

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Brianza

# PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI 2019 IN AMBITO SANITARIO E IN AMBITO SOCIO-SANITARIO E SOCIALE

*ATS Brianza*

*Approvato con delibera ATS n. 442 del 28.06.2019*

<b>I PARTE – CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE .....</b>	<b>6</b>
<b>ACRONIMI.....</b>	<b>6</b>
<b>1 PREMessa.....</b>	<b>9</b>
1.1 RUOLO DI ATS E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	9
1.2 DESCRIZIONE DEL CONTESTO TERRITORIALE – DEMOGRAFICO.....	10
1.2.1 <i>situazione territoriale</i> .....	10
1.2.2 <i>struttura della popolazione</i> .....	13
<b>II PARTE – AREA SANITARIA .....</b>	<b>17</b>
<b>2 AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE .....</b>	<b>17</b>
2.1 RETE DI OFFERTA .....	17
2.2 STRUMENTI PER IL CONTROLLO .....	19
2.3 CONSUNTIVO ATTIVITÀ SVOLTA NEL 2018.....	20
2.4 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019 .....	24
2.4.1 <i>Obiettivi strategici:</i> .....	24
2.4.2 <i>Verifica titoli di studio del personale sanitario</i> .....	26
<b>3 CONTROLLI PRESTAZIONI DI RICOVERO .....</b>	<b>27</b>
3.1 RETE D'OFFERTA.....	27
3.2 STRUMENTI PER IL CONTROLLO .....	27
3.3 CONSUNTIVO ATTIVITÀ DI CONTROLLO – ANNO 2018.....	28
3.4 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019 .....	39
3.4.1 <i>Controlli mirati di congruenza ed appropriatezza</i> .....	39
3.4.2 <i>Autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica</i> .....	41
3.4.3 <i>Autocontrollo qualità documentale</i> .....	41
<b>4 CONTROLLI PRESTAZIONI AMBULATORIALI.....</b>	<b>43</b>
4.1 RETE D'OFFERTA.....	43
4.2 STRUMENTI PER IL CONTROLLO .....	43
4.3 CONSUNTIVO ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2018.....	43
4.4 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019 .....	49
4.4.1 <i>criteri</i> .....	49
4.4.2 <i>tipologie dei controlli</i> .....	49
<b>5 TEMPI DI ATTESA STRUTTURE SANITARIE .....</b>	<b>52</b>
5.1 RETE D'OFFERTA.....	52
5.2 STRUMENTI PER IL CONTROLLO .....	52
5.3 CONSUNTIVO ATTIVITÀ SVOLTA NEL 2018.....	53
5.4 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019 .....	58
<b>6 RILEVAZIONE CUSTOMER SATISFACTION EROGATORI SANITARI .....</b>	<b>60</b>
6.1 RETE D'OFFERTA.....	60
6.2 STRUMENTI PER IL CONTROLLO .....	60

6.3	ATTIVITÀ DI CONTROLLO – ANNO 2017 .....	61
6.4	OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019 .....	61
<b>7</b>	<b>MEDICINA GENERALE, PEDIATRIA DI FAMIGLIA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.....</b>	<b>61</b>
7.1	RETE D'OFFERTA.....	61
7.2	STRUMENTI PER IL CONTROLLO .....	62
7.3	CONSUNTIVO ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2018.....	62
7.4	OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019 .....	63
7.4.1	attività di controllo.....	63
<b>8</b>	<b>ASSISTENZA PROTESICA.....</b>	<b>65</b>
8.1	RETE D'OFFERTA.....	65
8.2	STRUMENTI PER IL CONTROLLO .....	65
8.3	CONSUNTIVO ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2018.....	65
8.4	OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019 .....	66
<b>9</b>	<b>ASSISTENZA FARMACEUTICA .....</b>	<b>67</b>
9.1	RETE D'OFFERTA.....	67
9.2	STRUMENTI PER IL CONTROLLO .....	67
9.3	ATTIVITÀ NEL 2018.....	68
9.3.1	<i>Vigilanza farmaceutica</i> .....	68
9.3.2	<i>Farmaceutica convenzionata</i> .....	70
9.4	OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019 .....	72
9.4.1	<i>Vigilanza farmaceutica</i> .....	72
9.4.2	<i>Farmaceutica convenzionata</i> .....	73
<b>10</b>	<b>PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI .....</b>	<b>73</b>
10.1	RETE D'OFFERTA.....	73
10.2	STRUMENTI PER IL CONTROLLO .....	74
10.3	ATTIVITÀ DI CONTROLLO – ANNO 2018.....	74
10.4	OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019 .....	74
	<b>III PARTE – AREA SOCIO SANITARIA E SOCIALE.....</b>	<b>75</b>
<b>11</b>	<b>PREMESSA AREA SOCIO SANITARIA E SOCIALE .....</b>	<b>75</b>
11.1	RETE D'OFFERTA.....	75
11.1.1	<i>Rete d'offerta socio sanitaria all' 1/1/2018 oggetto dei controlli 2018.....</i>	<i>75</i>
11.1.2	<i>Rete di offerta socio sanitaria anno 2019.....</i>	<i>76</i>
11.1.3	<i>Rete delle unità d'offerta sociali a 1/1/2018 .....</i>	<i>78</i>
11.1.4	<i>Rete delle unità d'offerta sociali 2019 oggetto dei controlli 2019 .....</i>	<i>79</i>
11.2	STRUMENTI PER IL CONTROLLO .....	80
11.2.1	<i>Risorse.....</i>	<i>80</i>
11.2.2	<i>Procedure qualità.....</i>	<i>83</i>
11.2.3	<i>Fondo Vigilanza.....</i>	<i>83</i>
11.2.4	<i>Investimenti anno 2019 .....</i>	<i>84</i>

11.2.5	Formazione 2019 .....	84
11.2.6	Segnalazioni area socio sanitaria .....	85
11.2.7	Segnalazioni area sociale.....	86
<b>12</b>	<b>ATTIVITÀ DI VIGILANZA - U.d.O. SOCIO SANITARIE .....</b>	<b>87</b>
12.1	CONTROLLO AMMINISTRATIVO DEI FLUSSI DELL'AREA SOCIO SANITARIA .....	87
12.1.1	Consuntivo attività 2018.....	87
12.1.2	Obiettivi di verifica per l'anno 2019 .....	87
12.2	CONTROLLO REQUISITI SOGGETTIVI.....	88
12.2.1	Consuntivo attività 2018.....	88
12.2.2	Obiettivi di verifica per l'anno 2019 .....	89
12.3	AVVIO NUOVE STRUTTURE SOCIO SANITARIE O MODIFICHE DI STRUTTURE ESISTENTI.....	90
12.3.1	Consuntivo attività 2018.....	90
12.3.2	obiettivi di verifica per l'anno 2019 .....	90
12.4	VIGILANZA U.D.O. INTERESSATE A PIANI PROGRAMMA, CON AUTORIZZAZIONE PROVVISORIA.....	91
12.4.1	Consuntivo attività 2018.....	91
12.4.2	Obiettivi di verifica per l'anno 2019 .....	91
12.5	ATTIVITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI SCIA E ISTANZE DI ACCREDITAMENTO .....	91
12.5.1	Consuntivo attività 2018.....	91
12.5.2	Obiettivi di verifica per l'anno 2019 .....	91
12.6	VIGILANZA EXTRA CAMPIONE .....	91
12.6.1	Consuntivo attività 2018.....	91
12.6.2	Obiettivi di verifica per l'anno 2019 .....	91
12.7	VIGILANZA E CONTROLLO EX ARTT. 23 E 25 C.C. PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO .....	92
12.7.1	Rete d'offerta .....	92
12.7.2	Strumenti per il controllo .....	93
12.7.3	Attività di controllo – anno 2018 .....	94
12.7.4	Obiettivi di verifica per l'anno 2019 .....	94
<b>13</b>	<b>CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA E VERIFICHE MANTENIMENTO REQUISITI U.d.O. SOCIO SANITARIE .....</b>	<b>94</b>
13.1	Consuntivo attività 2018.....	94
13.2	obiettivi di verifica per l'anno 2019 .....	102
13.2.1	Indicatori per campionamento .....	102
13.2.2	Controllo Appropriately .....	104
13.2.3	Verifiche mantenimento requisiti.....	105
<b>14</b>	<b>ATTIVITÀ DI VIGILANZA – MISURE INNOVATIVE.....</b>	<b>106</b>
14.1	Attività di controllo anno 2018 .....	106
14.2	Obiettivi di verifica per l'anno 2019.....	108
14.2.1	Vigilanza Misure innovative.....	108
<b>15</b>	<b>VIGILANZA U.D.O. SOCIALI .....</b>	<b>109</b>

15.1	Consuntivo attività 2018.....	109
15.2	Obiettivi di verifica per l'anno 2019.....	111
15.2.1	<i>campionamento</i> .....	111
<b>16</b>	<b>VERIFICA COMUNICAZIONI PREVENTIVE DI ESERCIZIO (CPE) .....</b>	<b>113</b>
16.1	Attività di controllo – anno 2018 .....	113
16.2	Obiettivi di verifica per l'anno 2019.....	115
<b>17</b>	<b>VISITE ROUTINARIE .....</b>	<b>115</b>
17.1	Attività di controllo – anno 2018 .....	115
17.1.1	<i>Area prima infanzia</i> .....	116
17.1.2	<i>Area minori</i> .....	118
17.1.3	<i>Area disabili</i> .....	119
17.1.4	<i>Area anziani</i> .....	119
17.2	Obiettivi di verifica per l'anno 2019.....	120
<b>18</b>	<b>PROGETTI SPERIMENTALI EX LEGGE 3/2008 .....</b>	<b>120</b>

## I PARTE – CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

### ACRONIMI

Per rendere agevole la comprensione del documento si anticipa una lista dei principali acronimi utilizzati.

AACCNN	Accordi collettivi nazionali
ACSS	Agenzia dei controlli socio sanitari
ADI	Assistenza domiciliare integrata
ADP	Assistenza Domiciliare programmata
AFAM	Anagrafe regionale delle strutture socio sanitarie della Famiglia
AIFA	Agenzia italiana farmaco
AIR	Accordi integrativi regionali
APA	Assistenza Ambulatoriale per il bambino con patologia cronica
ARCA	Agenzia regionale centrale acquisti
AREU	Agenzia regionale emergenza urgenza
ASAN	Autorizzazione e Accreditamento Strutture Sanitarie
ASL	Azienda sanitaria locale
ASSI	Assistenza socio sanitaria integrata
ASST	Azienda socio sanitaria territoriale
ATS	Agenzia di tutela della salute
BIC	Bassa intensità chirurgica
BID	Bassa Intensità Dipendenze
CAD	Comunità Alloggio per disabili
CAL	Centro di Assistenza Limitata
CASA	Comunità alloggio sociale per anziani
CD	Centro diurno
CDA	Consiglio di amministrazione
CDC	Ciclo diurno continuo
CDD	Centro diurno disabili
CDI	Centro diurno integrato
CdR	Centro di responsabilità
CF	Consultorio familiare
CFA	Commissione farmaceutica aziendale
CLV	Centro Lavorazione Validazione
CMA	Centro microchirurgia ambulatoriale
CNS	Carta Nazionale dei Servizi
COI	Centro Oculistico Infantile
CPA	Comunità protetta ad alta assistenza
CPB	Comunità protetta a bassa protezione
CPE	Comunicazioni Preventive di Esercizio
CPM	Comunità protetta media assistenza
CPS	Centri Psico Sociali:
CRA	Comunità riabilitativa ad alta assistenza
CRD	Centro riabilitativo diurno
CREG	Chronic Related Groups
CRM	Comunità riabilitativa a media assistenza
CRR	Comunità di risocializzazione e reinserimento
CSE	Comunità socio educative
CSS	Comunità socio sanitarie
D LGS	Decreto legislativo
DCR	Decreto
DDG	Decreto direzione generale
DEA	Dipartimento emergenza accettazione
DG	Direttore generale

DGR	Diagnostic related group
DH	Day hospital
DIPS	Dipartimento igiene prevenzione sanitaria
DM	Decreto ministeriale
DP	Diagnosi principale
DPC	Distribuzione per conto
DPCM	Decreto presidente consiglio ministri
DPR	Decreto presidente repubblica
DSMD	Dipartimento salute mentale e delle Dipendenze
DWH	Data ware house
EEGG	Enti gestori
FASAS	Fascicolo socio sanitario
FMBBM	Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma
FSE	Fascicolo sanitario elettronico
GAP	Gioco d'azzardo patologico
GDL	Gruppo di lavoro regionale
GDM	Gruppo di miglioramento
HCV	Hepatitis C Virus
HOS	Hospital
ID	Identification number
IDR	Istituto di riabilitazione
IRCCS	Istituto ricerca a carattere scientifico
ISP	Igiene e sanità pubblica
LC	Lecco
LEA	Livelli essenziali di assistenza
LI	Lombardia informatica
LISPA	Lombardia informatica spa
LR	Legge regionale
LR	Legge regionale
MAC	Macro area chirurgica
MB	Monza Brianza
MCA	Medici continuità assistenziale
MDC	Major Diagnostic Category
MMG	Medico di medicina generale
MSBOS	Maximum Surgical Blood Order Schedule
MTA	Monitoraggio tempi di attesa
NAO	Nuovi anticoagulanti orali
NAR	Nuova anagrafe regionale
NAS	Nucleo anti sofisticazioni
NOC	Nuclei operativi di controllo
NP	Non pervenuta
NPI	Neuro psichiatria infantile
NPL	Neoplasie
OCSM	Organismo coordinamento salute mentale
OMCEO	Ordine Medici e Odontoiatri
ORL	Otorino laringoiatra
OTA	Organismo tecnicamente accreditante
PAAPSS	Programmazione accreditamento acquisto prestazioni sanitarie e socio sanitarie
PAI	Programma assistenza individuale
PCP	Piano dei controlli e protocolli
PDF	Pediatra di famiglia
PDTA	Percorsi diagnostici terapeutici
PEC	Posta elettronica certificata
PEI	Piano Educativo Individualizzato
PGTAZ	Piani aziendali semestrali di governo dei tempi di attesa
PHT	Prontuario della Distribuzione Diretta
PIC	Presenza in carico

PIPSS	Programmazione integrazione prestazioni sanitarie e socio sanitarie
PL	Posto letto
PLS	Pediatra di libera scelta
PMA	Procreazione Medicalmente Assistita
PNE	Piano nazionale esiti
PNGLA	Piano di governo dei tempi di attesa
PO	Presidio ospedaliero
POAS	Piano organizzazione aziendale strategico
POT	Presidio ospedaliero territoriale
PP	Punto prelievi
PPIP	Prestazioni a Particolare Impegno Professionale
PRESST	Presidio socio sanitario territoriale
PPRI	Proposta di percorso riabilitativo individuale
PRI	Piano riabilitativo integrato
PS	Pronto soccorso
PSAL	Servizio prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
PTCA	Angioplastica Coronarica Percutanea Transluminale
RAO	Raggruppamenti di attesa omogenei
RIA	Riabilitazione
RIAFAM	Flusso informativo diurno ambulatoriale domiciliare
RMN	Risonanza magnetica nucleare
RNV	Rinviati
RSA	Residenza sanitaria assistita
RSD	Residenza sanitaria disabili
SCIA	Segnalazione Certificata di Inizio Attività
SDO	Scheda dimissione ospedaliera
SERT	Servizio tossico dipendenze
SFA	Servizio di Formazione all'Autonomia
SIDI	Scheda individuale disabile
SIMT	Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
SMAF	Sistema modulare accoglienza flussi
SMI	Servizio multidimensionale integrato
SOSIA	Scheda di osservazione intermedia dell'assistenza
SRM	Servizio Residenziale Terapeutico-Riabilitativo a media intensità per minor
SSL	Sistema sanitario Lombardo
SSN	Servizio sanitario nazionale
STD	Standard
TC	Tomografia computerizzata
TD	Tempo determinato
TP	Tecnico della prevenzione
TTPP	Tecnici della prevenzione
TULLSS	Testo unico leggi sanitarie
UDO	Unità di offerta
UDR	Unità di raccolta
UOC	Unità operativa complessa
UOCP	Unità operativa cure palliative
UONPIA	Unità operativa neuropsichiatria infanzia adolescenza
UOS	Unità operativa semplice
UOSD	Unità operativa semplice dipartimentale
URP	Ufficio relazioni con il pubblico
UUOOS	Unità operative semplici
VEQ	Valutazione esterna di qualità



## 1 PREMESSA

### 1.1 RUOLO DI ATS E RIFERIMENTI NORMATIVI

La LR 11 agosto 2015 n. 23 *“Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge regionale 30 dicembre 2009, 33 (Testo unico delle Leggi regionali in materia di sanità)”* ha normato i nuovi assetti istituzionali e organizzativi per l’evoluzione del welfare socio sanitario lombardo. Tale evoluzione del sistema socio sanitario lombardo è caratterizzata dall’integrazione:

- tra le prestazioni sanitarie e socio sanitarie con quelle sociali;
- tra l’assistenza ospedaliera e l’assistenza sul territorio rivolta ai malati cronici ed ai pazienti post-degenza ospedaliera con l’assetto territoriale.

In particolare l’art. 3 della LR n. 23/2015 assegna alle ATS le funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità di offerta sanitarie, socio sanitarie e sociali, come previsto dall’art 10 del D.lgs. 502/1992 e riconfermate dalla DGR 17 dicembre 2018- n. XI/1046 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2019”*, secondo le scadenze stabilite dal Piano controlli annuale e da quelle previste dall’Agenzia di controllo di cui all’art 11 della LR 23/2015. La programmazione delle attività di vigilanza e controllo delle ATS è definita annualmente nel Piano dei Controlli, atto programmatico territoriale a rilevante valenza strategica.

A seguire, la Giunta Regionale con DGR n. X/7600 del 20/12/2017 *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio sanitario per l’esercizio 2018 - Allegato “Regole di Gestione del Servizio Socio sanitario 2018”*,” ha stabilito che:

- la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS dev'essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei piani e protocolli redatti dalla l'Agenzia di Controllo del Sistema Socio sanitario lombardo (ACSS);
- le ATS devono predisporre il proprio Piano dei controlli recependo quanto definito nel piano proposto dalla ACSS ed approvato dalla Giunta Regionale;
- resta in capo alla DG Welfare l’emanazione di indicazioni circa la corretta interpretazione e applicazione dei requisiti di esercizio, di accreditamento e dei criteri di appropriatezza, oltre al coordinamento del Gruppo di lavoro regionale per l'autorizzazione, l'accREDITAMENTO, l'appropriatezza e la codifica delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie di cui al D.D.G. n. 9535 del 29.09.2016;
- competono alla DG Welfare le disposizioni sui flussi informativi, la definizione dei tempi di esecuzione e dei volumi delle operazioni di controllo;
- La ACSS definisce nel Piano dei Controlli e Protocolli (PCP) i volumi delle singole tipologie di controllo e le indicazioni operative;
- i Piani dei Controlli delle ATS, devono recepire i contenuti del PCP proposto dall’ACSS.
- le ATS devono predisporre ed inviare alla DG Welfare e all’ACSS, entro i termini fissati dal PCP, il Piano dei Controlli relativo all’esercizio 2019.
- le ATS sono tenute a comunicare prontamente alla DG Welfare e alla ACSS ogni evento di particolare rilevanza in merito alle attività di vigilanza e controllo, nonché trasmettere alle medesime gli eventuali provvedimenti di diffida e sanzioni adottati nei confronti degli enti gestori, al fine di consentire all’ACSS di raccogliere la casistica utile per meglio definire le indicazioni per il piano dei controlli e alla DG Welfare di valutare l’opportunità di adeguamenti normativi”.

Le Regole di Sistema per l’esercizio 2018 hanno introdotto rilevanti novità, modificando la tempistica e i volumi attesi delle attività di controllo per l’esercizio in corso. In particolare, in risposta all’esigenza di allineare l’esercizio di controllo con quello di produzione, è stato disposto che l’annualità di controllo

coincida con l'annualità solare, prevedendo che le attività in ambito sanitario abbiano inizio il 1° gennaio e si concludano entro il 31 dicembre. Pertanto il consuntivo del 2018 è quindi "di transizione" ed ha una durata di 10 mesi, con una quota complessiva di controlli ridotta dal 14% all'11,5%.

In tale contesto il Piano dei Controlli 2019 è redatto secondo quanto previsto dalla Deliberazione n. 7923 del 26/02/2018 *"Determinazioni urgenti in ordine all'efficacia del Piano dei Controlli anno 2017, approvato con DGR 6502/2017"*. Il Piano risulta quindi essere un elemento fondamentale per la programmazione delle attività di controllo in ambito Sanitario, Socio sanitario e Sociale, comprendendo in questa definizione non solo le prestazioni erogate, bensì una serie di attività correlate indispensabili per la garanzia, ai cittadini, dell'appropriata e corretta fruizione dei servizi assistenziali previsti dai LEA Nazionali e Regionali.

