	SISTEMI DI CONTROLLO A DISTANZA	22	148,55 €	18	2.673,84 €
2418	AUSILI PER ASSISTERE E/O SOSTITUIRE FUNZIONI DI BRACCIA E/O MAI	3	245,02 €	3	735,07 €
2424	AUSILI PER IL POSIZIONAMENTO DI OGGETTI	18	76,27 €	18	1.372,80 €
2436	AUSILI PER PORTARE E TRASPORTARE	0	- €	0	- €
CARDIOMONIT	DISPOSITIVI CODIFICATI DA REGIONE LOMBARDIA	37	1.291,66 €	37	47.791,57 €
FIBROSI	DISPOSITIVI CODIFICATI DA REGIONE LOMBARDIA	203	429,84 €	72	30.948,44 €

PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI VIGILANZA E DI CONTROLLO 2023											
ID	AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITÀ OPERATIVA (max 150 caratteri)	N. TOTALE	N. CAMPIONE	BASE DATI (max 150 caratteri)	CRITERI CAMPIONAMENTO (max 150 caratteri)	STRUMENTI OPERATIVI (max 150 caratteri)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
PRO_001	ATS Appropriately prescrivibile	Requisiti prescrittori e gestione elenchi	PRESCRITTORI	Da remoto	verifica documentale dei requisiti generali dei prescrittori pervenuti dalle strutture pubbliche o private accreditate	Medici Prescrittori di strutture Pubbliche e private accreditate n.764 Medici Prescrittori di RSA n.46	richieste pervenute nel corso dell'anno 2023	ASSISTANT_RL Provisioning SISS	a campione rispetto le richieste di inserimento/cancellazione/variazione di Medici prescrittori anno 2023	autocertificazione "Dati Scheda Medico" (format aziendale)	Procedura ATS ID_04968 rilascio credenziali medici prescrittori
PRO_002	ATS Appropriately prescrivibile	Requisiti centri di prescrizione	CENTRI DI PRESCRIZIONE	Da remoto	verifica documentale requisiti organizzativi/strutturali autocertificati dai centri di prescrizione	Strutture Private accreditate n. 57 RSA N.67	richieste pervenute nel corso dell'anno 2023	ASSISTANT_RL Provisioning SISS Elenchi Aziendali	aggiornamento elenco strutture accreditate	richiesta elenco aggiornato delle strutture accreditate ai Dipartimenti preposti dell'Agenda	
PRO_003	ATS Appropriately prescrivibile	Monitoraggio prescrizioni online vs cartacee	PRESCRITTORI	Da remoto	monitoraggio della prescrizione on line compilate dai medici specialisti per forniture di Protesica STD e Diabetica Automonitoraggio	prescrizioni pervenute Anno 2023	prescrizioni di Protesica STD e Diabete AUTOM anno 2023	ASSISTANT_RL	verifica richiesta prime forniture e rinnovi anticipati prescritte nell'anno 2023	ASSISTANT_RL	
PRO_004	ATS Appropriately erogativa	Mantenimento requisiti di accreditamento fornitori già registrati	AZIENDE FORNITRICI	Da remoto	verifica documentale dei requisiti regionali di accreditamento	totale fornitori n 86	richieste pervenute	ASSISTANT_RL ed elenchi aziendali	a campione rispetto le richieste di modifica dello stato giuridico del fornitore	autocertificazione dei requisiti generali e specifici di accreditamento secondo format regionali (DGR n. 8730/2008)	SCHEDA FORNITORI
PRO_005	ATS Appropriately erogativa	Gestione elenchi (aggiornamento/cancellazione)	AZIENDE FORNITRICI	Da remoto	aggiornamento anagrafica dei fornitori nel sito ATS a seguito di nuovo accreditamento o variazione	totale fornitori n 86	richieste pervenute dai	ASSISTANT_RL	aggiornameto elenco fornitori ogni 6 mesi	invio elenco ai referenti Aziendali	
PRO_006	ATS Appropriately erogativa	Gestione elenchi (aggiornamento/cancellazione)	PRESCRITTORI	Da remoto	aggiornamento anagrafica dei prescrittori di apparecchi acustici e protesi d'arto inferiore nel sito ATS	totale prescrittori apparecchi acustici n. 38 protesi acustiche n. 181	aggiornamento prescrittori registrati in AssistantRL al 01/01/2023	ASSISTANT_RL	verifica elenco prescrittori di apparecchi acustici e protesi arto inferiore in collaborazione con ASST e Centri Prescrittori accreditati	anagrafica ASSISTANT_RL	