Il presente Piano dei Controlli 2019 della ATS della Brianza si riferisce all'attività in capo:

- al Dipartimento per la Programmazione, Accredimento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (di seguito PAAPSS), per i capitoli o paragrafi:
  - par. 1.2 descrizione del contesto territoriale – demografico
  - cap. 2 autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie
  - cap.3 controlli prestazioni di ricovero
  - cap.4 controlli prestazioni ambulatoriali
  - cap.5 tempi di attesa strutture sanitarie
  - cap.11 premessa area socio sanitaria e sociale
  - cap.12 attività di vigilanza- u.d.o. Socio sanitarie
  - cap.13 controlli di appropriatezza e verifiche mantenimento requisiti u.d.o. Socio sanitarie
  - cap.14 attività di vigilanza – misure innovative
  - cap.15 vigilanza u.d.o. sociali
  - cap.16 verifica comunicazioni preventive di esercizio (cpe)
  - cap.17 visite routinarie
  - cap.18 progetti sperimentali ex legge 3/2008
  
- al Dipartimento delle Cure Primarie (DCP) per i capitoli:
  - cap.7 medicina generale, pediatria di famiglia e continuità assistenziale
  - cap.8 assistenza protesica
  - cap.9 assistenza farmaceutica
  
- ad alcune strutture della Direzione Generale per i capitoli:
  - cap.10 presa in carico dei pazienti cronici
  - cap.6 rilevazione customer satisfaction erogatori sanitari

## 1.2 DESCRIZIONE DEL CONTESTO TERRITORIALE – DEMOGRAFICO

### 1.2.1 situazione territoriale

Sulla base delle indicazioni della Legge Regionale 23 del 2015, a far data dal 01.01.2016, è istituita l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza, che ha competenza territoriale sui 143 comuni dei territori delle Province di Monza e Brianza (55 comuni) e di Lecco (88 comuni), perfettamente coincidenti con le ex ASL della Brianza e di Lecco. I vecchi distretti (Bellano, Lecco e Merate) della ex ASL di Lecco costituiscono il territorio del nuovo Distretto ATS di Lecco (di cui ora sono Ambiti distrettuali) e dell'Agenzia Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Lecco; nell'area dell'ex ASL di Monza e Brianza, i vecchi

distretti di Monza e Desio sono ora Ambiti del nuovo Distretto ATS di Monza, che coincide con il territorio dell'ASST di Monza, mentre i vecchi distretti ASL di Seregno, Carate e Vimercate costituiscono gli Ambiti distrettuali del nuovo Distretto ATS di Vimercate e coincidono con il territorio dell'ASST di Vimercate.

#### **ATS della Brianza (L.R. 23/2015)**

**Distretto/ASST di LECCO**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e socio sanitarie della provincia di Lecco – Ambiti (ex Distretti ASL) di:

- Lecco
- Bellano
- Merate

**Distretto/ASST di MONZA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e socio sanitarie degli Ambiti (ex Distretti ASL) di:

- Monza
- Desio

**Distretto/ASST di VIMERCATE**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e socio sanitarie degli Ambiti (ex Distretti ASL) di:

- Carate Brianza
- Seregno
- Vimercate

La popolazione residente nell'ATS della Brianza al 01/01/2018 è costituita da:

**1.211.082** persone di cui: **593.991** maschi (49%), **617.091** femmine (51%)

Per garantire la validità storica, l'ufficialità e la confrontabilità delle informazioni, la fonte dei dati riguardanti i soggetti residenti è l'ISTAT (<http://www.demo.istat.it>), mentre i dati riguardanti gli Assistiti derivano dalla Nuova Anagrafe Regionale (NAR) lombarda (aggiornamento novembre 2018)

# ATS DELLA BRIANZA

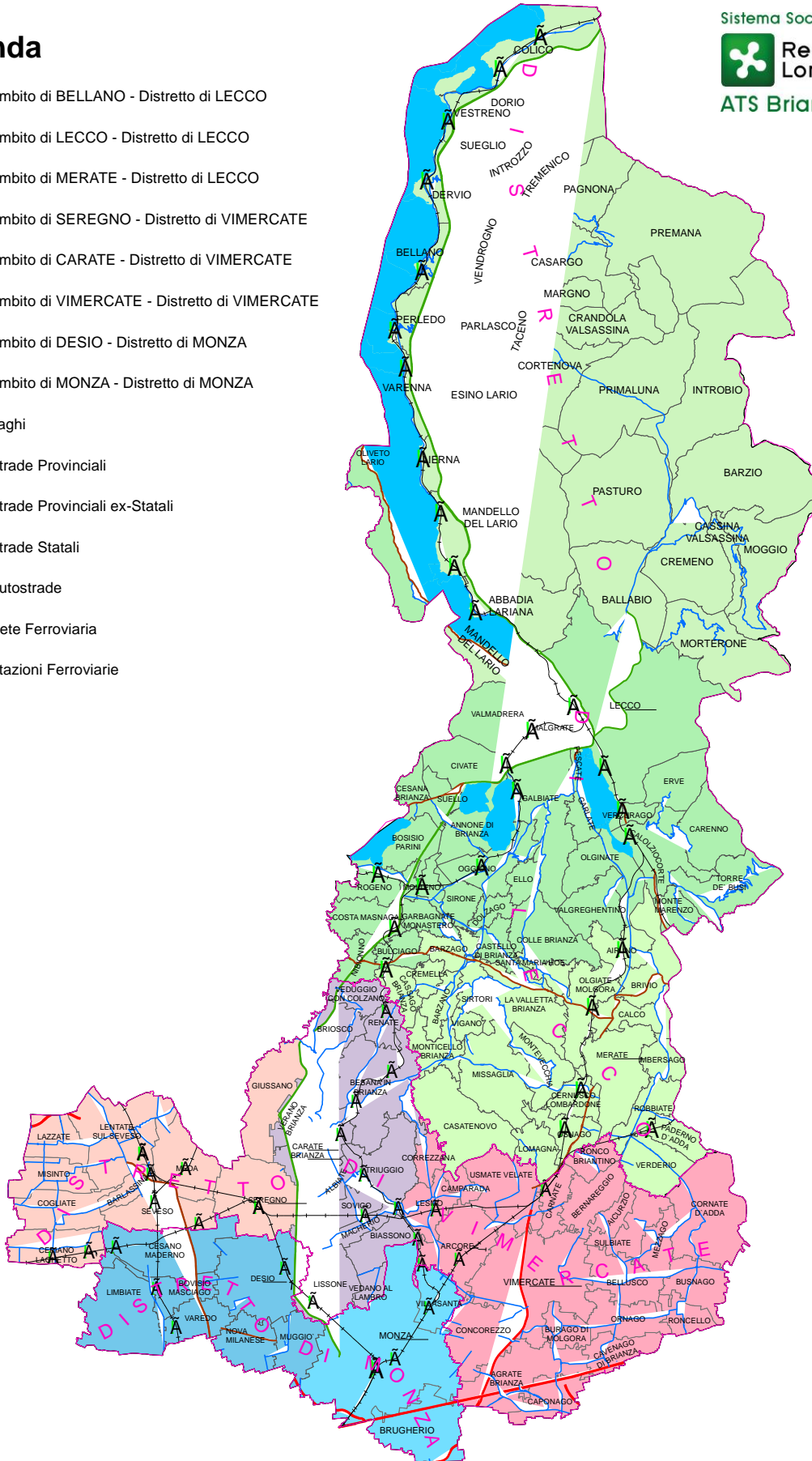
Sistema Socio Sanitario



ATS Brianza

## Legenda

- Ambito di BELLANO - Distretto di LECCO
- Ambito di LECCO - Distretto di LECCO
- Ambito di MERATE - Distretto di LECCO
- Ambito di SEREGNO - Distretto di VIMERCATE
- Ambito di CARATE - Distretto di VIMERCATE
- Ambito di VIMERCATE - Distretto di VIMERCATE
- Ambito di DESIO - Distretto di MONZA
- Ambito di MONZA - Distretto di MONZA
- Laghi
- Strade Provinciali
- Strade Provinciali ex-Statali
- Strade Statali
- Autostrade
- Rete Ferroviaria
- Stazioni Ferroviarie



### 1.2.2 struttura della popolazione

La tabella seguente mostra la composizione della popolazione residente per genere e classi d'età e della popolazione residente pesata utilizzando il tradizionale criterio della pesatura regionale. La popolazione è costituita da 1.211.082 persone (di cui le 51% femmine) e le classi giovani (sotto i 45 anni) rappresentano la metà del totale.

Il criterio della pesatura regionale correggere il differente assorbimento medio di risorse sanitarie da parte dei soggetti appartenenti ad alcune classi di età, assegnando un coefficiente moltiplicativo più elevato o più basso in funzione del maggiore o minore consumo di risorse. È attribuito un peso pari a 2,5 ai bambini di 0 anni (che consumano inevitabilmente risorse in occasione del ricovero della nascita) e peso pari a 3,2 per anziani di 75 anni ed oltre (che tendono a essere più frequentemente ricoverati rispetto ai giovani ed a consumare più farmaci e prestazioni ambulatoriali); le classi invece tra 15 e 44 anni assorbono risorse in misura minore.

*Popolazione residente per genere al 1 Gennaio 2018 – ATS della Brianza*

classe d'età	popolazione ATS Brianza				popolazione ATS Brianza pesata			
	maschi	femmine	Totale	quota %	maschi	femmine	Totale	quota %
<b>0</b>	5.032	4.557	9.589	0,8%	12.580	11.393	<b>23.973</b>	1,5%
<b>01-04</b>	21.133	20.232	41.365	3,4%	38.039	36.418	<b>74.457</b>	4,6%
<b>05-14</b>	60.761	57.665	118.426	9,8%	30.381	28.833	<b>59.213</b>	3,6%
<b>15-44</b>	208.196	200.048	408.244	33,7%	124.918	180.043	<b>304.961</b>	18,7%
<b>45-64</b>	180.619	182.225	362.844	30,0%	216.743	218.670	<b>435.413</b>	26,7%
<b>65-74</b>	62.669	69.761	132.430	10,9%	137.872	153.474	<b>291.346</b>	17,9%
<b>75 +</b>	55.581	82.603	138.184	11,4%	177.859	264.330	<b>442.189</b>	27,1%
<b>TOTALE</b>	<b>593.991</b>	<b>617.091</b>	<b>1.211.082</b>	<b>100%</b>	<b>738.391</b>	<b>893.160</b>	<b>1.631.551</b>	<b>100%</b>

Per offrire maggior dettaglio, nella tabella successiva è riportata la suddivisione della popolazione residente per classi quinquennali d'età.

Popolazione residente al 1 Gennaio 2018 per classi d'età quinquennali e per genere – ATS della Brianza

Classi Età	DISTRETTO									ATS Brianza		
	Lecco (Ambiti di Bellano, Lecco e Merate)			Monza (Ambiti di Monza e Desio)			Vimercate (Ambiti di Carate, Seregno e Vimercate)					
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-4	6.995	6.811	13.806	7.857	7.279	15.136	11.313	10.699	22.012	26.165	24.789	50.954
5-9	8.415	7.914	16.329	8.946	8.603	17.549	13.010	12.302	25.312	30.371	28.819	59.190
10-14	8.230	8.041	16.271	9.276	8.725	18.001	12.884	12.080	24.964	30.390	28.846	59.236
15-19	8.452	7.984	16.436	9.077	8.364	17.441	12.407	11.387	23.794	29.936	27.735	57.671
20-24	8.567	7.870	16.437	9.112	8.252	17.364	11.771	11.081	22.852	29.450	27.203	56.653
25-29	8.777	8.088	16.865	9.222	8.879	18.101	12.285	12.020	24.305	30.284	28.987	59.271
30-34	8.808	8.551	17.359	9.762	9.619	19.381	13.646	13.696	27.342	32.216	31.866	64.082
35-39	10.335	9.963	20.298	11.505	11.053	22.558	16.499	16.549	33.048	38.339	37.565	75.904
40-44	13.076	12.441	25.517	14.219	14.078	28.297	20.676	20.173	40.849	47.971	46.692	94.663
45-49	13.966	13.418	27.384	15.485	15.525	31.010	21.839	21.335	43.174	51.290	50.278	101.568
50-54	14.318	13.978	28.296	15.350	15.533	30.883	21.795	21.080	42.875	51.463	50.591	102.054
55-59	12.023	12.129	24.152	12.423	13.179	25.602	17.460	17.699	35.159	41.906	43.007	84.913
60-64	10.626	10.844	21.470	10.471	11.419	21.890	14.863	16.086	30.949	35.960	38.349	74.309
65-69	10.125	10.819	20.944	9.605	10.976	20.581	14.285	15.388	29.673	34.015	37.183	71.198
70-74	8.524	9.297	17.821	8.516	10.198	18.714	11.614	13.083	24.697	28.654	32.578	61.232
75-79	7.566	8.966	16.532	7.995	10.029	18.024	10.633	12.822	23.455	26.194	31.817	58.011
80-84	4.841	6.970	11.811	5.493	7.726	13.219	6.981	9.727	16.708	17.315	24.423	41.738
85 +	3.569	8.087	11.656	3.822	8.012	11.834	4.681	10.264	14.945	12.072	26.363	38.435
<b>TOT</b>	<b>167.213</b>	<b>172.171</b>	<b>339.384</b>	<b>178.136</b>	<b>187.449</b>	<b>365.585</b>	<b>248.642</b>	<b>257.471</b>	<b>506.113</b>	<b>593.991</b>	<b>617.091</b>	<b>1.211.082</b>

In considerazione dell'importanza del fenomeno invecchiamento per la programmazione sanitaria si propone la rappresentazione di alcuni indicatori utili ai fini programmatori. La tabella che segue mostra, con un confronto tra dati a livello ATS, Lombardia e Italia, che la quota di popolazione giovane sia leggermente più elevata in ATS rispetto ai riferimenti e le generazioni più anziane sono invece numericamente meno rilevanti. Gli indicatori specifici che da questi valori derivano mostrano valori "più giovanili" per la nostra ATS.

**Indicatori demografici ATS Brianza, Distretti ATS, Lombardia e Italia – 2017 e 2018**

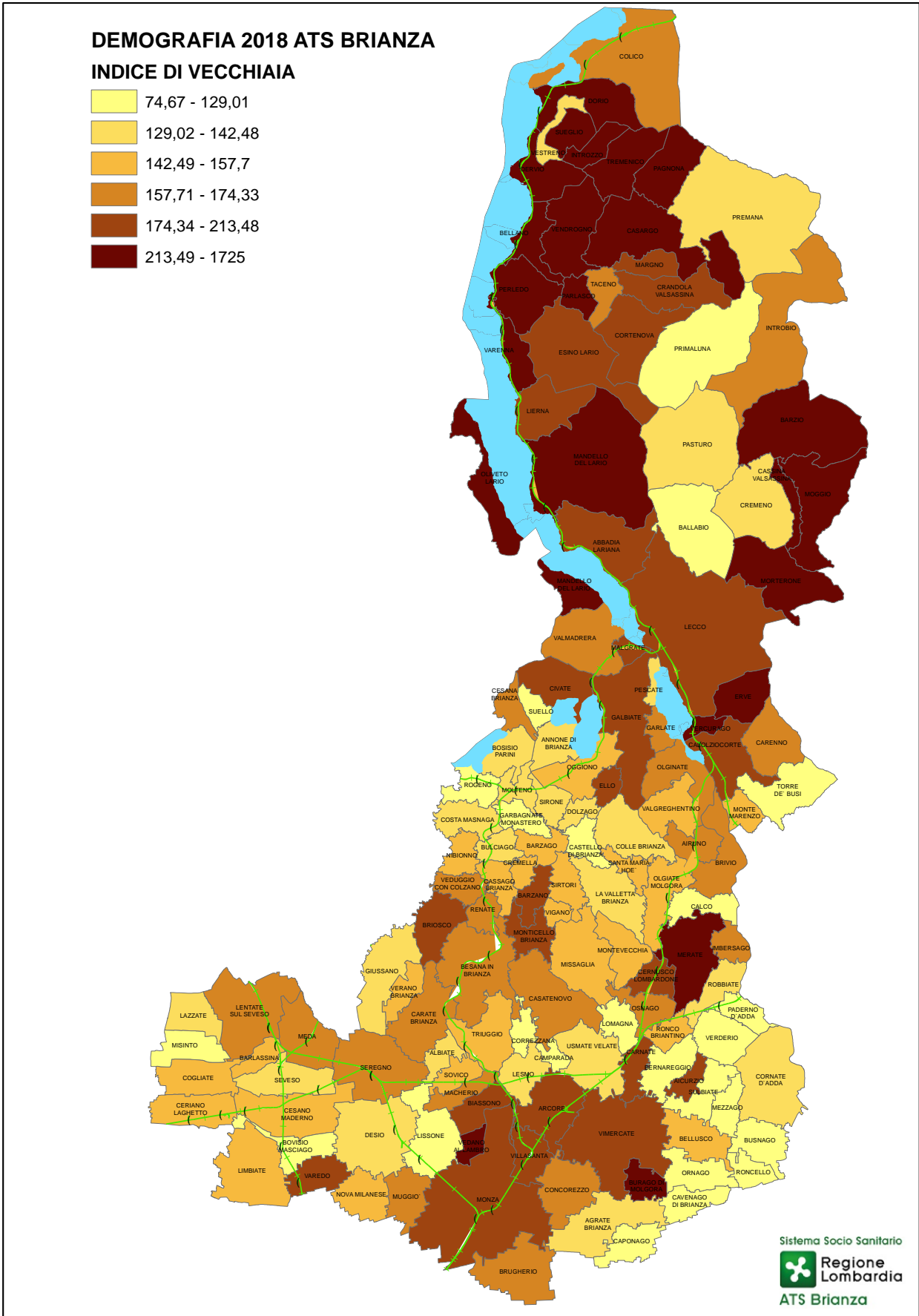
	Ambito territoriale	Quote di popolazione per età			Indice di vecchiaia
		<15 anni	65 + anni	80 + anni	
2018	ATS Brianza	13,99%	22,34%	6,62%	159,8
	Lombardia	13,81%	22,40%	6,81%	162,2
	Italia	13,36%	22,56%	6,96%	168,9
	Distretto di Lecco	13,67%	23,21%	6,91%	169,7
	Distretto di Monza	13,86%	22,53%	6,85%	162,5
	Distretto di Vimercate	14,28%	21,63%	6,25%	151,5
2017	ATS Brianza	14,12%	22,07%	6,40%	156,3
	Lombardia	13,94%	22,18%	6,62%	159,1
	Italia	13,50%	22,33%	6,82%	165,3
	Distretto di Lecco	13,86%	22,87%	6,69%	165,1
	Distretto di Monza	13,95%	22,39%	6,63%	160,6
	Distretto di Vimercate	14,22%	21,75%	6,04%	153,0

L'indice di vecchiaia evidenzia il livello di invecchiamento della popolazione tramite il rapporto (moltiplicato per 100) tra la popolazione di 65 anni ed oltre e la popolazione fino a 14 anni di età. Un valore basso dell'indice può indicare una elevata natalità ed una ridotta percentuale delle classi anziane: nell'ATS della Brianza i valori sono più bassi rispetto al valore medio nazionale e al valore lombardo. Nella tabella e nel grafico collegato è approfondito il dato concernente all'indice di vecchiaia nell'ATS della Brianza: il distretto di Monza presenta il valore più elevato in tutti gli anni considerati. La tendenza all'invecchiamento è comune a tutta l'ATS.

*Evoluzione temporale dell'indice di vecchiaia per ambito e distretto di residenza – ATS della Brianza*

Ambito	2003	2007	2011	2015	2018
Bellano	131,4	142,8	146,0	172,0	188,3
Lecco	129,6	139,0	141,8	157,6	171,5
Merate	119,0	125,7	127,3	143,3	159,9
Carate Brianza	140,7	154,8	159,0	172,1	154,0
Desio	121,1	128,7	130,6	142,3	147,8
Monza	112,4	122,3	125,5	137,1	180,0
Seregno	126,1	134,9	133,6	142,1	152,3
Vimercate	113,0	123,1	124,4	137,0	148,6
ATS della BRIANZA	<b>123,5</b>	<b>133,1</b>	<b>135,1</b>	<b>148,1</b>	<b>159,8</b>
Distretto Lecco	126,3	135,0	137,4	154,5	169,7
Distretto Monza	125,8	137,4	141,0	153,1	162,5
Distretto Vimercate	119,7	128,6	129,3	140,3	151,4

Nella mappa è rappresentato l'indice di vecchiaia su base comunale: il gradiente dei colori evidenzia valori crescenti per sestili della distribuzione del valore rappresentato come indicato nella legenda.





## II PARTE – AREA SANITARIA

## 2 AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE

## 2.1 RETE DI OFFERTA

Quadro dell'offerta complessiva sanitaria dell'ATS Brianza.

ATS della Brianza- Quadro d'offerta strutture sanitarie (dati al 31.12.2018)				
	Prov. Lecco		Prov. Monza	
	n. Enti	n. Presidi	n. Enti	n. Presidi
ASST	1	3	2	6
IRCCS pubblico accreditato	1	1	-	-
IRCCS privato accreditato	1	1	-	-
Ospedale classificato accreditato	1	1	-	-
Strutture di ricovero e cura private accreditate	2	2	5	6
Poliambulatori specialistici accreditati pubblici extra ospedalieri- ASST - IRCCS	2	8	2	18
Poliambulatori specialistici accreditati privati extra ospedalieri	4	4	3	6
Poliambulatori specialistici privati accreditati	6	6	17	18
Centri di Medicina dello Sport privati accreditati	2	2	3	3
Laboratori di Analisi privati accreditati	4	4	6	6
Punti Prelievo pubblici accreditati delle ASST- IRCCS	2	13	2	19
Punti Prelievo privati accreditati	4	5	9	48
Centri diurni pubblici psichiatrici	1	2	2	8
Centri diurni psichiatrici privati accreditati			3	3
Strutture di Residenzialità Leggera psichiatrica pubbliche	5	21	1	2
Strutture di Residenzialità Leggera psichiatrica private	4	12	2	5
Comunità Psichiatriche private	3	3	4	8
Poli territoriali UONPIA pubblici - ASST	1	2	2	4
Strutture residenziali terapeutico riabilitative UONPIA pubbliche- ASST			2	2
Centri diurni UONPIA pubblici- ASST			2	3
Ambulatori UONPIA pubblici extra ospedalieri - ASST			2	3
Comunità Assistenziali Psichiatriche pubbliche- ASST			2	12
CPS - ASST	1	2	2	5
CAL extra ospedalieri- ASST	1	4	2	6

Nella Tabella seguente è riportato il quadro di sintesi dell'offerta di posti letto accreditati e a contratto delle strutture di ricovero e cura dell'ATS al 31.12.2018

Ats	Struttura	Tipologia	Acuti	Riabilitaz.	Day hospital	Totale
Distretto di Lecco	ASST Presidio di Lecco	Acuti e riabilitazione	551	25	50	626
	ASST Presidio di Merate	Acuti	288	-	28	316
	ASST Presidio di Bellano	Riabilitazione	-	55	1	56
	IRCCS " INRCA" Casatenovo	Acuti e riabilitazione	48	32	-	80
	IRCCS "E. Medea" di	Riabilitazione	-	112	13	125

Ats	Struttura	Tipologia	Acuti	Riabilitaz.	Day hospital	Totale
	Bosisio Parini					
	Casa di Cura G.B. Mangioni di Lecco	Acuti	76	-	2	78
	Casa di Cura Lecco "B.L. Talamoni" Lecco	Acuti e riabilitazione	58	20	8	86
	Villa Beretta di Costa Masnaga	Riabilitazione	-	87	2	89
	<b>Totale Distretto</b>		<b>1.021</b>	<b>331</b>	<b>104</b>	<b>1.456</b>
Distretto di Monza	PO S. Gerardo di Monza	Acuti e riabilitazione	750	30	56	836
	PO Desio	Acuti	318	-	26	344
	Istituti Clinici Zucchi Monza	Acuti e riabilitazione	123	70	29	222
	CC Policlinico di Monza	Acuti e riabilitazione	139	47	15	201
	Fondazione Monza e Brianza	Materno infantile	122	-	6	128
	CC Villa Bianca Limbiate	Riabilitazione	-	69	1	70
	<b>Totale Distretto</b>		<b>1.452</b>	<b>216</b>	<b>133</b>	<b>1.801</b>
Distretto di Vimercate	PO Vimercate	Acuti e riabilitazione	423	20	45	488
	Istituti Clinici Zucchi Carate Brianza	Riabilitazione	-	134	2	136
	PO Carate Ospedale Civile V. Emanuele III°	Acuti	151	-	13	164
	PO G. Borella Giussano	Acuti	62	-	19	81
	PO Trabattoni Ronzoni Seregno	Riabilitazione	-	81	4	85
	Fondazione Maugeri Lissone	Riabilitazione	-	44	-	44
	<b>Totale Distretto</b>		<b>636</b>	<b>279</b>	<b>83</b>	<b>998</b>
	<b>TOTALE ATS</b>		<b>3.109</b>	<b>826</b>	<b>320</b>	<b>4.255</b>

Nella Tabella seguente è riportato il quadro di sintesi dell'offerta di posti tecnici di Sub-acute al 31.12.2018.

ATS	Struttura	Posti tecnici
Area Lecco	ASST- Presidio di Lecco	16
	ASST- Presidio di Merate	10
	Casa di Cura "G.B. Mangioni" di Lecco	7
	Casa di Cura Lecco "B.L. Talamoni" di Lecco	10
	<b>Totale</b>	<b>43</b>
Area Monza	ASST Monza- P.O. di Circolo - Desio	10
	Istituti Clinici Scientifici Maugeri S.p.A. SB- Centro di Lissone	15*
	<b>Totale</b>	<b>25</b>
Area Vimercate	ASST Vimercate- Ospedale di Vimercate	13
	Istituti Clinici Zucchi di Carate	16
	ASST Vimercate- P.O. "Borella" - Giussano	20
	<b>Totale</b>	<b>49</b>

\*Posti accreditati NON a contratto

Nella Tabella seguente è riportato il quadro di sintesi dell'offerta delle strutture di residenzialità psichiatrica accreditate e a contratto, al 31.12.2018.

ATS	Struttura	Posti tecnici
Area Lecco	CPB –Comunità Protetta a Bassa Protezione	2
	CPA – Comunità Protetta ad Alta Assistenza	10
	CPM –Comunità Protetta Media Assistenza	10
	CRA- Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza	28
	CRM – Comunità Riabilitativa a media assistenza	36
	Residenzialità Leggera	33
	Residenzialità Riabilitativa NPI	8
	<b>Totale</b>	<b>127</b>
Area Monza	CPB –Comunità Protetta a Bassa Protezione	19
	CPA – Comunità Protetta ad Alta Assistenza	40
	CPM –Comunità Protetta Media Assistenza	56
	CRA- Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza	74
	CRM – Comunità Riabilitativa a media assistenza	0
	Residenzialità Leggera	28
	Residenzialità Riabilitativa NPI	8
	<b>Totale</b>	<b>225</b>
Area Vimercate	CPB –Comunità Protetta a Bassa Protezione	0
	CPA – Comunità Protetta ad Alta Assistenza	40
	CPM –Comunità Protetta Media Assistenza	0
	CRA- Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza	32
	CRM – Comunità Riabilitativa a media assistenza	0
	Residenzialità Leggera	0
	Residenzialità Riabilitativa NPI	10
	<b>Totale</b>	<b>82</b>

## 2.2 STRUMENTI PER IL CONTROLLO

La vigilanza ed il controllo sono effettuati dalla UOC Accreditamento Controllo Vigilanza Strutture Sanitarie cui afferisce la UOS: Accreditamento Sanitario, i cui processi sono certificati conformemente alla norma UNI EN ISO 9001:2015. L'attività di controllo è effettuata applicando le procedure, validate dal Sistema Qualità Aziendale, garantendo la omogeneità dell'iter di verifica su tutto il territorio ATS. Nel corso del 2018 la UOS Accreditamento sanitario è stata oggetto di audit da parte dell'Ente certificatore IMQ per il rinnovo della certificazione qualità UNI EN ISO 9001:20015 relativamente al Processo "Vigilanza sulle strutture Sanitarie Accreditate" con esito positivo.

Il processo accreditamento ambito sanitario: *nuove istanze* del Cdr Responsabile accreditamento sanitario è gestito dalla procedura ATS *Id 02542 Accreditamento Sanitario*.

Il processo accreditamento ambito sanitario: *vigilanza nuove istanze* del Cdr Responsabile accreditamento sanitario è gestito dalla procedura ATS *Id 03123 Vigilanza Sulle Strutture Sanitarie Accreditate*.

I sopralluoghi, in un'ottica di collaborazione trasversale ai dipartimenti, verranno espletati congiuntamente con l'UOC Impiantistica e l'UOSD "Salute e Ambiente" del Dipartimento IPS e con l'UOSD "Verifica requisiti strutturali e tecnologici strutture erogatrici" del Dipartimento PAAPSS.

### Prevenzione della corruzione:

Come previsto dal Piano Triennale per la prevenzione della corruzione aziendale 2019- 2022, la UOS Accreditamento Sanitario ha raccolto le dichiarazioni di assenza di conflitto d'interessi per ciascun operatore che ha effettuato sopralluoghi e o controlli presso le strutture sanitarie. Si segnala che, vista la strutturazione del Dipartimento PAAPSS, è garantita la segregazione delle funzioni, in quanto le UOOOS per l'attività di controllo differiscono dalle UOOOS che effettuano la negoziazione, la definizione contratti e la gestione flussi.

## 2.3 CONSUNTIVO ATTIVITÀ SVOLTA NEL 2018

### Nuove istanze

Nel corso dell'anno, la DGR 7600 del 20.12.2017 ha determinato per il 2018 la possibilità di:

- Presentare istanze di nuovi accreditamenti (senza contratto) per tutte le Strutture Sanitarie, ad eccezione delle strutture di Ricovero e Cura per le quali sono consentiti trasferimenti, trasformazioni e riconversioni;
- Riclassificare le attività di elettrofisiologia come da DGR 7540 del 18.12.2017;
- Autorizzare e accreditare Laboratori specializzati e Sezioni specializzate di "Genetica Medica e Citogenetica" come da indicazioni della DGR 7466 del 4.12.2017;
- Attivare punti prelievo (PP), accessibili a tutti i cittadini, presso RSA e CDI.

Per tutte le istanze/comunicazioni presentate all'UOS Accreditamento Sanitario, gli operatori dedicati hanno effettuato l'istruttoria di competenza sia attraverso l'esame documentale sia mediante sopralluoghi, in collaborazione con le UOC del Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria e l'UOSD "Verifica Requisiti strutturali e tecnologici delle strutture erogatrici", valutando i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalle normative in materia di accreditamento.

Le istanze sono state processate utilizzando l'applicativo Regionale "ASAN", messo a disposizione da Regione Lombardia, utilizzato dall'UOS Accreditamento Sanitario in ogni fase del percorso di validazione delle istanze.

Complessivamente, nel corso del 2018, sono state processate n. 40 istanze, così di seguito dettagliate:

Ente /Struttura	Tipologia istanza	Attività/U.O.	N.
Comunità Kairos- Nibionno	Ampliamento	N.P.I.	1
I.R.C.C.S. Medea – Bosisio Parini	Trasformazione	U.O. Radiologia Diagnostica per Immagini	1
A.S.S.T. Lecco – PO Lecco	Riclassificazione	Elettrofisiologia	1
A.S.S.T. Lecco – PO Merate	Riclassificazione	Elettrofisiologia	1
A.S.S.T. Lecco – PO Bellano	Ampliamento	U.O. Poliambulatorio	1
Synlab- Lecco	Trasformazione	U.O. Radiologia Diagnostica per Immagini	1
A.S.S.T. Lecco – PO Lecco	Ampliamento/Riallineamento POAS	U.O. Nutrizione Clinica	1
A.S.S.T. Lecco – PO Lecco	Ampliamento/Riallineamento POAS	U.O. Terapia del dolore	1
A.S.S.T. Lecco – PO Lecco	Ampliamento/Riallineamento POAS	U.O. Breast Unit	1
A.S.S.T. Lecco – PO Merate	Ampliamento/Riallineamento POAS	U.O. Chirurgia Pediatrica	1

Ente /Struttura	Tipologia istanza	Attività/U.O.	N.
A.S.S.T. Lecco – PO Merate	Ampliamento/Riallineamento POAS	U.O. Breast Unit	1
I.R.C.C.S. I.N.R.C.A. - Casatenovo	Trasferimento	U.O. Pneumologia	1
ASST Monza- PO S. Gerardo	Trasformazione	U.O. Emodinamica	1
Istituto Auxologico Italiano	Trasformazione	Poliambulatorio Centro Diagnostico Meda	1
ASST Monza – PO S. Gerardo	Riclassificazione	Elettrofisiologia	1
ASST Monza – PO Desio	Riclassificazione	Elettrofisiologia	1
ASST Vimercate – PO Vimercate	Riclassificazione	Elettrofisiologia	1
Policlinico di Monza Spa	Riclassificazione	Elettrofisiologia	1
Synlab Italia	Trasferimento	Punto Prelievi Villasanta	1
Studio di Fisiochinesiterapia – F.T.C. di Crotti Carlo e C.SAS	Trasformazione/Ampliamento	Poliambulatorio- Veduggio	2
Bianalisi S.p.A. ___7	Autorizzazione Accreditamento	Punto Prelievi c/o Poliambulatorio Alliance Medical Lissone	1
Bianalisi S.p.A. ___7	Autorizzazione Accreditamento	Punto Prelievi-Giussano	1
Affidea Lombardia S.r.l.	Autorizzazione Accreditamento	Punto Prelievi- Seregno	1
Fondazione Monza e Brianza per il bambino e la sua mamma	Trasformazione	UO Ostetricia	1
ASST Monza	Riallineamento POAS	PO Desio/ PO Monza	2
ASST Vimercate	Riallineamento POAS	PO Giussano –Seregno – Carate – Vimercate	4
ASST Monza	Afferimento /riallineamento POAS	PO DESIO afferimento Udr al SIMT del PO S. Gerardo	1
Politerapico SRL	Trasformazione/Ampliamento	Poliambulatorio- Monza	2
Alliance Medical Lissone	Trasformazione	Poliambulatorio	1
Policlinico SPA	Autorizzazione Accreditamento	Poliambulatorio Via Nievo Monza	1
Policlinico SPA	Autorizzazione Accreditamento	Punto Prelievi- Verano	1
ASST Monza	Ampliamento /Riallineamento POAS	BREAST UNIT P.O. S. Gerardo Monza	1
ASST Monza	Trasformazione	P.O. DESIO 3 PT MAC Oncologia	1
IRCSS Medea di Bosisio Parini I.R.C.C.S. Medea di Bosisio Parini	Trasformazione	Riabilitazione specialistica	1

Inoltre sono state prese in carico e processate le seguenti richieste:

- 15 pareri per punti prelievo PP ubicati in altre ATS;
- Comunicazioni inizio attività per PP c/o Comuni;
- Pareri per opere pubbliche: n. 3 per ASST Monza e n. 1 per ASST Vimercate;
- 1 rilascio idoneità sperimentazione/farmaci per “CMA Centro Microchirurgia Ambulatoriale” di Monza;
- 2 Revoche di accreditamento per: “Consorzio Genetica Molecolare” di Monza e per “Il Centro della Salute” di Olgiate Molgora;
- 2 Volture per subentro nelle autorizzazioni sanitarie: “Laboratorio Analisi Mediche Morgagni S.r.l.” e “Centro Diagnostico L. Pasteur di Sindoni F.”;
- pratiche per variazioni L.R./trasferimenti sede legale/variazione P.IVA (AVIS Provinciale Milano,

FMBBM, Studio Odontoiatrico Cordelli e Politerapico Monza);

- 2 pareri per strutture ASST Lecco (Oggiono e Calolziocorte)
- 1 parere per SIMT PO di Merate;
- 1 parere per trasformazione locali per terapia riabilitativa robotica IRCSS Medea;
- 1 segnalazione da parte di OMCEO Lecco;
- 2 integrazioni a DDO: ASST di Lecco Presidio di Merate e CC “Beato Luigi Talamoni” di Lecco.

### **Attività di consulenza**

Su richiesta delle Strutture sanitarie erogatrici, sono svolti incontri informativi al fine di illustrare il percorso di accreditamento e di fornire un valido supporto tecnico e nel corso del 2018 sono stati condotti n. 30 incontri.

### **Vigilanza per la verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento 2018**

I controlli per la valutazione del mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento sono stati indirizzati nei confronti di strutture sanitarie di ricovero e cura a ciclo diurno, residenziali, semiresidenziali o ambulatoriali e in particolare hanno riguardato:

*ASST Lecco:*

- U.O. Cardiologia – Elettrofisiologia PO “A. Manzoni” Lecco;
- U.O. Cardiologia – Elettrofisiologia PO “L. Mandic” Merate;
- U.O. Cure Palliative PO “A. Manzoni” Lecco;
- U.O. Cure Palliative PO “L. Mandic” Merate;
- UO Radiologia Diagnostica per Immagini PO “Umberto I°” Bellano.

*ASST Monza:*

- Blocco Operatorio Ospedale S. Gerardo – Monza;
- Blocco Operatorio Ospedale di Circolo Di Desio;
- UO Chirurgia\_ Urologia Ospedale di Circolo di Desio;
- CPA/CPM/CRA/CD e Ambulatorio Psichiatrico di Brugherio;
- Centro Psico Sociale di Monza;
- CPS/CRA-SRP1/CD di Cesano Maderno.

*ASST Vimercate:*

- Blocco Operatorio Ospedale Nuovo di Vimercate;
- Blocco Ospedaliero – Ospedale Civile Vittorio Emanuele Carate;
- Centro Psico Sociale e Centro Diurno di Seregno;
- Centro Diurno e Ambulatorio Psichiatrico di Carate Brianza.

In collaborazione con l’UOS “Appropriatezza Ricoveri” e l’UOSD “Verifica dei Requisiti strutturali e tecnologici strutture erogatrici”, al fine di migliorare la collaborazione tra Servizi e le modalità di realizzazione della verifica ispettiva, sono stati controllati i blocchi operatori di:

- PO “A. Manzoni” – Lecco;
- PO “L. Mandic” – Merate;
- Casa di Cura Privata Policlinico S.p.A. di Monza;
- Istituti Clinici Zucchi S.p.A. \_\_\_7 di Monza;
- Casa di cura “Beato L. Talamoni” Lecco;
- Casa di Cura “GB Mangioni Hospital” Lecco.

*Poliambulatori privati:*

- Synlab - Lecco;
- Risana Diagnostica S.r.l. - Muggiò;
- Studio di Fisiocinesiterapia F.T.C. di Crotti Carlo e C. Sas- Veduggio con Colzano;
- IRCCS “E. Medea” - Bosisio Parini.

*U.O. Radiologia Diagnostica per immagini*

- “Villa Beretta” – Costa Masnaga;
- “Ellisse” - Cernusco Lombardone.

*Punto prelievi:*

IRCCS INRCA – Casatenovo.

*Residenzialità Psichiatrica:*

- “Villa Ratti” – Monticello Brianza.

*SMeL*

Su segnalazione del Centro di riferimento Regionale per la qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio sono state effettuate n. 2 visite ispettive presso lo SMel di Bovisio Masciago “Centro Diagnostico Pasteur di Sindoni F. e C.” con esito positivo.

*Servizi Trasfusionali*

I Valutatori Nazionali dei Servizi Trasfusionali di ATS, coadiuvati dai tecnici dell’UOC Impiantistica del DIPS e dell’UOSD “Verifica dei Requisiti strutturali e tecnologici strutture erogatrici” del PAAPSS, oltre a verificare i requisiti previsti dal d.lgs. 261/2007 e dall’Accordo Stato Regioni del 16.12.2010, hanno valutato il percorso del donatore dal momento dell’accettazione in struttura al termine della procedura. Le strutture oggetto di verifica sono state:

*AVIS Provinciale di Milano:*

- Unità di Raccolta di Besana Brianza
- Unità di Raccolta di Busnago
- Unità di Raccolta di Lentate sul Seveso
- Unità di Raccolta mobile di Limbiate

*ASST Monza*

Unità di Raccolta – Ospedale di Circolo di Desio

*ASST Vimercate*

Unità di Raccolta – Ospedale di Ospedale Civile Vittorio Emanuele III di Carate Brianza.

L’esito di tutte le verifiche su indicate è stato inserito nell’applicativo regionale ASAN.