ANALISI DI CONTESTO: FOTOGRAFIA DELLE CURE PRIMARIE E USCA, ecc. AL 01/01/2023

CONTESTO	N° TOTALE	Titolari	Incaricati/ Provvisori
N° MMG	665	612	53
N° PLS	164	160	4
N° MCA	180	17	163
N° Postazioni CA	21		
Altri profili di operatori sanitari coinvolti nelle equipe controllate...(AMT)	70	0	70
CONTESTO	N° TOTALE	N° MMG/PLS , ALTRO coinvolti nell'attività	
UCCP			
AFT MMG	29		
AFT PLS	8		

PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI VIGILANZA E DI CONTROLLO 2023

Laddove si ritenga necessario fornire una descrizione più ampia nelle celle manualmente compilabili, si chiede di integrarla nel Piano dei Controlli

CPR		CODICE AREA												
ID	AMBITO DI CONTROLLO	DESCRIZIONE SINTETICA ATTIVITA' DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITÀ OPERATIVA (max 150 caratteri)	NUMEROSITÀ SOGGETTI TOTALI	NUMEROSITÀ SOGGETTI PROGRAMMATI	CRITERI CAMPIONAMENTO SOGGETTI (max 150 caratteri)	FONTE DATI (max 150 caratteri)	INDICATORI UTILIZZATI	SOGLIA INDICATORE	STRUMENTI OPERATIVI (max 150 caratteri)	RISPETTO AD ANNI PRECEDENTI	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
CPR_001	Area dell'appropriatezza	Aggiornamento, monitoraggio e conseguenti interventi individuali sul rispetto dei formalismi prescrittivi	MMG e PDF	Misto	Verifica d'intesa ASST formalismi e riscontri segnalazioni	100% medici titolari	100% medici convenzionati per attività di aggiornamento e monitoraggio attraverso pubblicazioni informative in bacheca, gli interventi individuali non risultano programmabili	non rilevabile	data base regionali, segnalazioni	numero segnalazioni > 1 (attività continua)	non rilevabile	data base regionale, archivio web PT	Attività ordinaria	attività che sarà seguita da ASST con eccezione farmaceutica
CPR_002	Area delle prestazioni variabili	Verifica dei programmi di sorveglianza dei pazienti cronici all'interno dei programmi previsti dall'A.C.N. E dell'A.I.A. (ADP ADI PSD PIPP); tetto PIPP per PLS	MMG e PDF	Misto	Verifica scostamenti significativi professionisti rispetto media	100% medici titolari	100% medici convenzionati che rendicontano prestazioni variabili	non rilevabile	applicativo SISOSA per rendicontazioni prestazioni medici- DWH per verifica assistiti deceduti - AIR	scostamento 20% media MMG , applicazione tabelle AIR 2021 (pdf)	non rilevabile	applicativo SISOSA, NAR , DWH	Attività ordinaria	attività che sarà seguita da ASST in corso confronti con definizione procedure
CPR_003	Area contrattuale	Verifica dei requisiti per l'inserimento a tempo indeterminato dei medici convenzionati e della qualità delle carte dei servizi prodotte dai medici su form definito da ATS	MMG e PDF	Misto	verifica ambulatori e carte dei servizi. Verifica forme associative con personale	100% nuovi medici inseriti	100% nuovi medici inseriti	non rilevabile	graduatoria regionale - anagrafica regionale inserimento medici convenzionati -form ATS carta dei servizi	non rilevabile	non rilevabile	graduatoria regionale informatizzata e NAR	Attività ordinaria	attività che sarà seguita anche da ASST (vigilanza)

ANALISI DI CONTESTO

Si chiede di riportare i dati relativi al servizio di Presa in Carico negli anni 2020, 2021 e 2022.