*Verifica titoli di studio del personale sanitario*

Nel corso dell’anno sono state visionate/acquisite n. 108 autocertificazioni, ai sensi del DPR 445/2000, relative al possesso del Titolo di studio, posizione contrattuale, iscrizione e/o pre-iscrizione all’ordine/albo, assenza di conflitto d’interessi del personale sanitario (medici, infermieri, terapisti) con particolare attenzione alle figure apicali (Responsabili di UO, coordinatore tecnico, coordinatore infermieristico). Inoltre, con cadenza quadrimestrale (45 gg dopo la fine del trimestre di riferimento) è stato monitorato l’invio/caricamento su portale ASAN dell’autocertificazione attestante il

mantenimento degli standard di personale/dotazione organica da parte delle strutture.

*Cantiere ospedale S. Gerardo – Monza:*

Alla ripresa del cantiere (FASE 2) l'UOS Accreditamento Sanitario ha effettuato periodici incontri con il Responsabile dell'accREDITamento e risk management aziendale, i referenti dell'Ufficio Tecnico, i referenti della Fondazione MBBM e i referenti del Concessionario per valutare l'iter, il tipo di istanza, il mantenimento dei requisiti ed eventuali altre informazioni atte a garantire il corretto svolgimento dei trasferimenti in programma. Ad oggi, tutti i trasferimenti sono avvenuti tra aree caratterizzate da omogeneo regime assistenziale, senza variazioni di capacità ricettiva, garantendo il mantenimento di tutti i requisiti di accREDITamento (organizzativi, tecnologici e strutturali), la cui verifica è stata effettuata al termine dei lavori

I trasferimenti riguardano i posti letto attivi delle diverse UO coinvolte, senza riduzione della disponibilità per la degenza, né dell'attività ambulatoriale ad essa collegata; pertanto non si ravvisa alcun impatto sul budget a suo tempo negoziato.

*Riallineamento assetti 2018*

La D.G. Welfare ha stabilito di riallineare all'assetto accREDITato i POAS delle ASST, convocando le Direzioni Strategiche delle ASST e le Direzioni Generali delle singole ATS. Alla luce degli incontri effettuati e delle decisioni concordemente assunte, le 3 ASST hanno presentato alla ATS istanze di ampliamento, di trasformazione o invio di comunicazioni al fine di riallineare gli assetti all'effettiva organizzazione dell'attività erogata. Conseguentemente l'UOS AccREDITamento Sanitario ha processato n. 13 pratiche conclusesi con provvedimenti ATS e relative prese d'atto Regionali. Il riallineamento dei POAS si è concluso con la validazione di tutti i "processi struttura" su portale ASAN.

## 2.4 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019

Regione Lombardia con DGR XI/1046 del 17.12.2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio sanitario per l'esercizio 2019" ha stabilito le regole per l'anno 2019. Sono possibili nuovi accREDITamenti (senza contratto) per tutte le Strutture Sanitarie, ad eccezione delle strutture di Ricovero per Acuti e di Degenza di Riabilitazione, per le quali sono consentite trasformazioni e riconversioni.

### 2.4.1 Obiettivi strategici:

- Riordino e sviluppo del sistema della rete d'offerta, in ottemperanza al D.M. 70/2015;
- Riqualificazione della rete d'offerta: POT –PRESST;
- Monitoraggio dell'attività degli SMEL relativamente alla produzione del numero minimo delle prestazioni, verificato alla fine del 2019;
- Possibilità di autorizzare e accREDITare SMEL specializzati e sezioni specializzate in Anatomia Patologica;
- Proroga al 28/02/2019 per l'adeguamento ai requisiti minimi organizzativi delle attività di Genetica Molecolare e di Citogenetica;
- Revisione degli assetti presenti in ASAN attraverso il riallineamento tra assetto accREDITato e POAS e monitoraggio del mantenimento dei requisiti di accREDITamento;
- Prosecuzione dell'attività della cabina di regia dell'OTA;
- Riconversione ex CPB.

Considerando inoltre le indicazioni fornite da ACSS con nota prot. n. 45262 del 7.6.2019 e la normativa



del CNS per i Servizi Trasfusionali ed Unità di Raccolta Sangue, i criteri di scelta individuati nella selezione delle strutture sanitarie da controllare nel 2019, a prescindere dal loro status, hanno seguito le seguenti priorità:

- Strutture sanitarie ambulatoriali, di laboratorio e ospedaliere, accreditate non sottoposte a controlli da più tempo per i requisiti organizzativi;
- Monitoraggio degli adeguamenti strutturali generali dei Presidi Ospedalieri e delle strutture sanitarie di ricovero e cura private, la cui scadenza finale è fissata per il 31/12/2020, in collaborazione con le UOC/UOSD del DIPS e con l'UOSD "Verifica requisiti strutturali e tecnologici Strutture erogatrici";
- Riabilitazione: in attesa della riorganizzazione dei servizi di riabilitazione in regime di degenza, si prevede la valutazione dei poliambulatori presenti negli assetti delle strutture di ricovero e cura in cui sia presente la macro attività di riabilitazione specialistica.
- Reparti di degenza di Ortopedia e Traumatologia in continuità con l'attività di verifica svolta nel corso del 2018 sui blocchi operatori;
- Strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche e della NPIA: è necessario un monitoraggio periodico, al fine di verificare il superamento delle criticità organizzative successive all'emanazione della legge 23/2015;
- Strutture sanitarie che nel corso del 2019 utilizzino nel percorso di accreditamento la metodica della perizia asseverata prevista dalla DGR 3312/2001;
- Strutture che modifichino il loro assetto organizzativo o societario in modo significativo;
- Controlli in collaborazione con i NOC (UOS Appropriatelyzza Ricoveri) su eventuali criticità riscontrate durante i controlli;
- Controlli richiesti da altri Enti (altre ATS, NAS, Guardia di Finanza, Difensore Civico, ecc.);
- Controlli richiesti da altri Servizi dell'ATS Brianza (URP);
- Riclassificazione Genetica Molecolare e Citogenetica ex DGR X/7466 del 4.12.2017.

Si pianifica di programmare per l'anno 2019 la seguente attività di vigilanza:

- n. 10 Reparti di Ortopedia;
- n. 13 Poliambulatori pubblici/privati
- n. 7 presidi per l'emergenza urgenza (n. 2 PS, n. 3 DEA I livello, n. 1 DEA II livello, n. 1 EAS)
- n. 1 CLV\_SIMT\_UDR
- n. 3 SIMT\_UDR;
- n. 1 UDR
- n. 4 Residenzialità psichiatriche
- n. 1 UONPIA \_ centro diurno
- n. 2 Centri Diurni Psichiatrici
- n. 5 Laboratori di Genetica Molecolare e Citogenetica

#### *Altre attività*

- Partecipazione all'OCSM, fornendo il supporto tecnico in caso di richiesta di apertura di nuove strutture psichiatriche/NPIA, modifica o ampliamento di quanto già esistente e, in ottemperanza alle regole regionali per l'anno 2019, attuando la riconversione delle CPB;
- Monitoraggio dell'attività degli SMeL attraverso il portale regionale del Centro di Riferimento per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio (performance VEQ, valutazione produzione anno 2018, ecc.);
- Monitoraggio dei posti letto sospesi delle ASST;
- Prosecuzione dell'attività della Cabina di Regia dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA): continua l'attività di collaborazione, per l'analisi condivisa delle evidenze riferite ai 28

requisiti previsti dal disciplinare OTA con i requisiti già presenti nel gestionale ASAN, finalizzato alla realizzazione di linee guida che potranno essere utilizzati dagli operatori ATS per uniformare le modalità di verifica;

- Partecipazione a gruppi di lavoro regionali per la revisione dei requisiti di accreditamento: Farmacia/PMA.
- Partecipazione al Gruppo di Lavoro Regionale (GDL) per l'autorizzazione, l'accreditamento, l'appropriatezza e la codifica delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie.

Nella Tabella seguente, sono riportate sinteticamente le aree d'interesse e le relative azioni programmate per l'anno 2019 distinte per Accreditamento/Vigilanza.

Area	Attività	Obiettivo 2019	Indicatore
Accreditamento	Processare le istanze	Rispetto della tempistica prevista dalla normativa regionale in collaborazione (se previsto dall'istanza) con le UOC del DIPS e l'UOSD del PAAPSS.	(n. atti di ATS emessi entro la tempistica/ n. istanze processate)*100 = 100%
	Riclassificare le sezioni di Genetica Molecolare e Citogenetica degli SMEL (DGR 7466/17)	Verifica nei tempi e con le modalità definite dalla DG Welfare del possesso dei requisiti.	(n. atti emessi da ATS/n. istanze presentate)*100=100%
	Gestire i processi Ente/Struttura in ASAN.	Aggiornamento in ASAN degli assetti organizzativo funzionali delle strutture accreditate.	(n. processi inseriti in ASAN/n. modifiche all'assetto ratificate con provvedimento ATS)*100 =100%
Vigilanza	Verificare il mantenimento dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie (attuazione Piano dei Controlli).	Conferma del mantenimento dei requisiti di accreditamento individuati.	(n. verbali di sopralluogo/n. strutture programmate in vigilanza) *100 =100%
	Verificare la partecipazione/ performance VEQ degli SMEL,	Verifica della partecipazione/ performance VEQ, come segnalato dal Centro di Riferimento Regionale per la Qualità degli SMEL.	Evidenza documentale delle verifiche effettuate e degli eventuali atti conseguenti nel 100% dei casi programmati.
	Gestire gli esiti delle vigilanze in ASAN.	Aggiornamento in ASAN degli esiti delle vigilanze.	(n. verbali di vigilanza inseriti in ASAN/n. sopralluoghi effettuati)*100=100%

#### 2.4.2 Verifica titoli di studio del personale sanitario

Saranno visionate/acquisite le autocertificazioni, ai sensi del DPR 445/2000, relative a:

- possesso del Titolo di studio,

- posizione contrattuale,
- iscrizione e/o pre-iscrizione all'ordine/albo,
- assenza di conflitto d'interessi del personale sanitario (medici, infermieri, terapisti) con particolare attenzione alle figure apicali (Responsabili di UO, coordinatore tecnico, coordinatore infermieristico).

Con cadenza quadrimestrale sarà monitorato l'invio/caricamento su portale ASAN da parte delle strutture:

- dell'autocertificazione attestante il mantenimento degli standard di personale / dotazione organica.

### 3 CONTROLLI PRESTAZIONI DI RICOVERO

#### 3.1 RETE D'OFFERTA

La tabella successiva riporta la distribuzione, nel 2018, del numero di punti di erogazione di prestazioni sanitarie suddivisi per area territoriale.

Distretto	Ambito distrettuale	Strutture di ricovero	Strutture di radioterapia
Lecco	Lecco	5	1
	Bellano	1	-
	Merate	2	-
	<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
Monza	Desio	2	-
	Monza	5	2
	<b>Totale</b>	<b>7</b>	<b>2</b>
Vimercate	Carate	2	-
	Seregno	2	-
	Vimercate	1	-
	<b>Totale</b>	<b>5</b>	<b>-</b>
<b>Totale ATS</b>		<b>20</b>	<b>3</b>

#### 3.2 STRUMENTI PER IL CONTROLLO

Il controllo è affidato alla UOC Accreditamento Controllo Vigilanza Strutture Sanitarie cui afferisce la UOS: Appropriately Ricoveri i cui processi sono certificati conformemente alla norma UNI EN ISO 9001:2015. L'attività di controllo è effettuata applicando le procedure validate dal Sistema Qualità Aziendale, garantendo la correttezza dell'iter di verifica su tutto il territorio ATS.

Il processo appropriatezza e controllo prestazioni sanitarie: prestazioni di ricovero del Cdr Responsabile appropriatezza ricoveri è gestito dalla procedura ATS *Id 02543 Controllo delle prestazioni di ricovero*,

##### *Prevenzione della corruzione:*

Come previsto dal Piano Triennale per la prevenzione della corruzione aziendale 2019- 2022, la UOS Appropriately Ricoveri ha raccolto le dichiarazioni di assenza di conflitto d'interessi per ciascun operatore che ha effettuato sopralluoghi o controlli presso le strutture sanitarie. Si segnala che, vista la strutturazione del Dipartimento PAAPSS, è garantita la separazione delle funzioni tra le UOOS che svolgono l'attività di controllo e le UOOS che effettuano attività di negoziazione, definizione contratti e gestione flussi.

## 3.3 CONSUNTIVO ATTIVITÀ DI CONTROLLO – ANNO 2018

L'esercizio dell'anno 2018 è quindi stato definito "di transizione" avendo una durata di 10 mesi, con una quota complessiva di controlli ridotta dal 14% all'11,5%. In particolare il volume parziale di attività relativo ai controlli mirati di congruenza ed appropriatezza è stato definito almeno pari al 5% delle prestazioni sanitarie di ricovero prodotte nel 2017, il volume delle attività di autocontrollo di qualità documentale è stato definito almeno pari al 3% e quello di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica è stato definito almeno pari al 3,5%. L'attività NOC ha rispettato quanto previsto nel Piano dei Controlli, in conformità con quanto indicato sia nel Piano dei Controlli dell'ACSS del 2017 (DGR X/6502/2017) che nelle Regole di Sistema per l'esercizio 2018. In particolare, l'ATS Brianza ha controllato n. 16.120 ricoveri, pari al 102% del dovuto, dettagliato nelle sotto specificate tipologie:

- controllo di congruenza ed appropriatezza generica: n. 7.093 ricoveri – pari al 104% del dovuto;
- autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica: n. 4.892 ricoveri – pari al 102% del dovuto;
- autocontrollo di qualità documentale: n. 4.135 ricoveri – pari al 101% del dovuto.

La tabella seguente ripropone l'atteso dei controlli 2018, basato sulla produzione dei ricoveri a carico del Servizio Sanitario Regionale rendicontati nell'anno 2017, e la quota di controlli effettuati dalla ATS Brianza.

Tabella Dettaglio produzione – atteso e controlli NOC effettuati 2018

STRUTTURA	Produzione 2017	Atteso controlli				Controlli effettuati nel periodo marzo 2018 – dicembre 2018			
		Congruenza (5%)	Congruenza (3,5%)	Qualità doc. (3%)	Totale (11,5%)	Congruenza (5%)	Congruenza (3,5%)	Qualità doc. (3%)	Totale controlli
Lecco C.C. Lecco	1.976	99	69	59	227	105	70	59	234
Lecco C.C. G.B. Mangioni	2.650	133	93	80	305	146	93	80	319
Costa Masnaga Pr.Riabil.*	981	49	34	29	113	53	40	29	122
Casatenovo I.N.R.C.A.*	1.710	86	60	51	197	89	60	51	200
Bosisio Parini Ist. Sc. Medea*	2.902	145	102	87	334	151	102	87	340
Bellano Osp. Circolo*	469	23	16	14	54	25	17	14	56
Merate Osp. Circolo	9.777	489	342	293	1.124	507	342	293	1.142
Lecco Osp. Circolo	20.742	1.037	726	622	2.385	1.049	755	622	2.426
Monza C.C. Città Di Monza	8.550	428	299	257	983	443	318	257	1.018
Monza C.C. Zucchi	8.536	427	299	256	982	436	299	260	995
Carate B. C.C. Zucchi*	1.318	66	46	40	152	72	47	45	164
Limbate C.C. Villa Bianca*	615	31	22	18	71	34	22	20	76
Monza Fond. M.B.B.M.	8.435	422	295	253	970	448	297	256	1.001
Lissone Fond. S. Maugeri*	360	18	13	11	41	27	18	13	58
Desio Osp. Circolo	14.758	738	517	443	1.697	753	530	446	1.729
Monza Osp. S. Gerardo	24.576	1.229	860	737	2.826	1.260	861	737	2.858
Carate B. Osp. V. Emanuele III	9.442	472	330	283	1.086	492	353	286	1.131
Vimercate Osp. Civile	17.210	861	602	516	1.979	892	607	521	2.020
Giussano Osp. Borella	737	37	26	22	85	44	28	24	96
Seregno Osp. Trabattoni*	1.123	56	39	34	129	67	33	35	135
<b>ATS DELLA BRIANZA</b>	<b>136.867</b>	<b>6.843</b>	<b>4.790</b>	<b>4.106</b>	<b>15.740</b>	<b>7.093</b>	<b>4.892</b>	<b>4.135</b>	<b>16.120</b>

*\* strutture riabilitative*

### Controlli di congruenza ed appropriatezza generica

I criteri di campionamento utilizzati, per i controlli eseguiti, sono riconducibili alle categorie di indicatori esplicitati nella DGR 12692/2003 e dalla successiva nota regionale prot. H1.2012.0003657 del 02/02/2012.

Di seguito sono esplicitati i criteri utilizzati per l'attività di controllo:

#### Campione da 1 a 7 e C:

1. Ricoveri ripetuti per acuti;
  2. Ricoveri con assegnazione di DRG complicato;
  3. Ricoveri con DRG anomalo;
  4. Ricoveri ordinari per acuti con degenza breve e diagnosi principale neoplastica e DRG non chirurgico;
  5. Ricoveri in DH diagnostici con nessuna o una sola procedura;
  6. Ricoveri in riabilitazione, presenza del soggetto durante tutto ricovero;
  7. Ricoveri in riabilitazione, presenza del PPRI e PRI;
- C. Ricoveri eventualmente estratti con modalità casuale.

**Indicatori portale regionale (Z,Y,X,W,V,U,T,S,R):** cartelle estratte secondo quanto suggerito dall'analisi degli indicatori regionali, ex DGR 4799/2007, relativi all'anno di interesse, pubblicati sul portale di governo regionale dedicato.

**Campione 8 – Interesse locale:** cartelle estratte in base a criticità locali emerse nel corso di precedenti episodi di controllo, in base a quanto emerso nei diversi verbali del GdL Regionale e a quanto indicato nelle Regole di gestione del SSR; infine secondo quanto emerso dall'analisi informatica della produzione delle singole strutture di ricovero e cura come di seguito riportato:

- **Ricoveri ad alto costo** afferenti ai DRG 541 "Ossigenazione extracorporea delle membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica per 96 ore" e DRG 542 "Tracheostomia con ventilazione meccanica per 96 ore"; al fine di verificare la corretta rendicontazione della procedura 31.1 tracheostomia temporanea;
- **Ricoveri chirurgici con diagnosi principale di neoplasia maligna** al fine di verificare la corrispondenza della diagnosi principale con il referto istologico;
- **Ricoveri con diagnosi principale indicativa d'Urgenza** (DGR 19688/2006) al fine di verificarne la corretta codifica;
- **Ricoveri medici con degenza breve** di cui alla DGR 2057/2011, all. F, (108 DRG ad alto rischio di inappropriatezze in regime di ricovero ordinario), al fine di valutare il regime assistenziale, l'appropriatezza delle giornate di degenza oltre alla congruenza tra diagnosi principale e intervento/procedura;
- **Ricoveri chirurgici con degenza breve** al fine di valutare il corretto regime assistenziale tra ricovero ordinario e/o chirurgia a bassa intensità assistenziale (BIC), nonché l'appropriatezza delle giornate di degenza e la congruenza tra diagnosi principale e intervento/procedura;
- **Ricoveri dermatologici** con procedura 86.3, 86.4, 86.22 al fine di valutare oltre la congruenza della codifica anche l'appropriatezza del livello assistenziale;
- **Ricoveri con trattamento non eseguito** con codici diagnosi principale V64.1-V64.2-V64.3 al fine di verificare le cause del mancato trattamento per migliorare l'appropriatezza organizzativa;
- **Ricoveri in regime Subacuto** per la verifica della corretta eleggibilità dei pazienti e della corretta attribuzione dell'indice di intensità assistenziale (DGR 1479/2011);
- **Ricoveri afferenti ai DRG 575 e 576** "Setticemia con/senza ventilazione meccanica per 96 ore o più, età > 17 aa" al fine di verificare la corretta codifica secondo quanto indicato nella DGR 2057/2011;
- **Ricoveri in Day Hospital/Surgery** con diagnosi secondaria complicante il DRG;
- **DRG attenzionati dalla ACSS** nel Piano dei Controlli Quadro 2017: DRG 169, 359, 408, 576 e 014, 104,

149, 256, 260, 266, 270, 365, 428, 430, 443 con frazione di campionamento indicata nella DGR n. X/6502 del 21/04/2017;

- **Neonati patologici:** ricoveri afferenti ai DRG 385, 386, 387, 388, 389 e 390;
- **Parti con diagnosi complicanti:** ricoveri afferenti ai DRG 370 e 372;
- **Ricoveri di chirurgia post bariatrica** afferenti ai DRG 268 e 288.

I criteri sopra illustrati hanno fornito la base dei campionamenti realizzati presso tutti gli Erogatori di questa ATS, prevedendo gli aggiustamenti resisi necessari in funzione delle numerosità riscontrate per ciascun criterio di campionamento nonché delle peculiarità di case-mix delle singole strutture sanitarie. Gli stessi criteri sono stati quindi integrati, laddove necessario, con ulteriori ipotesi di lavoro personalizzate sul singolo Erogatore.

Nell'ambito dei controlli mirati di congruenza ed appropriatezza generica (n. 7.093 ricoveri), il 42% (n.2.951) è stato estratto secondo la macro categoria "Campione 1 – 7 – 9 e Casuale", il 14% (n. 993) afferisce alla seconda macro categoria campionaria "Indicatori Portale Governo" e il 44% (n. 3.149) dei ricoveri controllati afferisce alla categoria "Controlli di Interesse Locale".

Analizzando la categoria Campione da 1 a 7 – 9 e Casuale, la percentuale di cartelle non confermate è pari al 6,9%, in lieve aumento rispetto all'anno precedente. Come dettagliato nella tabella seguente, gli errori sono presenti prevalentemente nelle tipologie 2, 3 e 4:

- Ricoveri con DRG medico e diagnosi principale di neoplasia: quando l'accesso di un paziente oncologico è finalizzato al trattamento di una complicanza la diagnosi di tumore è stata spostata fra le diagnosi secondarie.
- Ricoveri con diagnosi complicanti: quando la diagnosi complicante non ha assorbito risorse nel ricovero è stata spostata in VI posizione (se epidemiologicamente rilevante).

Tabella Controlli NOC effettuati per tipologia di campione – Camp.1-7, 9 e C

Codice campione	cartelle controllate	cartelle non confermate	% cartelle non confermate
1 - Ripetuti	730	29	4,0%
2 - Complicati	1.231	95	7,7%
3 - DRG Anomali	14	9	64,3%
4 - DRg medici(<4gg) con DP di NPL	149	39	26,2%
5 - DH diagnostici	223	17	7,6%
6 - Riab. Presenza	329	10	3,0%
7 - Riab. Programma	110	-	0,0%
9 - Estensione	7	-	0,0%
C - Campionamento casuale	158	4	2,5%
<b>Totali</b>	<b>2.951</b>	<b>203</b>	<b>6,9%</b>

Nella tabella successiva la categoria Indicatori portale di governo riporta una percentuale di pratiche non confermate pari all'11,2%. Le percentuali di errori più significative sono imputabili, oltre che all'indicatore I/1, di scarsa numerosità, anche agli indicatori I/3 ed I/6, ovvero:

- I/3, il mancato uso della sesta posizione ha determinato l'errata produzione di DRG complicati e sotto soglia;
- I/6, relativamente all'errata esecuzione di una procedura ambulatoriale nel setting di DH, in ambito urologico.

Tabella. Controlli NOC effettuati per tipologia di campione – Camp. Indicatori portale di governo

Codice campione	cartelle controllate	cartelle non confermate	% cartelle non confermate
Ind. Reg. I/9 - camp.R - % di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni	2	-	0,0%
Ind. Reg. I/8 - camp.S - Importo medio per reparto	164	9	5,5%
Ind. Reg. I/6 - camp.U - Numero di accessi per SDO in regime di day hospital	39	5	12,8%
Ind. Reg. I/5 - camp.V - % di ricoveri ripetuti nello stesso ospedale	111	6	5,4%
Ind. Reg. I/4 - camp.W - % di ricoveri ripetuti per la stessa MDC ed all'interno dello stesso ospedale	4	-	0,0%
Ind. Reg. I/3 - camp.X - incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa	671	90	13,4%
Ind. Reg. I/1 - camp.Z - % di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni	2	1	50,0%
<b>Totali</b>	<b>993</b>	<b>111</b>	<b>11,2%</b>

La **tipologia di Interesse locale**, che corrisponde al 44% del campione, ha prodotto una percentuale di pratiche non confermate dell'8%. Gli errori con maggiore significatività riguardano specificatamente le seguenti sottocategorie:

- la scorretta codifica degli interventi dermatologici\_DRG 266-270;
- la scorretta rendicontazione degli episodi in cui il ricovero chirurgico risulta rinviato RNV;
- la rendicontazione delle procedure riconducibili alle prestazioni Chirurgiche a Bassa Complessità, da rendicontare eventualmente in 28SAN\_BIC;
- la rendicontazione degli eventi ricovero dei neonati;
- i DRG attenzionati dalla ACSS (576, 408, 359, 169) si sono confermati particolarmente critici, in particolare:
  - DRG 359 – per alcune delle cartelle campionate è stata riscontrata una sovra codifica e le cartelle sono state ricondotte alla codifica ambulatoriale (BIC); per altre, è stato sospeso il giudizio in attesa delle risposte ai quesiti formulati presso la DG Welfare in merito all'appropriatezza delle prestazioni e alla loro erogabilità;
  - DRG 576 – in generale si è dovuto indicare il batterio responsabile dell'infezione e/o ricodificare per mancanza di emocoltura positiva.

L'analisi dei **DRG più rappresentativi della tipologia di interesse locale** conferma le criticità di codifica nei seguenti ambiti:

- DRG 266 e 270 dermatologici;
- DRG 467 altri fattori che influenzano lo stato di salute;
- DRG 408 neoplasie;
- DRG 127 cardiologici;
- DRG 576 setticemie;
- DRG 014 urgenze cerebrovascolari.

Complessivamente nel 2018 la percentuale di cartelle non confermate risulta pari all'8%, sovrapponibile a quella dell'anno 2017. Come indicato nella DGR X/6502/2017, e peraltro già attuato negli anni passati, è stata svolta la verifica sulla completezza della documentazione sanitaria anche nei controlli di congruenza ed appropriatezza generica, in base a quanto previsto dalle DGR n. 1007/2009 e DGR n. 621/2010 e s.m.i.

Nessun episodio di controllo ha esitato nell'irrogazione di sanzioni amministrative per il superamento del valore di abbattimento economico di cui alla R.L. 33 del 30/12/2009 e alla DGR IX/2057/2011, con i quali sono stati modificati i criteri relativi alla soglia di significatività dell'errore sanzionabile come previsto dalla Circolare 30/SAN del 2003.

Segue la distribuzione dei campioni per erogatore esaminato, tipologie, esiti e relativi abbattimenti economici.





Tabella . Distribuzione del campione per tipologia ed esiti

STRUTTURA	Campioni da 1 a 7 e Casuale- Anche campione estensione 9			Indicatori portale di governo			Interesse locale (8,D)			Totali	
	Totale	Non Conferm.	% non Confermat.	Tot.	Non confermat.	% non confermat.	Totale	Non confer.	% non confermat.	Totale	% non conferm.
Casa di cura Beato L. Talamoni-Lecco	49	3	6,1%	47	1	2,1%	9	-	0,0%	105	3,8%
Casa di cura G.B. Mangioni- Lecco	54	2	3,7%	63	1	1,6%	29	1	3,4%	146	2,7%
Centro di Riabil. Villa Beretta-Costa M*	46	1	2,2%				7	-	0,0%	53	1,9%
I.N.R.C.A.- presidio di Casatenovo*	41	1	2,4%	24	2	8,3%	24	-	0,0%	89	3,4%
Istituto scientifico Medea-Bosisio P.*	114	2	1,8%				37	1	2,7%	151	2,0%
Ospedale Umberto I - Bellano*	25	2	8,0%							25	8,0%
Ospedale di circolo S.L. Mandic-Merate	221	21	9,5%	110	15	13,6%	176	10	5,7%	507	9,1%
Ospedale di circolo A. Manzoni- Lecco	400	25	6,3%	224	9	4,0%	425	23	5,4%	1.049	5,4%
Casa di cura policlinico- Monza	153	11	7,2%	13	1	7,7%	277	23	8,3%	443	7,9%
Istituti clinici Zucchi spa-Monza	137	3	2,2%	73	-	0,0%	226	9	4,0%	436	2,8%
Casa di cura Zucchi- Carate Brianza*	30	3	10,0%				42	3	7,1%	72	8,3%
Casa di cura Villa Bianca- Limbiate*	14	-	0,0%				20	-	0,0%	34	0,0%
Fond. Mb per il bambino e la sua mamma	222	1	0,5%	1	-	0,0%	225	7	3,1%	448	1,8%
IRCCS Centro medico di Lissone*	7	-	0,0%				20	2	10,0%	27	7,4%
Presidio ospedaliero di Desio	308	22	7,1%	64	-	0,0%	381	58	15,2%	753	10,6%
Ospedale S. Gerardo- Monza	490	37	7,6%	68	6	8,8%	702	67	9,5%	1.260	8,7%
Ospedale di Carate	130	8	6,2%	189	70	37,0%	173	2	1,2%	492	16,3%
Ospedale di Vimercate	465	59	12,7%	117	6	5,1%	310	42	13,5%	892	12,0%
Ospedale di Giussano	21	2	9,5%				23	-	0,0%	44	4,5%
Ospedale Trabattoni di Seregno*	24	-	0,0%				43	3	7,0%	67	4,5%
<b>Totale complessivo</b>	<b>2.951</b>	<b>203</b>	<b>6,9%</b>	<b>993</b>	<b>111</b>	<b>11,2%</b>	<b>3.149</b>	<b>251</b>	<b>8,0%</b>	<b>7.093</b>	<b>8,0%</b>

Tabella. Valori dei campioni ed abbattimento economico per tipologia

STRUTTURA	Campioni da 1 a 7 e Casuale- Anche campione estensione 9			Indicatori portale di governo			Interesse locale (8,D)		
	Valore iniziale	Abbattimento economico	% abbattimento	Valore iniziale	Abbattimento economico	% abbattimento	Valore iniziale	Abbattimento economico	% abbattimento
Casa di cura Beato L. Talamoni-Lecco	209.411	2.756	1,32%	235.659	8.190	3,48%	51.580	-	0,00%
Casa di cura G.B. Mangioni- lecco	195.681	256	0,13%	156.040	-	0,00%	127.925	834	0,65%
Centro di Riabil. Villa Beretta-Costa M*	482.303	5.109	1,06%		-		161.067	-	0,00%
I.N.R.C.A.- di Casatenovo*	158.252	1.225	0,77%	88.935	1.836	2,06%	103.901	-	0,00%
Istituto scientifico Medea-Bosisio P.*	375.675	349	0,09%		-		282.973	242	0,09%
Ospedale Umberto I - Bellano*	282.869	-	0,00%		-			-	
Ospedale S.L. Mandic-Merate	628.512	21.863	3,48%	155.287	3.549	2,29%	696.198	3.338	0,48%
Ospedale A. Manzoni- Lecco	1.669.284	40.045	2,40%	930.851	15.343	1,65%	2.290.378	24.057	1,05%
Casa di cura policlinico- Monza	760.551	16.761	2,20%	89.723	183	0,20%	1.346.154	48.545	3,61%
Istituti clinici Zucchi spa-Monza	482.842	7.230	1,50%	166.196	-	0,00%	831.615	19.243	2,31%
Casa di cura Zucchi- Carate Brianza*	439.916	4.259	0,97%		-		107.663	2.408	2,24%
Casa di cura Villa Bianca- Limbiate*	139.409	-	0,00%		-		163.430	-	0,00%
Fond. Mb per il bambino e la sua mamma	408.561	225	0,06%	664	-	0,00%	848.916	1.787	0,21%
IRCCS centro medico di Lissone*	193.872	-	0,00%		-		409.849	29.203	7,13%
Ospedale di Desio	1.209.929	38.036	3,14%	145.217	-	0,00%	1.595.663	33.687	2,11%
Ospedale S. Gerardo- Monza	2.117.786	82.273	3,88%	268.871	768	0,29%	3.868.459	96.411	2,49%
Ospedale di Carate	319.735	10.323	3,23%	270.135	11.679	4,32%	349.296	2.760	0,79%
Ospedale di Vimercate	1.961.260	58.301	2,97%	388.401	9.281	2,39%	1.579.645	36.412	2,31%
Ospedale di Giussano	108.063	-	0,00%		-		103.407	-	0,00%
Ospedale Trabattoni Ronzoni di Seregno*	68.829	-	0,00%		-		502.737	2.370	0,47%
TOTALI	12.212.740	289.010	2,37%	2.895.979	50.829	1,76%	15.420.856	301.297	1,95%

\* strutture riabilitative

### **Autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica**

Sulla scorta delle indicazioni fornite negli anni scorsi relativamente alla trasmissione degli esiti, e richiamata la DRG 7600/2017 (regole di sistema 2018) si è provveduto ad organizzare il controllo secondo le fasi di seguito elencate, previa nota alle strutture interessate di richiesta di trasmissione del Piano di Controllo aziendale entro il 31/01/2018:

- ricevimento piani e loro valutazione;
- monitoraggio mensile dell'invio degli elenchi da parte delle strutture;
- verifica della non sovrapposizione di più tipologie di controllo per la stessa cartella;
- verifica di concordanza con la numerosità prevista dalle sopracitate indicazioni normative;
- trasmissione degli esiti alla U.O. regionale, secondo il flusso consolidato di rendicontazione dell'attività di controllo.

Nel loro complesso le strutture hanno sottoposto a verifica interna n. 4.892 cartelle (3,6% della produzione 2017); il numero totale delle cartelle non confermate è stato pari a 177 (3,6% del totale delle controllate), secondo un trend costante negli ultimi anni. L'analisi di dettaglio degli esiti dell'autocontrollo in capo alle strutture permette di evidenziare i seguenti principali elementi:

- presenza di una disomogeneità negli esiti del controllo con un range di cartelle non confermate variabile dallo 0% al 18,9%;
- generalmente le percentuali di abbattimento più elevate sono l'effetto di una fattiva collaborazione da parte delle Strutture erogatrici per questa tipologia di controllo;
- la verifica effettuata dall'ATS sugli esiti dell'autocontrollo è risultata sostanzialmente concordante con quella effettuata dalle Strutture e non si è ravvisata la necessità di estendere il campione.

La tabella riportata di seguito, mostra la sintesi dell'attività svolta e degli esiti registrati.

Tabella . Sintesi degli esiti di **Autocontrollo** di Congruenza (3,5%) per Struttura e relativo abbattimento economico

Struttura	Produzione 2017	Campio nati	Non conferm.	Annull.	Valore ambulat.	Cambio codifica	Cambio regime	Altre modifiche	Valore originale	Valore finale	Abbatt.	% Abbatt.
Casa di cura Beato L. Talamoni-Lecco	1.976	70	1				1	263.639	263.199	440	1.976	0,2%
Casa di cura G.B. Mangioni- Lecco	2.650	93	-				-	335.062	335.062	-	2.650	0,0%
Centro di Riabil. Villa Beretta-Costa Masnaga	981	40	3				3	937.761	937.761	-	981	0,0%
I.N.R.C.A.- presidio di Casatenovo	1.710	60	8			5	3	171.664	163.694	7.970	1.710	4,6%
Istituto scientifico Medea-Bosisio P.	2.902	102	-				-	356.614	356.614	-	2.902	0,0%
Ospedale Umberto I- Bellano	469	17	1			1	-	100.921	100.001	920	469	0,9%
Ospedale di circolo A. Manzoni – Lecco	20.742	755	143	5	36	34	68	3.165.865	3.069.473	96.392	20.742	3,0%
Ospedale di Circolo S.L. Mandic-Merate	9.777	342	2				2	930.763	929.878	885	9.777	0,1%
Casa di cura policlinico – Monza	8.550	318	2		1	1	-	1.478.694	1.477.065	1.629	8.550	0,1%
Casa di cura Villa Bianca- Limbiate	615	22	-				-	400.744	400.744	-	615	0,0%
Casa di cura Zucchi- Carate Brianza	1.318	47	-				-	760.758	760.758	-	1.318	0,0%
Fond. Mb per il bambino e la sua mamma – Monza	8.435	297	3			3	-	862.690	853.428	9.262	8.435	1,1%
IRCCS centro medico di Lissone	360	18	1				1	181.367	177.577	3.790	360	2,1%
Istituti clinici Zucchi spa-Monza	8.536	299	1				1	548.430	546.402	2.028	8.536	0,4%
Ospedale S. Gerardo – Monza	24.576	861	2	1		1	-	1.890.247	1.881.974	8.273	24.576	0,4%
Ospedale Trabattoni Ronzoni di Seregno	1.123	33	3			1	2	201.034	194.089	6.945	1.123	3,5%
Ospedale di Carate	9.442	353	3			2	1	1.022.764	1.020.475	2.289	9.442	0,2%
Ospedale di Desio	14.758	530	2			1	1	1.957.308	1.954.151	3.157	14.758	0,2%
Ospedale di Gussano	737	28	1			1	-	126.611	126.611	-	737	0,0%
Ospedale di Vimercate	17.210	607	1			1	-	2.262.147	2.261.884	263	17.210	0,0%
<b>Totali 3,5%</b>	<b>136.867</b>	<b>4.892</b>	<b>177</b>	<b>6</b>	<b>37</b>	<b>51</b>	<b>83</b>	<b>17.955.083</b>	<b>17.810.840</b>	<b>144.243</b>	<b>136.867</b>	<b>0,8%</b>

### ***Autocontrollo di qualità documentale***

Con riferimento all'attività di autocontrollo sulla completezza della cartella clinica nel 2018 la tabella seguente, mostra la sintesi dell'attività svolta e degli esiti registrati. Il numero totale di cartelle non confermate è stato pari a 53 (1,3% del totale delle cartelle controllate) con un trend in miglioramento anche legato all'implementazione dell'informatizzazione della cartella clinica o di sue parti in diverse realtà di ricovero e cura.

L'analisi di dettaglio degli esiti dell'autocontrollo di completezza in capo alle strutture permette di evidenziare i seguenti principali elementi:

- la percentuale di cartelle non confermate è variabile per ogni singola struttura dallo 0% al 3.5%;
- generalmente le percentuali di abbattimento più elevate permettono di evidenziare, come per l'autocontrollo di congruenza, una fattiva collaborazione da parte delle Strutture erogatrici per questa tipologia di controllo;
- il controllo successivo, effettuato dall'ATS sulle cartelle soggette ad autocontrollo, è risultato sostanzialmente concordante con quello effettuato dalle strutture.

Le criticità rilevate hanno permesso di richiamare le strutture sugli elementi fondamentali del controllo sulla qualità documentale.

I controlli condotti sulla presenza del consenso informato alle trasfusioni nella cartella clinica, così come previsto dai documenti aziendali MSBOS forniti dagli erogatori, mostrano ancora discrepanze nell'applicazione.

Si è inoltre provveduto a ribadire alle strutture le corrette modalità di acquisizione del consenso informato soprattutto nei casi in cui il paziente non è in grado di esprimere valido consenso.

Nessun episodio di controllo ha esitato nell'irrogazione di sanzioni amministrative.

Tabella 7. Sintesi degli esiti di Autocontrollo di Completezza documentale (3%) per Campionamento Struttura e relativo abbattimento economico

Struttura	Prod. 2017	Campio nati	Conferm	Non conferm	% non conferm	Annull.	Abbatt. ma conferm.	Valore originale	Valore finale	Abbatt.	% abbatt.
Casa Di Cura Beato L. Talamoni-Lecco	1.976	59	59	-	0,0%			237.937	237.937	-	0,0%
Casa Di Cura G.B. Mangioni- Lecco	2.650	80	80	-	0,0%			160.058	160.058	-	0,0%
Centro Di Riabil. Villa Beretta-Costa M	981	29	29	-	0,0%			207.453	207.453	-	0,0%
I.N.R.C.A.- Presidio Di Casatenovo	1.710	51	51	-	0,0%			117.220	117.220	-	0,0%
Istituto Scientifico Medea-Bosisio P.	2.902	87	87	-	0,0%			267.648	267.648	-	0,0%
Ospedale Umberto I- Bellano	469	14	14	-	0,0%			324.327	324.327	-	0,0%
Ospedale Di Circolo A. Manzoni- Lecco	20.742	622	611	11	1,8%	3	8	2.261.653	2.243.356	18.297	0,8%
Ospedale Di Circolo S.L. Mandic-Merate	9.777	293	293	-	0,0%			827.931	827.931	-	0,0%
Casa Di Cura Policlinico- Monza	8.550	257	257	-	0,0%			1.023.298	1.023.298	-	0,0%
Casa Di Cura Villa Bianca- Limbiate	615	20	20	-	0,0%			220.860	220.860	-	0,0%
Casa Di Cura Zucchi- Carate Brianza	1.318	45	44	1	2,2%		1	563.603	563.048	555	0,1%
Fond. Mb Per Il Bambino E La Sua Mamma- Monza	8.435	256	255	1	0,4%	1		380.257	378.060	2.197	0,6%
IRCCS Centro Medico Di Lissone	360	13	13	-	0,0%			111.389	111.389	-	0,0%
Istituti Clinici Zucchi Spa-Monza	8.536	260	258	2	0,8%		2	706.714	706.252	462	0,1%
Ospedale S. Gerardo- Monza	24.576	737	711	26	3,5%	17	9	2.626.499	2.552.910	73.589	2,8%
Ospedale. Trabattoni Ronzoni Di Seregno	1.123	35	34	1	2,9%		1	241.518	236.378	5.140	2,1%
Ospedale Di Carate	9.442	286	284	2	0,7%		2	604.682	600.943	3.739	0,6%
Ospedale Di Desio	14.758	446	441	5	1,1%	3	2	1.173.735	1.161.787	11.948	1,0%
Ospedale Di Giuszano	737	24	24	-	0,0%			104.677	104.677	-	0,0%
Ospedale Di Vimercate	17.210	521	517	4	0,8%	1	3	1.384.609	1.373.313	11.296	0,8%
<b>Totali 3%</b>	<b>136.867</b>	<b>4.135</b>	<b>4.082</b>	<b>53</b>	<b>1,3%</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>13.546.068</b>	<b>13.418.845</b>	<b>127.223</b>	<b>0,9%</b>

### 3.4 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019

A differenza del passato, l'esercizio 2019 coincide con l'anno solare; in relazione alle indicazioni contenute nella citata DGR e alle indicazioni di cui alla nota Prot.n.23235 del 20/03/2019, questa ATS prevede la verifica di almeno il 13,5% degli episodi di ricovero di competenza territoriale, con le seguenti modalità:

1. quota di almeno il 7% riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica in carico alla ATS;
2. quota fino al 3,5% riferita all'attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, effettuata a cura degli Erogatori, come previsto dalle DGR 1185/2013 e 2313/2014 e s.m.i., prediligendo la modalità di campionamento mirato;
3. quota fino al 3% per l'attività sempre di autocontrollo effettuata dagli Erogatori, relativi alla qualità documentale, come previsto dalle DGR 621/2010 e 4334 e s.m.i, con campionamento casuale a cura dell'ATS.