	Anno	TOTALE	ASST, IRCCS	Cooperative di MMG/PLS	Erogatori privati accreditati	Strutture sociosanitarie
N° Gestori idonei attivi in ATS	2020	8	2	6		
N° MMG (clinical manager)		446				
N° Pediatri (clinical manager)		10				
N° Gestori idonei attivi in ATS	2021	8	2	6		
N° MMG (clinical manager)		485				
N° Pediatri (clinical manager)		non attivi				
N° Gestori idonei attivi in ATS	2022	8	2	6		
N° MMG (clinical manager)		470				
N° Pediatri (clinical manager)		non attivi				

	2020	2021	2022
Numero cronici arruolabili secondo i criteri di cronicità	421.163	421.163	421.163
Numero totale di cronici arruolati	74.732	75.714	74.872
Numero di cronici non classificati arruolati	non applicato	non applicato	non applicato

Ente Gestore	2020	2021	2022
	N. PAI attivi	N. PAI attivi	N. PAI attivi
CFB	20.704	21.384	in corso verifiche
CMT	1.987	2.032	in corso verifiche
COSMA LECCO	20.182	15.651	in corso verifiche
COSMA SALUTE	6.646	5.503	in corso verifiche
IML	11.950	9.665	in corso verifiche
IN SALUTE	3.414	3.609	in corso verifiche

PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI VIGILANZA E DI CONTROLLO 2023

Laddove si ritenga necessario fornire una descrizione più ampia nelle celle manualmente compilabili, si chiede di integrarla nel Piano dei Controlli

PIC		CODICE AREA													
ID	AMBITO DI CONTROLLO	DESCRIZIONE SINTETICA ATTIVITA' DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO	MODALITA' OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITA' OPERATIVA (max 150 caratteri)	NUMEROSITA' SOGGETTI TOTALI	NUMEROSITA' SOGGETTI PROGRAMMATI	CRITERI CAMPIONAMENTO SOGGETTI (max 150 caratteri)	FONTE DATI (max 150 caratteri)	INDICATORI UTILIZZATI	SOGLIA INDICATORE	STRUMENTI OPERATIVI (max 150 caratteri)	RISPETTO AD ANNI PRECEDENTI	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE	
PIC_001	Mantenimento dei requisiti dei gestori	verifica del possesso dei requisiti che consentono l'assolvimento degli elementi contrattuali	Gestori	Misto	verifica documentale dei requisiti e richiesta di aggiornamento. Soprattutto a campione e accordo con altre ATS per controlli di cooperative con più luoghi di attività	6 gestori cooperative	5 per le verifiche documentali 2 per quelle in loco	solo gestori con attività esclusiva in ATS	Requisiti documentali presentati verifica aggiornamenti	esistenza criteri/totale criteri stabili ex DD.GG.RR.	> 80%	verifiche documentali	Attività ordinaria	le attività di controllo risentono nel 2022 e sp1 nel 2023 delle attività concesse di ricalcolo del SSR e della contestuale definizione della presa in carico (modalità e soggetti)	
PIC_002	Monitoraggio indicatori allegato 5 DGR 1863/2019	acquisizione di dati e verifica laddove applicabile	Gestori	Misto	verifica documentale degli indicatori laddove possibile. L'area della PIC ha in corso una revisione delle procedure. Il controllo porta quale esito una verifica con gli enti gestori de visu per evidenziare le criticità emerse e cogliere le motivazioni	6 gestori cooperative	5 gestori	non rilevato	requisiti documentali presentati. Verifica dei dati di consumi prestazioni	si veda allegato 5 con scelta indicatori percorribili	secondo quanto previsto dalla specifica deliberazione	audit e verifiche documentali	Attività rimodulata	il settore ha in corso una revisione anche degli indicatori. Attualmente la carenza di possibilità di follow up limita molte procedure di verifica	
PIC_003	Monitoraggio paziente cronico con COVID o cronicità post-COVID	verifica dati di attività (casistica, durata)	Gestori	Da remoto	verifica delle attività in essere qualora presenti e condivisione indicatori di impatto (sottoposti in ogni caso a verifica)	6 gestori cooperative più ASST	3 gestori che svolgono l'attività	non rilevato	requisiti documentali presentati. Dati desunti dalla app e dai portali specifici	% soggetti seguiti che accedono al PS - Plurimi accessi PS pazienti < 30%	non rilevabile	dati consumo prestazioni	Attività rimodulata	in attesa di conoscere nuove determinazioni regionali	
PIC_004	Monitoraggio della Telemedicina	Verifica attività svolta criticità	Gestori	Da remoto	verifica del processo e delle criticità emerse	3 gestori cooperative che svolgono attività a cui aggiungere ASST casa comunità	come per 2021	2 cooperative	relazioni attività e tracciati record	evidenza criticità	non rilevabile	audit e focus group	nuova attività	si evidenziano le difficoltà organizzative sottostanti per recupero disponibilità specialisti sistema pubblico	
PIC_005	Monitoraggio nuove modalità in funzione del nuovo assetto territoriale	applicazione nuova DGR o circolare applicativa	Gestori	Da remoto	definizione di procedure secondo le tempistiche previste dal sistema delle regole a valere per l'anno 2023	in attesa indicazioni regionali, attività con ASST	quelli indicati da regione	non rilevato	DGR regionale	non definibili adesso	non rilevabile	audit e focus group	nuova attività	si attendono determinazioni regionali	
PIC_006	Congruenza tra PAI e prestazioni effettuate	In relazione all'organizzazione dell'offerta verifica % copertura	MMG/Gestori	Da remoto	verifica a campione con il MMG sulle problematiche riscontrate	100 medici	100 medici	casuale per cooperativa	fusi dati prestazioni	medici in range > 50%	medici in range > 20%	audit e focus group	nuova attività	l'offerta anche nell'esercizio 2022 non è stata così sovrabbondata, difficoltà nel recupero dato privato non accreditato	

PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI VIGILANZA E DI CONTROLLO 2022

Laddove si ritenga necessario fornire una descrizione più ampia nelle celle manualmente compilabili, si chiede di integrarla nel Piano dei Controlli

TDA		CODICE AREA											
ID	AMBITO DI CONTROLLO	DESCRIZIONE SINTETICA ATTIVITA' DI CONTROLLO	SOGGETTO DESTINATARIO DEL CONTROLLO	MODALITA' OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA MODALITA' OPERATIVA (max 150 caratteri)	NUMEROSITA' SOGGETTI TOTALI	NUMEROSITA' SOGGETTI PROGRAMMATI	CRITERI CAMPIONAMENTO SOGGETTI (max 150 caratteri)	FONTE DATI (max 150 caratteri)	INDICATORI UTILIZZATI	SOGLIA INDICATORE	STRUMENTI OPERATIVI (max 150 caratteri)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
TDA_001	Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale	monitoraggio produzione - confronto con Erogatori	Erogatori pubblici	Da remoto	Estrazione dei dati, rilievo anomalie, confronto con gli Erogatori	4	4	20 prestazioni critiche da DGR XI/7475 e XI/7819	28/SAN	% prestazioni in soglia, ulteriori indicatori da normativa	da norma	SAS Enterprise Guide Microsoft Access Microsoft Excel	
TDA_002	Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale	supporto monitoraggio	Erogatori pubblici e privati	Da remoto	Recall, verifica e supporto	62	62	Monitoraggio MTA	MTA		-	Microsoft Excel Microsoft Access Microsoft Excel	
TDA_003	Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale	monitoraggio produzione - confronto con Erogatori	Erogatori pubblici	Da remoto	Estrazione dei dati, rilievo anomalie, confronto con gli Erogatori	4	4	ricoveri monitorati da PNGLA	SDO	% prestazioni in soglia, ulteriori indicatori da normativa	da norma	Microsoft Access Microsoft Excel QUANI	
TDA_004	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	supporto monitoraggio	Erogatori pubblici e privati	Da remoto	Recall, verifica e supporto	62	62	Monitoraggio MTA	MTA		-	Microsoft Excel	
TDA_005	Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico ed eventualmente di altre aree critiche	monitoraggio prestazioni di follow up paziente chirurgico oncologico	Erogatori pubblici e privati	Da remoto	calcolo indicatori presa in carico e confronto con gli erogatori	5	5	come da indicatori progetto	SDQ/28SAN	% di prestazioni definite come tracer di follow-up effettuate nella stessa struttura nella quale il paziente è stato operato	1	SAS Enterprise Guide Microsoft Access Microsoft Excel	
TDA_006	Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero	supporto monitoraggio	Erogatori pubblici e privati	Da remoto	Recall, verifica e supporto	62	62	Monitoraggio MTA	MTA			Microsoft Excel	