#### 3.4.1 Controlli mirati di congruenza ed appropriatezza

Controlli mirati di congruenza ed appropriatezza generica (7%)

Per l'esercizio del 2019 la selezione delle cartelle cliniche terrà conto sia delle indicazioni previste dalla normativa regionale (indicatori di cui alla DGR 4799/2007 e s.m.i., indirizzi di programmazione, rimodulazioni tariffarie, etc.) che delle analisi elaborate in materia a livello locale, anche sulla base degli esiti delle attività di controllo svolte negli anni precedenti. Le valutazioni di conformità dei ricoveri controllati avverranno sulla base delle regole di codifica del sistema Socio-Sanitario Regionale e su eventuali indicazioni ed aggiornamenti del Gruppo di Lavoro Regionale "Autorizzazione, appropriatezza e controllo delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie". Le azioni terranno inoltre conto delle indicazioni contenute nel "Piano dei Controlli e Protocolli" di ACSS, approvato con DGR 6502/2017, in vigore anche per l'anno 2019.

Quanto di seguito riportato, nel corso del mese di Febbraio, è già stato condiviso con gli Erogatori nell'ambito di due incontri di presentazione delle Regole di Sistema 2019.

Per l'esercizio 2019 l'ATS Brianza è giunta ad uniformare i criteri di campionamento di interesse locale al fine di meglio standardizzare i criteri decisionali adottati in un'ottica di maggiore tracciabilità, trasparenza ed equità dei procedimenti in capo al NOC. Pertanto l'attività di campionamento nell'esercizio 2019 verrà attuata utilizzando i criteri sotto specificati:

Camp.	SUB_COD	Criterio descrittivo	Specifiche di estrazione
1	100	Ripetuti	Estrazione da Verbena (da Dgr12692/03)
2	200	Complicati	Estrazione da Verbena (da Dgr12692/03)
3	300	DRG Anomali	Estrazione da Verbena (da Dgr12692/03)
4	400	DRG medici(<4gg) con DP di NPL	Estrazione da Verbena (da Dgr12692/03)
5	500	DH diagnostici	Estrazione da Verbena (da Dgr12692/03)
6	600	Riab. Presenza	Estrazione da Verbena (da Dgr12692/03)
7	700	Riab. Programma	Estrazione da Verbena (da Dgr12692/03)
8	801	8- Chirurgici brevi	Degenza inferiore ai 3gg, ricoveri programmati
8	802	8- DRG a rischi inappropriata	Ricoveri ordinari 0-1 gg
8	803	8- Ricoveri medici brevi	Estrazione da Verbena
8	804	8- Emorragia/infarto cerebrale	DRG 014, ricoveri programmati brevi
8	805	8- PTCA	DRG 555, 556, 557 e 558
8	806	8- IMA	DRG 121, 122 e 123 inferiore ai 7 gg
8	807	8- DRG Urologia	DRG 310-311 ricoveri programmati, inferiori ai 3gg
8	808	8- DRG Ginecologia	DRG 359 ricovero 0-1 gg con int. 68.29 e DRG

Camp.	SUB_COD	Criterio descrittivo	Specifiche di estrazione
			365 (PMA)
8	809	8- Neoplasie	DRG 408, ricoveri programmati sotto i 6 gg
8	810	8- DRG Otorino	DRG 168-169, ricoveri programmati sotto i 4gg
8	811	8- Setticemie	DRG 575 e 576
8	812	8- DRG complicati in DH	Escludere DRG 323 litotrissia
8	813	8- DRG Dermatologici	DRG 266 e 270; Procedure 86.3, 86.4, 86.22
8	814	8- DRG Mammella	DRG 257-258-259-260 tipo tariffa K
8	815	8- DRG Pneumolog.	DRG 087-088
8	816	8- Rep. Subacuta	Estrazione per reparto di degenza
8	817	8- Ricoveri rinviati	V64.1, V64.2, V64.3 in DP e secondarie
8	818	8- Ricoveri con procedure BIC	Ricoveri programmati 0-1 gg + elenco cod. procedure
8	819	8-Chirurgia plastica post bariatrica	DRG 288 e 268
8	820	8- Neonati patologici	DRG 385 a 390
8	821	8-Tracheostomie/Int. Maggiori	DRG 541-542/DRG costosi
8	822	8- Parti complicati	DRG 370 e 372
8	823	8- Protesi articolari	DRG 544 e 545
8	824	8- Artrodesi	DRg 497-498-519-520 e 546 con procedure da 81.00 a 81.08
8	825	8- Innesti cutanei	DRG 120, 217, 439
8	826	8- Ustioni	DRG 504, 505, 506 e 507
8	827	8- RU486	DRG 380, ricoveri in day hospital
8	828	8- Innesti cutanei	DRG 120, 217 e 439 con cod. 86.66, 86.67 e 86.69), programmati = 3 gg
R	R00	Ind. Reg. I/9	
S	S00	Ind. Reg. I/8	
T	T00	Ind. Reg. I/7	
U	U00	Ind. Reg. I/6	
V	V00	Ind. Reg. I/5	
W	W00	Ind. Reg. I/4	
X	X00	Ind. Reg. I/3	
Y	Y00	Ind. Reg. I/2	
Z	Z00	Ind. Reg. I/1	

I criteri descritti, in particolare la tipologia 8, dettagliati in specifici sub-codici, derivano sia dagli esiti delle verifiche NOC degli Esercizi precedenti (es. errori di codifica ripetuti o rilevanti) che dall'analisi della produzione delle Strutture incidenti sul territorio dell'ATS Brianza.

In particolare, nella programmazione relativa all'anno 2019 si sono individuati come prioritari i seguenti criteri di controllo, in relazione a specifici fattori di rischio; sulla base dello storico si quantifica che i criteri sotto riportati possano rappresentare circa il 50% della casistica da campionare:

- SUB\_COD 801- Ricoveri chirurgici brevi programmati al fine di verificare l'appropriatezza delle giornate di degenza e del regime assistenziale;
- SUB\_COD 808- DRG Ginecologia 359 (ricoveri 0-1 giorno con intervento cod. 68.29) al fine di verificare l'appropriatezza del setting assistenziale;
- SUB\_COD 811 – Setticemie, DRG 575 e 576 al fine di verificare l'aderenza alle regole di codifica;
- SUB\_COD 813 – DRG dermatologici, 266 e 270 al fine di verificare l'aderenza alle regole di codifica e l'appropriatezza del regime assistenziale;
- SUB\_COD 817 – Ricoveri rinviati al fine di verificare il contesto organizzativo ed eventuali criticità;
- SUB\_COD 819 – Chirurgia plastica post-bariatrica al fine di verificare l'aderenza alle regole di codifica e l'inclusione nei LEA;
- SUB\_COD 820\*- Neonati patologici al fine di verificare l'aderenza alle linee guida regionali (DGR



2418/2000, DGR 2989/2014 e DGR 3993/2015);

- SUB\_COD 822 – Parti complicati al fine di verificare quanto evidenziato dagli indicatori del PNE;
- SUB\_COD 824 – Artrodesi al fine di verificare la corretta descrizione dell'intervento nel verbale operatorio.

### **DRG ad alto rischio di inappropriatezza**

In ottemperanza alla DGR 1681 del 27/05/2019 ed alle Regole di sistema 2019, nell'ambito del miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri, per il 2019 ci si pone l'obiettivo di monitorare, tramite l'analisi dei dati relativi all'attività di ricovero, l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza così come modificato con la DGR 1444/2019. In particolare, si desidera concorrere alla promozione del setting di day-surgery attraverso il coinvolgimento diretto degli Erogatori del territorio in relazione a queste specifiche prestazioni.

#### *3.4.2 Autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica*

Per l'autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (3,5%) le strutture dovranno eseguire i controlli sulla produzione di gennaio-aprile 2019 e provvederanno mensilmente ad inviare in ATS l'elenco delle cartelle campionate per l'autocontrollo con l'indicazione del criterio di campionamento utilizzato.

#### **I criteri di campionamento**

I criteri di campionamento saranno quelli indicati nei Piani di Autocontrollo Aziendali, inviati dalle Strutture entro il 28/02/2019, che terranno conto degli esiti delle attività di controllo degli anni precedenti svolti sia dalla ATS che dalla Struttura stessa.

Il termine per l'invio degli esiti dei controlli sulle cartelle campionate da gennaio ad aprile (file SDO1, SDO2 ed ESITI formato .txt) è il 30 giugno 2019.

#### *3.4.3 Autocontrollo qualità documentale*

Per l'autocontrollo qualità documentale (3%) l'ATS estrarrà il campione da porre a controllo, per questa tipologia, tra i ricoveri prodotti dalle Strutture nel primo trimestre 2019 e lo invierà alle stesse entro la fine del mese di maggio 2019. Gli esiti del controllo dovranno essere rendicontati all'ATS entro il 30 giugno 2019 (file formato .xls con l'elenco delle cartelle e l'esito del controllo relativo per ciascuna cartella).

Alla luce di quanto indicato dal manuale della cartella clinica e dalle indicazioni della ACSS, la completezza documentale rappresenta una attività necessaria e preliminare in occasione di tutte le attività di controllo sulla cartella clinica. A tale proposito si elencano gli elementi per cui il NOC ha riscontrato le maggiori criticità nel corso dei controlli:

#### **- Consenso informato**

Come riportato nel Manuale della Cartella Clinica 2007 e nella DGR 6502/2017 Piano Controlli Quadro 2017: *“Il consenso informato è acquisito prima dell'intervento chirurgico, dell'anestesia, dell'utilizzo di sangue o emocomponenti e di altri trattamenti e procedure ad alto rischio. Il consenso informato è acquisito prima della partecipazione del paziente a protocolli di ricerca, indagini e sperimentazioni cliniche”. “La cartella deve registrare i modi e i tempi delle informazioni nonché i termini del consenso del paziente - o di chi ne esercita la legale rappresentanza - alle proposte diagnostiche e terapeutiche; deve inoltre registrare il consenso del paziente al trattamento dei dati sensibili, con particolare riguardo ai casi di arruolamento in un protocollo sperimentale”.*

Il consenso informato deve contenere l'esatta denominazione dell'intervento chirurgico, evitando il più possibile gli acronimi. Inoltre:

- Il consenso informato alla trasfusione completo deve essere presente sempre in cartella in tutti i casi, programmati o non urgenti, in cui come indicato nel documento MSBOS sia

prevista la richiesta di sangue, anche solo a disposizione.

- Nel caso di minore o di persona non in grado di firmare (nei casi previsti dalla legge), in cartella devono essere inclusi moduli esplicativi chiari che identifichino le persone che danno il consenso; non solo, ma nel caso di minore in cui un genitore sia assente per lontananza o impedimento, il genitore presente deve compilare e sottoscrivere, sotto la sua responsabilità, una autocertificazione, attestante la condizione di lontananza o impossibilità dell'altro genitore; l'autocertificazione deve essere conservata insieme al modulo di consenso.

- **Scheda di Dimissione Ospedaliera**

Alla luce della DGR 7503/2017, si deve verificare la corretta e completa compilazione dei campi della SDO e l'apposizione della firma e del timbro del medico responsabile della dimissione. I dati presenti sulla scheda di dimissione devono ovviamente coincidere con i dati inviati nel flusso SDO.

Inoltre si deve verificare la corretta rendicontazione delle giornate di ricovero da porre a carico del SSN.

- **Lettera di dimissione ospedaliera**

Come previsto dal "Manuale della cartella clinica-edizione 2007", la lettera di dimissione è "*il documento medico che funge da collegamento tra l'ospedale e il medico di medicina generale o l'ambito assistenziale che si prenderà cura della persona assistita dopo la dimissione*". Redatta dal medico che ha seguito il ricovero, essa deve contenere in modo chiaro ed esaustivo i seguenti campi:

1. Circostanze, motivo del ricovero;
2. Iter diagnostico-terapeutico e accertamenti significativi;
3. Modificazioni del quadro clinico, dall'ammissione alla dimissione;
4. Terapia farmacologica attuata;
5. Terapia successiva alla dimissione e le istruzioni di follow-up;
6. Eventuali occorrenze di prestazioni sanitarie e/o sociali;
7. Suggerimenti su abitudini di vita.

La lettera deve essere consegnata in busta chiusa alla persona assistita o a suo delegato al momento della dimissione; una copia deve essere conservata in cartella clinica. La lettera di dimissione deve essere presente anche nel caso di trasferimento a diverso regime di ricovero (es. da regime acuto verso regime subacuto oppure da regime acuto verso riabilitazione); la lettera di dimissione deve essere presente sempre in caso di trasferimento verso altra Struttura, anche Presidio dello stesso Ente (ad ogni SDO corrisponde un episodio di ricovero e conseguentemente una lettera di dimissione).

- **Relazione di trasferimento interno**

Il trasferimento interno, da un'Unità Operativa ad altre dello stesso ospedale, dovrebbe essere corredato da relazione che dia conto dei problemi clinici salienti ed espliciti i motivi del trasferimento stesso, quali ad esempio motivo del ricovero, accertamenti significativi, diagnosi effettuate, ogni procedura eseguita, ogni terapia farmacologica prescritta ed ogni altro trattamento, descrizione delle condizioni del paziente al momento del trasferimento.

- **Modulo/Impegnativa di ricovero**

Come previsto dal "Manuale della cartella clinica-edizione 2007", approvato dalla Regione Lombardia con DDG 6911/2008 e ridefinito nella Delibera ATS 761 del 18/12/2017 per i ricoveri programmati a carico del SSR occorre sempre la prescrizione di ricovero, redatta su ricettario unico da parte del medico che propone il ricovero.

## Flussi e sanzioni

L'esito dell'attività dei controlli sarà trasmesso alla DG Welfare secondo il flusso ormai consolidato di cui alla DGR n. VI1/12692/2003 e s.m.i.; le informazioni relative alle diffide e alle sanzioni amministrative irrogate saranno mensilmente trasmesse secondo le indicazioni regionali. Si ricorda, come indicato dalla DGR 2057/2011, che si procederà alla contestazione di sanzione amministrativa qualora il rapporto tra decurtazione in Euro dei ricoveri dell'intero campione e la valorizzazione in Euro dei ricoveri dell'intero campione sia uguale o superiore al 5%.

#### 4 CONTROLLI PRESTAZIONI AMBULATORIALI

##### 4.1 RETE D'OFFERTA

La tabella successiva riporta la distribuzione, nel 2018, del numero di punti di erogazione di prestazioni sanitarie suddivisi per area territoriale.

Distretto	Ambito distrettuale	Strutture ambulatoriali
Lecco	Lecco	11
	Bellano	2
	Merate	4
	<b>Totale</b>	<b>17</b>
Monza	Desio	11
	Monza	12
	<b>Totale</b>	<b>23</b>
Vimercate	Carate	9
	Seregno	6
	Vimercate	6
	<b>Totale</b>	<b>21</b>
<b>Totale ATS</b>		<b>61</b>

##### 4.2 STRUMENTI PER IL CONTROLLO

Il controllo è di responsabilità della UOC Accreditamento Controllo Vigilanza Strutture Sanitarie cui afferisce la UOS: Appropriately Ambulatori i cui processi sono certificati conformemente alla norma UNI EN ISO 9001:2015. L'attività di controllo è effettuata applicando le procedure, validate dal Sistema Qualità Aziendale, garantendo la correttezza dell'iter di verifica su tutto il territorio ATS.

Il processo appropriatezza e controllo prestazioni sanitarie: prestazioni di specialistica ambulatoriale del Cdr Responsabile appropriatezza ambulatori è gestito dalla procedura ATS *Id 02948 Controllo specialistica ambulatoriale*.

##### **Prevenzione della corruzione:**

Come previsto dal Piano Triennale per la prevenzione della corruzione aziendale 2019- 2022, la UOS Appropriately Ambulatori ha raccolto le dichiarazioni di assenza di conflitto d'interessi per ciascun operatore che ha effettuato sopralluoghi e o controlli presso le strutture sanitarie. Si segnala che, vista la strutturazione del Dipartimento PAAPSS, cui fanno riferimento la UOS è garantita la segregazione delle funzioni, in quanto le UOOS che garantiscono l'attività di controllo differiscono dalle UOOS che effettuano attività di negoziazione, definizione contratti e gestione flussi.

##### 4.3 CONSUNTIVO ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2018

Nel 2018 l'attività di controllo è stata condotta alla luce delle indicazioni della DGR X/7600/2017 che ha previsto l'effettuazione delle verifiche delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in misura non inferiore al 3,5% della produzione. Questa attività è caratterizzata da un alto numero di prescrizioni e quindi da sempre privilegia controlli di tipo statistico-formali anche se è crescente l'attenzione del legislatore sugli aspetti legati all'appropriatezza prescrittiva. Per l'anno 2018 i record controllati sono stati 194.189 rispetto ad un atteso regionale di 177.609 record, pari al 109% dell'atteso. I controlli, condotti secondo le modalità operative individuate dalle DGR n.12692/2003, n.10804/2009 e s.m.i., sono stati preceduti dal campionamento effettuato mediante analisi informatica sul flusso di rendicontazione, prevalentemente delle prestazioni prodotte nell'anno 2017. Il campionamento effettuato e la proposta, record per record, degli esiti del controllo è stato trasmesso alle Strutture interessate al fine di concordarne la relativa verbalizzazione.

I controlli hanno riguardato le seguenti tipologie:

#### **Indicatori di controllo di cui alle DGR 8078/2002 e 10804/2009**

1. Prestazioni di diagnostica per immagini di cui agli indicatori A e D;
2. Prestazioni di specialistica ambulatoriale, non di Pronto Soccorso, di cui all'indicatore R (intercluse);
3. Prestazioni di specialistica ambulatoriale, non di Pronto Soccorso, di cui all'indicatore S (deceduti).
4. Prestazioni nel cui record di rendicontazione secondo il tracciato 28/SAN e s.m.i. il campo "codice esenzione" risulta compilato per esenzione di patologia (indicatore P) (DM 329/99 e s.m.i.) con verifica della congruenza tra il codice esenzione e le prestazioni rendicontate: esenzione 006, 007, 013 e 044.

#### **Controlli di interesse locale/appropriatezza prescrittiva (tipologia "Z")**

1. Prestazioni di Chirurgia a Bassa Complessità Assistenziale (BIC);
2. Prestazioni afferenti alla branca di Odontostomatologia sottoposte a verifica informatica; le prescrizioni sono state valutate, incrociando le informazioni presenti nel N.A.R., e ricercando la presenza del criterio di accesso, come da Allegato 1 "Criteri per l'erogazione con il SSR dell'assistenza odontoiatrica" della DGR 3111/2006 e la corretta rendicontazione in 28SAN;
3. Prestazioni di Endoscopia digestiva, anche in ambito screening.

Le tipologie di interesse locale sono state sottoposte anche ad un controllo campione di tipo documentale: sono state valutate le modalità di prescrizione, rendicontazione e la completezza documentale, nonché la corrispondenza fra quanto erogato e quanto rendicontato.

Le criticità riscontrate possono essere così sintetizzate:

- errori materiali di registrazione dei dati;
- errori nella rendicontazione delle BIC: doppi codici o doppia rendicontazione;
- errori legati al mancato rispetto dei criteri di accesso alle prestazioni odontoiatriche secondo quanto definito nella DGR 3111/2006;
- carenze nella documentazione clinica.

Il controllo sulla corretta applicazione delle esenzioni ha manifestato un generale miglioramento, in particolare laddove si sono attivati alert informatici in fase di accettazione/prescrizione, consentendo di ovviare agli errori da parte dei prescrittori.

Le tabelle seguenti riassumono i campionamenti effettuati per struttura e tipologia; inoltre si riporta il dettaglio degli esiti ed i relati abbattimenti economici.

Tabella . Campionamento per struttura e tipologia eseguito sulle prestazioni 2018

Ente (ev ric.)	codice (ev ric.)	Struttura	Camp.	Suddivisione campione												
				Camp. A	Camp.D	Camp.E	Specif. Int. Loc. Z	Campionamento ad interesse locale								
								Es. 006	Es. 007	Es. 013	Es. 044	Prest. Deced.	Prest. BIC	Odontostomatologia	Prest. Riab.	Endoscopia
324	Vari	Policlinico Monza	10.666	1	76		10.589	94	236	6.002	24	8	1.034	3.191		
324	Vari	Clinica Zucchi	11.035	1	151		10.883	118	291	6.233	119	17	2.046	2.059		
324	001011	Odontoiatrico Seregno Srl	1.728				1.728							1.728		
324	001020	Centro Diagnostica Meda	2.812				2.812							2.812		
324	001030	Smart Dental Clinic Srl	9.917				9.917							9.917		
715	002995	Poliambulatorio-Mandello L.	345				345		1	49				295		
715	002996	Poliambulatorio Casatenovo	872				872	1	1	78				792		
715	002997	Polo Terr. N.P.I. - Bellano	8				8				8					
715	002999	C.A.L. - Merate	1				1					1				
715	003000	Poliambulatorio Osp.Di Merate	9.336	3	23	1	9.309	444	313	5.088	98	28	1.880	1.458		
715	003001	C.P.S. - Merate	16				16				16					
715	003002	Amb. Psichiatria- Bellano	3				3				3					
715	003003	C.P.S. - Lecco	18				18				18					
715	003005	Poliambulatorio Osp. Di Lecco	22.368	17	29		22.322	793	942	12.337	231	75	1.714	3.745		2.485
715	003006	Polo Osp. N.P.I.- Lecco	1				1				1					
715	003007	Poliambulatorio Calolziocortetab.1	1.752				1.752	1	8	531				1.212		
715	003012	Poliambulatorio Oggiono	2.409		11		2.398	13	9	1.404				972		
715	003013	Poliambulatorio Osp. Di Bellano	837		15		822	11	71	356		1		383		
715	003015	Amb. Psichiatria- Mandello	2				2				2					
716	003054	Poliambulatorio P.O. Desio	344				344							47	297	
716	003055	Distretto- Attività Ambulat.	5.039				5.039							5.039		
716	003062	Poliambulatorio Territoriale Limbiate	6.001				6.001							6.001		
716	003065	Ambulatorio Extraosp. Nova M. Se	3.870				3.870							3.870		
716	003071	Ambulatorio Extraosped. Muggiò	3.795				3.795							3.795		
716	003079	Poliambulatorio Ospedale San Gerardo	17.327				17.327							16.868	459	
716	003090	Poliam. Specialistico-Brugherio	6.039				6.039							6.039		
716	003091	Distretto- Attività Ambulat.	5.459				5.459							5.459		
716	003100	Poliambulatorio Monza	3.567				3.567							3.567		

## PIANO DEI CONTROLLI 2019 – ATS BRIANZA

Ente (ev ric.)	codice (ev ric.)	Struttura	Camp.	Suddivisione campione												
				Camp. A	Camp.D	Camp.E	Specif. Int. Loc. Z	Campionamento ad interesse locale								
								Es. 006	Es. 007	Es. 013	Es. 044	Prest. Deced.	Prest. BIC	Odonto- stomato- logia	Prest. Riab.	Endo- scopia
717	003061	Centro Psico Sociale Besana B.	3				3				3					
717	003098	CPS Di Seregno	10				10				10					
717	003099	UONPI-Amb.Extraosp. Desio	4				4				4					
717	003118	Poliambulatorio Osp. Vimercate	29.779	21	10		29.748	1.631	2.672	17.777	339	358	2.299	4.672		
717	003119	Poliambulatorio Lissone	3.956				3.956	4		151	1	7		3.793		
717	003120	Poliambulatorio Specialistico	8.769		17		8.752	118	51	1.778		40	981	5.784		
717	003121	Ospedale C. Borella	6.888		17		6.871	15	72	853		10		5.921		
717	003122	Cal Seregno	1				1					1				
717	003123	Osped. Trabattoni Ronzoni	9.416		1		9.415	17	976	1.799		2		6.621		
717	003124	CPS Di Vimercate	5				5				5					
717	003126	Poliambulatorio Macherio	3.316				3.316			121		2		3.193		
717	003129	Ambulatorio Psichiatrico Carate Brianza	22				22				22					
717	003132	Amb. Polispec. Extra Osp.	3.057				3.057	2	2	288		3		2.762		
717	003133	Poliambulatorio Specialistico	3.306				3.306	4	1	154		1		3.146		
717	003134	U.O.N.P.I.A.	8				8				8					
717	003140	UONPI- Amb.Extraosp. Seveso	4				4				4					
717	003142	Ambulatorio Extraosp.	49				49			49						
717	003152	Ambulatorio Extraosp.	29				29			29						
<b>Totali</b>			<b>194.189</b>	<b>43</b>	<b>350</b>	<b>1</b>	<b>193.795</b>	<b>3.266</b>	<b>5.646</b>	<b>55.077</b>	<b>916</b>	<b>554</b>	<b>9.954</b>	<b>115.141</b>	<b>756</b>	<b>2.485</b>

Tabella. Dettaglio degli esiti dei controlli sulle prestazioni ambulatoriali

Struttura	Conferm	Non conferm	Dettaglio non confermate					Valore originale	Abbatt.	% Abbatt.
			Annull	Prescrizioni mancanti.	Modif. codici/quantità	Posizione ticket c/abbatt.	Posizione ticket s/abbatt.			
Policlinico Monza	10.666	92	17	0	4	71	0	1.706.840	10.560	0,62%
Clinica Zucchi	11.035	112	27	0	5	70	10	2.408.981	3.942	0,16%
Odontoiatrico Seregno S.r.l.	1.728	2	2					63.724	80,20	0,1%
Centro Diagnostica Meda	2.812	38	33		5			102.161	1.903,06	1,9%
Smart Dental Clinic S.r.l. ___7	9.917	54	38	4	6	6		515.136	5.289,93	1,0%
Poliambulatorio-Mandello L.	345	8	7		1			11.902	950	8,0%
Poliambulatorio Casatenovo	872	7	6			1		40.650	591	1,5%
Polo Terr. N.P.I.- Bellano	8	-						400	-	0,0%
C.A.L.- Merate	1	1	1					14	14	100,0%
Poliambulatorio Osp.Di Merate	9.336	825	51		32	458	284	2.157.305	15.425	0,7%
C.P.S.- Merate	16	5				5		1.529	138	9,0%
Amb. Psichiatria- Bellano	3	-						58	-	0,0%
C.P.S.- Lecco	18	-						1.748	-	0,0%
Poliambulatorio Osp. Di Lecco	22.368	2.012	161		618	611	622	2.671.245	147.275	5,5%
Polo Osp. N.P.I.- Lecco	1	1				1		180	66	36,7%
Poliambulatorio Calolziocorte	1.752	34	31		1	2		61.485	1.502	2,4%
Poliambulatorio Oggiono	2.409	28	13			15		64.916	2.053	3,2%
Poliambulatorio Osp. Di Bellano	837	13	1			12		31.559	574	1,8%
Amb. Psichiatria- Mandello	2	-						35	-	0,0%
Poliambulatorio P.O. Desio	344	24	12		12			23.214	816	3,5%
Distretto- Attività Ambulat.	5.039	50	44		2	4		279.834	3.525	1,3%
Poliambulatorio Territoriale Limbiate	6.001	51	29		18	4		186.006	4.350	2,3%
Ambulatorio Exstraosp. Nova M. Se	3.870	81	47		29	5		198.970	12.080	6,1%
Ambulatorio Extraosped. Muggiò	3.795	39	36		1	2		256.563	3.686	1,4%
Poliambulatorio Ospedale San Gerardo	17.327	564	122	415	6	20	1	457.056	42.675	9,3%
Poliamb.Specialistico-Brugherio	6.039	77	69			8		271.125	6.402	2,4%

## PIANO DEI CONTROLLI 2019 – ATS BRIANZA

Struttura	Confirm	Non confirm	Dettaglio non confermate					Valore originale	Abbatt.	% Abbatt.
			Annull	Prescrizioni mancanti.	Modif. codici/quantità	Posizione ticket c/abbatt.	Posizione tickets/abbatt.			
Distretto- Attività Ambulat.	5.459	33	29			4		339.997	2.955	0,9%
Poliambulatorio Monza	3.567	55	31	20		4		82.820,	905	1,1%
Centro Psico Sociale Besana B.	3	-						53	-	0,0%
CPS Di Seregno	10	3				3		350	85	24,4%
UONPI-Amb.Extraosp. Desio	4	2				2		1.100	132	12,0%
Poliambulatorio Osp. Vimercate	29.779	468	390		7	39	32	3.099.203	37.004	1,2%
Poliambulatorio Lissone	3.956	62	40	6	4	12		258.889	3.443	1,3%
Poliambulatorio Specialistico	8.769	86	52	2	9	14	9	1.372.725	19.965	1,5%
Ospedale C. Borella	6.888	61	38		2	21		271.215	3.819,94	1,4%
Cal Seregno	1	-						170	-	0,0%
Osped. Trabattoni Ronzoni	9.416	65	20	1	3	41		632.348	2.961	0,5%
CPS Di Vimercate	5	1				1		112	28	25,3%
Poliambulatorio Macherio	3.316	27	24		1	2		130.610	1.157	0,9%
Ambulatorio Psichiatrico Carate Brianza	22	-						3.295	-	0,0%
Amb. Polispes. Extra Osp.	3.057	33	31	1		1		142.695	4.117	2,9%
Poliambulatorio Specialistico	3.306	58	57		1			180.720	13.311	7,4%
U.O.N.P.I.A.	8	-						1.028	-	0,0%
UONPIA- Amb.Extraosp. Seveso	4	3				3		410	169	41,4%
Ambulatorio Extraosp.	49	-						1.322	-	0,0%
Ambulatorio Extraosp.	29	-						724	-	0,0%
<b>Totali</b>	<b>194.189</b>	<b>5.075</b>	<b>1.459</b>	<b>449</b>	<b>767</b>	<b>1.442</b>	<b>958</b>	<b>18.032.442</b>	<b>353.962</b>	<b>2,0%</b>



#### 4.4 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019

La DGR 1046/2018 delle regole del SSL 2018 ha mantenuto invariata la quota di controlli attesi sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, definendo anche per il 2019 una percentuale di controllo di almeno il 3,5 % della produzione.

##### 4.4.1 criteri

Per l'anno 2019, l'attività NOC ambulatoriale terrà conto dei seguenti criteri:

- corretta modalità di rappresentazione dell'attività erogata;
- congruenza tra prescrizione, attività erogata e relativa rendicontazione della stessa;
- concordanza tra l'attività erogata rispetto agli assetti accreditati e a contratto delle strutture.

##### 4.4.2 tipologie dei controlli

I controlli programmati, fatte salve eventuali ulteriori indicazioni da parte degli enti preposti o valutazioni emergenti dall'analisi dei dati effettuate dall'ATS in corso d'anno, riguarderanno le seguenti tipologie:

#### a) Indicatori di controllo di cui alle Dgr 8078/2002 e 10804/2009

1. Prestazioni di diagnostica per immagini di cui agli indicatori A e D;
2. Prestazioni di specialistica ambulatoriale, non di Pronto Soccorso, di cui all'indicatore R (intercluse): si confronteranno il database ricoveri 2018 – regime ricovero 1 – con il database ambu 2018-record finanziati stesso ente (escluse prestazioni di MAC, BIC e dialisi);
3. Prestazioni di specialistica ambulatoriale, non di Pronto Soccorso, di cui all'indicatore S (deceduti);
4. Prestazioni post ricovero (indicatore Y): si definiscono le prestazioni "indice" rimozione dispositivo esterno, rimozione punti di sutura e visita di controllo- 10 gg dopo un ricovero chirurgico-stesso presidio;
5. Prestazioni di Pronto Soccorso seguite da ricovero (indicatore X): si confronteranno i data base SDO\_28SAN\_PS record finanziati - stesso ente nella stessa data o in quella immediatamente successiva;
6. Esenzioni (indicatore P): Il controllo sulla corretta applicazione delle esenzioni manifesta un generale miglioramento; si decide pertanto di mirare il controllo della congruenza ticket su ambiti ben circoscritti e definiti come l'esenzione 0A02 Malattie cardiache e del circolo polmonare e l'esenzione 0031 Ipertensione arteriosa. Si conferma l'esclusione dal campione dei casi in cui, a fronte di un versamento di ticket e quota fissa, questo non sia stato sufficiente a coprire la quota di compartecipazione delle prestazioni non esenti.

#### b) Controlli di interesse locale/appropriatezza prescrittiva (tipologia "z")

1. Prestazioni di chirurgia a Bassa Complessità Assistenziale (BIC);
2. Prestazioni di Dialisi in corso di ricovero ai sensi della DGR 937/2010 e Circolare 20-san del 30.12.2010, utilizzando anche il tracciato ricoveri;
3. Prestazioni afferenti alla branca della Odontostomatologia, ricercando la presenza del criterio di accesso e valutando la corretta rendicontazione in 28SAN (es. La presenza del codice fiscale dell'assistito e/o del numero ricetta); oltre al controllo formale del flusso si ravvede l'utilità di verificare direttamente sul campo, per l'anno finanziariamente aperto, gli aspetti di qualità ed appropriatezza in riferimento alla DGR 6006/16. In particolare si propone la verifica della completezza documentale e la corretta rendicontazione dell'attività con particolare attenzione agli impianti endoossei (cod. 23.6), alla gengivoplastica (cod. 24.20.1).

Al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di Odontoiatria alla luce delle

indicazioni contenute nel Sub-allegato D della DGR 1046/2018 e della successiva Circolare regionale n. 13991/2019, si presenta di seguito una sintesi ragionata delle indicazioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche:

1. Le condizioni che determinano l'erogabilità delle prestazioni con il SSN prescindono dal regime di erogazione (ambulatoriale o ricovero); il medico prescrittore è il responsabile dell'accertamento del criterio che determina l'erogabilità delle prestazioni con il SSN per il singolo cittadino.

Il medico prescrittore deve riportare sempre nella prescrizione:

- a) il quesito/sospetto diagnostico, la diagnosi o l'indicazione clinica;
- b) il numero della nota della relativa condizione di erogabilità, attestando in tal modo la presenza della condizione stessa (di cui all'Allegato 1 del DM 9/12/15);
- c) le condizioni di erogabilità contrassegnate da lettere identificative (di cui all'Allegato 1 del DM 9/12/15);
- d) l'eventuale codice di esenzione.

Si precisa che la popolazione generale ha diritto all'accesso alle cure con il SSN esclusivamente per la visita odontoiatrica ed il trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche con accesso diretto. Le prestazioni erogabili con il SSN sono quelle riportate nell'Allegato 1 del DM 9/12/15.

2. Il diritto ad accedere alle prestazioni odontoiatriche in regime SSN/SSR non coincide automaticamente con il diritto all'esenzione dal ticket.

L'eventuale esenzione dal ticket è prevista solo per i soggetti affetti da malattia rara se le prestazioni odontoiatriche sono correlate alla patologia rara oppure per i soggetti affetti da patologie croniche ed invalidanti solo se esenti totali.

3. In merito all'erogabilità in regime SSN delle prestazioni odontoiatriche ai bambini sotto i 14 anni, si precisa quanto segue: oltre alle prestazioni erogabili anche ai bambini fuori regione (es. estrazioni, ablazione del tartaro...), si individuano le seguenti ulteriori prestazioni erogabili esclusivamente a soggetti in età evolutiva (0-14 anni) residenti in Regione Lombardia:

- Applicazione di vernici cario-protettive e/o di sigillanti su denti permanenti e sesti da latte;
- Terapia riabilitativa delle lesioni cariose della dentatura decidua con tecniche restaurative provvisorie o minimali (cod. 23.20.1 o cod. 23.20.2);
- Terapia delle lesioni dei denti permanenti;
- Applicazione di mantenitori di spazio nel caso di estrazione del V° deciduo con polpa compromessa (escluso il costo dell'apparecchio che è a carico del paziente).

4. Il diritto ad accedere alle prestazioni odontoiatriche in regime SSN in condizioni di vulnerabilità sanitaria, oltre ai destinatari che versano nelle condizioni specificate nel paragrafo 4.1 del Sub allegato D della DGR XI/1046/2018, esclusivamente per i residenti in Regione Lombardia, sono individuate ulteriori condizioni di vulnerabilità sanitaria, come ad es. psicosi, epilessia, patologie autoimmuni gravi, cirrosi epatica,... (rappresentate dalla presenza di specifica esenzione). Per questa categoria di persone la mancata cura odontoiatrica può complicare la malattia stessa fino a mettere a repentaglio la prognosi "quoad vitam" del soggetto (criterio discendente).

Invece, quando una patologia (es. patologie a carattere metabolico, cardiovascolari, cerebrovascolari, infiammatorie croniche) si associa frequentemente a complicanze di natura odontoiatrica il diritto all'accesso alle cure con il SSN deve associarsi anche ad una condizione di vulnerabilità sociale (criterio ascendente).

Si precisa che per i residenti in Regione Lombardia è riconosciuto, come criterio di accesso, anche la condizione di "dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool" (esenzione 014), esclusivamente, se associata ad una condizione di vulnerabilità sociale.

5. Il diritto ad accedere alle prestazioni odontoiatriche in regime SSN in condizioni di vulnerabilità sociale è definito, in Regione Lombardia, per i cittadini titolari delle esenzioni in elenco al

paragrafo 5 del Sub allegato D della DGR XI/1046/2018 per i quali risulta ostacolato o impedito l'accesso alle cure perché in situazioni di indigenza, povertà o reddito medio/basso (D.P.R. 445 del 28/12/2000, art.46).

#### **c) Qualità del dato anno corrente- flussi SDO e 28-San**

Coerentemente con le indicazioni regionali contenute nelle Regole di Sistema in tema di controlli della qualità del dato relativo alla rendicontazione delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, si intende implementare nel corso del 2019 un'attività di analisi e promozione della corretta rappresentazione di quanto erogato dalle Strutture; tale attività intende integrare il controllo, più di natura strettamente informatica, già implementato da Regione Lombardia. Nello specifico si provvederà ad effettuare due campionamenti, con periodicità semestrale, circoscritti alla produzione di un mese, al fine di sensibilizzare gli Erogatori ad una più appropriata rappresentazione delle prestazioni, con sicuri riflessi sul monitoraggio ex-post dei Tempi di Attesa, sulla rilevazione degli Indicatori contenuti nel PNE e sugli obiettivi legati alle valutazioni delle Performance.

#### **d) Controlli area della salute mentale**

Nel proprio ruolo di governance del sistema socio sanitario ATS della Brianza mantiene una particolare attenzione al raccordo tra i servizi del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze ed all'integrazione degli stessi con altri servizi, in particolare con i Consultori.

La ATS della Brianza intende verificare il perseguimento degli obiettivi nelle seguenti aree e con le seguenti attività:

- prosecuzione dell'attività di specifici tavoli tecnici con il coinvolgimento e l'integrazione dei vari soggetti protagonisti del lavoro per la salute mentale (gli erogatori pubblici e privati, associazionismo), definendo anche modalità di integrazione con sottogruppi, locali o trasversali, dell'Organismo di Coordinamento della Salute Mentale;
- gestione di progetti specifici su finanziamenti o bandi regionali anche attraverso il raccordo fra i diversi Dipartimenti coinvolti (es. sviluppo di percorsi a carattere multidisciplinare per la realizzazione dei piani integrati di inclusione sociale delle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria; realizzazione di interventi di contrasto a situazioni di disagio sociale di giovani e adolescenti e delle loro famiglie; attivazione e coordinamento del Piano Locale GAP)
- attivazione di un raccordo tra PAAPSS, PIPSS e Osservatorio epidemiologico per l'analisi dell'offerta e della domanda (es. gestione flussi AMB/SIND/TOX – Anagrafe della fragilità – gestione inserimenti in strutture extra-regionali);
- prosecuzione della realizzazione delle progettualità che vedono l'integrazione dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze con i servizi del Dipartimento Materno Infantile (Consultori e Punti Nascita): intercettazione precoce e presa in carico della Depressione perinatale, intercettazione e sostegno a situazioni di fragilità materno infantile;
- attivazione di nuove progettualità isorisorse che vedano l'integrazione di figure professionali e di servizi del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze rivolti alla fascia 14-25 anni;
- monitoraggio di attività specifiche delle ASST per la diagnosi precoce dell'uso di sostanze;
- monitorare, per tramite dell'OCSM, i progetti sperimentali innovativi di psichiatria e NPIA;

Nell'ambito dell'attività di autorizzazione al ricovero di pazienti psichiatrici e di NPIA in strutture fuori contratto, di cui alla circolare 43 SAN, proseguire con le azioni volte:

- al contenimento del ricorso e alla verifica di appropriatezza dei ricoveri in strutture sanitarie residenziali di psichiatria e neuropsichiatria infantile fuori contratto;
- al rispetto e al monitoraggio del budget assegnato ad ATS;
- al percorso di rivalutazione dei pazienti con particolare riferimento alla verifica dell'appropriatezza degli inserimenti per quei pazienti presenti da più di cinque anni in strutture

residenziali extra contratto (in regione e fuori regione) sia per quanto riguarda Psichiatria sia per NPIA – con verifica di almeno il 70% dei pazienti extra contratto;

- alla programmazione di un piano di riduzione degli inserimenti, con conseguente riduzione della spesa, attraverso un percorso di aggiornamento clinico da parte dei DSMD, la valutazione in condivisione con questi ultimi, di un trasferimento di alcuni pazienti in strutture regionali a contratto

In particolare per l'area della salute mentale si individuano n. 3 obiettivi con relativi indicatori:

1. rivalutazione di almeno il 70% dei pazienti extra contratto inseriti da più di 5 anni; indicatore: acquisizione di relazioni di rivalutazione clinica da parte dei DSMD referenti per residenza del paziente;
2. piano di riduzione degli inserimenti; indicatore: dimissione del 10% dei pazienti che al 1 gennaio 2019 risultano inseriti in strutture residenziali fuori contratto;
3. monitoraggio requisiti di autorizzazione/accreditamento delle strutture fuori contratto in cui trovano inserimento i pazienti residenti nella ATS Brianza; indicatore: acquisizione documentazione dalle strutture  $\geq 90\%$ .

## 5 TEMPI DI ATTESA STRUTTURE SANITARIE

### 5.1 RETE D'OFFERTA

La tabella successiva riporta la distribuzione, nel 2018, del numero di punti di erogazione di prestazioni sanitarie che sono di riferimento per le periodiche attività di monitoraggio suddivisi per area territoriale.

Distretto	Ambito distrettuale	Strutture ambulatoriali	Strutture di ricovero	Strutture di radioterapia
Lecco	Lecco	11	5	1
	Bellano	2	1	-
	Merate	4	2	-
	<b>Totale</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
Monza	Desio	11	2	-
	Monza	12	5	2
	<b>Totale</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>2</b>
Vimercate	Carate	9	2	-
	Seregno	6	2	-
	Vimercate	6	1	-
	<b>Totale</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>-</b>
<b>Totale ATS</b>		<b>61</b>	<b>20</b>	<b>3</b>

Dalla tabella si evince che il riferimento di interesse è la rete di offerta territoriale nel suo insieme e non la singola struttura di erogazione. Ciò permette di definire in modo flessibile il modello organizzativo tenendo conto sia dell'espressione della libertà di scelta dei cittadini, sia della presenza di strutture ad elevata capacità di attrazione (con liste di attesa più lunghe per taluni ambiti specialistici). Tale tipo di impostazione non ha, ovviamente, lo scopo di introdurre vincoli rispetto all'incontro domanda/offerta, ma di consentire, attraverso specifiche valutazioni, se sussistono o meno importanti fenomeni di squilibrio tra domanda e offerta in determinate aree geografiche.

### 5.2 STRUMENTI PER IL CONTROLLO

Il contenimento dei tempi di attesa per la fruizione delle prestazioni ambulatoriali rappresenta un

obiettivo prioritario dell'XI Legislatura di Regione Lombardia. ATS Brianza coerentemente alle indicazioni regionali, formalizza annualmente le attività volte al governo dei tempi di attesa sia delle prestazioni ambulatoriali che di ricovero del proprio territorio con il Piano Attuativo di Governo dei Tempi di Attesa adottato con Delibera ATS n 65 del 28 gennaio 2019 e trasmesso a tutti gli erogatori del territorio.

Il Piano Attuativo di Governo dei tempi di Attesa di ATS è stato redatto:

- sulla base delle indicazioni stabilite dalla DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l’esercizio 2019”* e della nota regionale prot. 2185/19 del 10/01/2019 *“Piani attuativi Agenzie di Tutela della Salute per il governo dei tempi d’attesa e piani aziendali di governo dei tempi d’attesa I e II semestre 2019”*;
- in funzione del raggiungimento dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. IX/1775 del 24.05.2011, dalla DGR n. X/3993/2015 e in accordo con le disposizioni contenute nella DGR n. X/7766 del 17/01/2018 *“Tempi d’attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: stato di attuazione delle politiche regionali ed indirizzi di sistema per l’ulteriore contenimento dei tempi di attesa”*;
- secondo i disposti del PNGLA 2010/2012 tutt’ora vigente, così come recepito dalla D.G.R. n. X/1775/2011 e s.m.i., nelle more dell’emanazione del nuovo Piano Nazionale di Governo per le Liste di Attesa (PNGLA).

Sul documento sono stati aggiornati per l’anno 2019 i contenuti del precedente Piano di Governo dei Tempi di Attesa partendo dall’analisi dei dati riferiti al 2018 che si riporta di seguito completata da una breve analisi di contesto. Le indicazioni regionali stabiliscono che le strutture erogatrici debbano adoperarsi al fine di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per almeno il 95% delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso e per le prestazioni di ricovero previste nel monitoraggio dal PNGLA.

### 5.3 CONSUNTIVO ATTIVITÀ SVOLTA NEL 2018

Nel corso del 2018 sono stati effettuati 12 monitoraggi regionali dei tempi di attesa che hanno coinvolto tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati e 2 monitoraggi nazionali settimanali dell’attività Istituzionale e Libero Professionale Intramoenia, Allargata ed in regime di Solvenza di cui al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012. Si dettaglia di seguito l’analisi dei dati.

La analisi hanno preso in considerazione sia valutazioni ex-ante, ottenute dal flusso regionale MTA, sia valutazioni ex-post sulla base dei flussi della Circ. 28/SAN.

Le tabelle che seguono sono riferite ai principali aspetti ed indicatori che risulta più opportuno focalizzare attraverso ciascuna delle due tipologie di flussi.

#### Monitoraggio ex-ante Prestazioni ambulatoriali

La numerosità delle prenotazioni ambulatoriali effettuate durante i giorni indice del 2018, comprensiva dei monitoraggi nazionali, è riportata nella tabella seguente, distinta per tipologia di erogatore e classe di priorità (U/B/D/P).

Erogatore	Classe priorità	Num. prenotazioni	Num. prenotazioni entro soglia	% prenotazioni entro soglia
Pubblico	U	1.927	1.206	62,6%
	B	3.884	2.655	68,4%
	D	15.658	13.583	86,7%
	P	32.914	29.361	89,2%
Privato	U	612	527	86,1%
	B	789	736	93,3%
	D	20.798	17.996	86,5%
	P	27.728	27.429	98,9%
<b>Totali ATS</b>		<b>104.310</b>	<b>93.493</b>	<b>89,6%</b>

Il dettaglio riassuntivo per classi di priorità è riportato nella tabella successiva:

Classe priorità	% sul totale	Num. prenotazioni	Num. prenotazioni entro soglia	% prenotazioni entro soglia
U	2,4%	2.539	1.733	68,3%
B	4,5%	4.673	3.391	72,6%
D	34,9%	36.456	31.579	86,6%
P	58,1%	60.642	56.790	93,6%
<b>Totali</b>	<b>100,0%</b>	<b>104.310</b>	<b>93.493</b>	<b>89,6%</b>

Complessivamente la rilevazione ex-ante evidenzia che il rispetto dei tempi di attesa è garantito entro soglia per circa il 90% delle prenotazioni, con criticità riscontrabili soprattutto per le prime due classi di priorità.

#### Monitoraggio ex-ante Prestazioni di ricovero

Per quanto concerne il monitoraggio ex-ante, relativo alle prenotazioni dei ricoveri programmati, la tabella successiva rappresenta la numerosità e la percentuale entro soglia per tutte le classi di priorità:

Erogatore	Classe priorità	Num. prenotazioni	Num. prenotazioni entro soglia	% prenotazioni entro soglia
<b>Pubblico</b>	A	1.821	1.638	90%
	B	568	366	64%
	C	584	556	95%
	D	1.093	1.088	100%
	<b>Tot. Pubblico</b>	<b>4.066</b>	<b>3.648</b>	<b>90%</b>
<b>Privato</b>	A	362	357	99%
	B	132	132	100%
	C	235	235	100%
	D	188	188	100%
	<b>Tot. Privato</b>	<b>917</b>	<b>912</b>	<b>99%</b>
<b>Totali ATS</b>		<b>4.983</b>	<b>4.560</b>	<b>92%</b>

Si completa l'analisi presentando le prenotazioni per prestazioni di radioterapia suddivise per classi di priorità:

Erogatore	Classe priorità	Num. prenotazioni	Num. prenotazioni entro soglia	% prenotazioni entro soglia
<b>Pubblico</b>	1	199	196	98%
	2	191	157	82%
	3	163	157	96%
	4	244	244	100%
	<b>Tot. Pubblico</b>	<b>797</b>	<b>754</b>	<b>95%</b>
<b>Privato</b>	1	69	69	100%
	2	94	94	100%
	3	4	4	100%
	4	71	71	100%
	<b>Tot. Privato</b>	<b>238</b>	<b>238</b>	<b>100%</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>1.035</b>	<b>992</b>	<b>96%</b>

### Monitoraggio ex-post Prestazioni ambulatoriali

I dati rappresentati nelle tabelle successive sono stati elaborati dai flussi ambulatoriali della circolare 28/SAN analizzando il database aggiornato con i dati di produzione dell'anno 2018. La tabella seguente riporta la numerosità delle prestazioni ambulatoriali erogate, suddivise per tipologia di erogatore e distretto di competenza, considerando tutte le classi di priorità (UBDP).

Distretto	Num. prestazioni erogate - classi UBDP			Num. prestazioni erogate in soglia - classi UBDP			% prestazioni erogate in soglia - classi UBDP		
	Pubblico	Privato	Totali ATS	Pubblico	Privato	Totali ATS	Pubblico	Privato	Totali ATS
Lecco	176.740	96.244	272.984	163.356	93.920	257.276	92,4%	97,6%	94,2%
Monza	159.146	204.635	363.781	126.361	196.876	323.237	79,4%	96,2%	88,9%
Vimercate	128.776	152.230	281.006	116.135	147.837	263.972	90,2%	97,1%	93,9%
<b>Totali ATS</b>	<b>464.662</b>	<b>453.109</b>	<b>917.771</b>	<b>405.852</b>	<b>438.633</b>	<b>844.485</b>	<b>87,3%</b>	<b>96,8%</b>	<b>92,0%</b>

La percentuale di rispetto dei tempi di attesa della soglia regionale risulta complessivamente del 92%, in un range compreso fra l'89% dell'area di Monza e il 94% dell'area di Lecco; per il distretto di Monza si riscontra uno scostamento di circa 17 punti percentuali fra erogatori pubblici e privati accreditati, a fronte di delta significativamente inferiori negli altri due distretti.

Di seguito il confronto fra le percentuali di rispetto dei tempi di attesa per classi di priorità e tipologia di monitoraggio negli anni 2017-2018:

Classe di priorità	Circ. 28/SAN		MTA	
	2017	2018	2017	2018
U	74,0%	74,8%	63,0%	68,3%
B	78,0%	79,2%	74,0%	72,6%
D	87,0%	85,1%	88,0%	86,6%
P	97,0%	96,4%	96,0%	93,6%

Dal confronto tra monitoraggi ex-ante ed ex-post emerge un sostanziale allineamento dei dati per quanto riguarda le classi D e P, che insieme costituiscono circa l'87% delle prestazioni.

Relativamente alle dodici prestazioni individuate come particolarmente critiche dalla DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 (Regole di sistema per l'esercizio 2019), la tabella seguente riporta le percentuali di prestazioni effettuate entro soglia per classe di priorità:

codice	prestazione	% prestazioni entro soglia				% (UBDP)
		U	B	D	P	
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	68,2%	85,9%	86,6%	89,0%	88,2%
88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	45,7%	80,4%	89,0%	95,7%	91,6%
88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	68,5%	82,0%	85,8%	90,9%	89,3%
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	53,2%	75,2%	87,7%	92,5%	90,2%
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	73,2%	86,0%	95,4%	97,4%	93,9%
88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X	100,0%	86,5%	96,7%	97,8%	97,6%
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	71,8%	78,5%	93,2%	95,9%	93,1%
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	61,8%	73,7%	75,0%	95,6%	86,3%
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	58,8%	68,4%	68,7%	95,6%	86,6%
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	66,4%	71,2%	79,3%	97,9%	90,2%
89.7B.8	PRIMA VISITA ORL	61,1%	72,5%	75,2%	98,5%	89,3%
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA	73,3%	71,0%	62,2%	89,3%	82,4%

Si rileva che permangono difficoltà di gestione della classe di priorità U, soprattutto in riferimento all'ecocolordopplergrafia cardiaca e dei tronchi sovraortici e, nell'ambito visite, per la visita dermatologica. Considerando tutte le classi di priorità, permangono tempi di attesa fuori soglia specialmente per la visita oculistica, dermatologica e cardiologica.

Di seguito sono rappresentati i volumi e le percentuali di prestazioni entro soglia per le dodici prestazioni critiche di cui sopra, suddivisi per distretto di erogazione, limitatamente alle classi U,B,D, confrontati con gli esiti della rilevazione MTA per l'anno 2018.

codice	prestazione	28/SAN					MTA
		Num. prestazioni UBD 2018	% entro soglia 2018 (UBD)	Lecco	Monza	Vimerc.	% entro soglia 2018 (UBD)
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	3.274	84,7%	82,4%	87,8%	81,8%	91,1%
88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	8.853	82,5%	88,3%	78,2%	84,5%	81,5%
88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	4.605	83,1%	85,0%	83,9%	80,3%	89,5%
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	4.898	84,0%	92,1%	77,1%	87,3%	82,2%
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	15.217	88,8%	94,4%	79,8%	91,2%	89,6%
88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X	2.016	96,2%	94,0%	96,5%	100,0%	98,5%
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	9.034	87,3%	95,1%	82,7%	83,0%	96,7%
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	10.436	72,8%	85,3%	65,9%	71,6%	76,6%
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	11.269	67,5%	96,8%	56,6%	58,7%	69,2%
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	12.336	76,0%	89,3%	68,1%	74,7%	74,8%
89.7B.8	PRIMA VISITA ORL	13.471	72,9%	92,7%	62,6%	67,5%	68,6%
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA	14.434	64,6%	86,7%	58,1%	63,6%	73,9%
<b>Totali ATS</b>		<b>109.843</b>	<b>77,5%</b>	<b>91,2%</b>	<b>69,2%</b>	<b>77,0%</b>	<b>79,5%</b>

Dall'analisi dei dati di rendicontazione Circ. 28/SAN, si osserva una maggiore aderenza allo standard nel distretto di Lecco, mentre criticità maggiori si rilevano in quello di Monza. Per quanto riguarda il dettaglio delle prestazioni, si conferma sostanzialmente il dato relativo alle prime visite in continuità con quanto osservato l'anno precedente. In particolare, risultano particolarmente critiche, soprattutto nei distretti di Monza e Vimercate, la prima visita oculistica e dermatologica.

Da ultimo, nella tabella successiva, si rappresenta il dato di rispetto dei tempi di attesa per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio e per area territoriale. Sono presentate solo quelle con maggior numerosità (complessivamente rappresentano più del 95% del totale delle prestazioni erogate in classe di priorità B, D, U oggetto di monitoraggio). Sono anche riportati il volume totale di erogazione delle singole prestazioni in ATS e la proporzione di prestazioni che è oggetto di analisi per i tempi di attesa: questo consente di circostanziare, per ogni singola prestazione, l'importanza relativa della quota prescritta in urgenza sul totale (variabile tra 3,3% per la mammografia e il 42,3% per la prima visita pneumologica).

Si evidenzia che, anche nel 2018, le prestazioni più critiche per la tempistica di attesa risultano essere le



prime visite specialistiche (ORL, oculistica, ortopedica, dermatologica, cardiologica, fisiatrice, neurologica, urologica), talune prestazioni di diagnostica per immagini (mammografie, ecografie mammarie, tac addome, RMN addome e rachide) ed alcune endoscopie digestive, a volte con caratterizzazioni diverse in base al territorio sede della struttura erogatrice.

Prestazione	Prestazioni			prestazioni b d u erogate entro soglia				
	Totale	monitorate bdu		Ats		strutture Lecco	strutture Monza	strutture Vimercate
	n.	n.	%	n.	%	%		
Ecografia addome completo	78.046	17.464	22,4%	15.756	90,2%	95,1%	82,0%	92,6%
Prima visita ORL	51.449	15.909	30,9%	12.263	77,1%	93,2%	67,2%	77,7%
Prima visita oculistica	62.144	15.774	25,4%	10.665	67,6%	88,1%	60,7%	67,6%
Prima visita ortopedica	84.162	13.537	16,1%	10.574	78,1%	90,5%	70,1%	77,1%
Prima visita dermatologica	39.892	12.695	31,8%	9.037	71,2%	97,4%	60,0%	63,6%
Elettrocardiogramma	146.989	12.548	8,5%	11.400	90,9%	95,8%	88,1%	89,3%
Prima visita cardiologica	38.643	12.018	31,1%	9.183	76,4%	87,2%	69,7%	76,6%
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione	40.718	10.758	26,4%	8.066	75,0%	80,3%	68,6%	78,3%
Eco(color) dopplergrafia cardiaca	55.247	9.654	17,5%	8.106	84,0%	89,2%	79,6%	86,4%
Prima visita neurologica [neurochirurgica]	33.597	9.247	27,5%	6.392	69,1%	77,0%	62,5%	78,4%
Radiografia del torace di routine, nas	107.198	8.850	8,3%	8.768	99,1%	99,4%	98,6%	99,2%
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa	29.922	8.035	26,9%	6.753	84,0%	88,2%	74,6%	90,3%
Prima visita urologica/andrologica	21.982	7.736	35,2%	6.372	82,4%	82,9%	81,9%	82,6%
Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna	28.104	7.322	26,1%	6.511	88,9%	87,1%	90,5%	88,7%
Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica	29.386	6.422	21,9%	5.880	91,6%	91,3%	90,6%	92,6%
Radiografia di bacino, anca	51.289	6.202	12,1%	6.035	97,3%	99,0%	94,3%	98,5%
Radiografia della colonna lombosacrale	47.147	6.021	12,8%	5.882	97,7%	98,9%	95,6%	98,7%
Radiografia di femore, ginocchio, gamba	57.109	5.965	10,4%	5.820	97,6%	98,8%	95,8%	98,3%
Elettrocardiogramma dinamico	27.944	5.900	21,1%	4.887	82,8%	94,2%	72,5%	85,5%
Ecografia bilaterale della mammella	55.295	5.483	9,9%	4.706	85,8%	86,9%	85,5%	85,4%
Diagnostica ecografica del capo e del collo	30.013	5.330	17,8%	4.723	88,6%	95,0%	80,6%	92,1%
Prima visita ginecologica	35.647	5.301	14,9%	4.594	86,7%	91,0%	83,1%	88,0%
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici	38.869	5.288	13,6%	4.504	85,2%	92,6%	78,4%	88,7%
Prima visita pneumologica	11.957	5.060	42,3%	3.668	72,5%	92,4%	56,4%	72,7%
Tomografia computerizzata (tc) dell'addome completo, senza e con contrasto	23.632	4.901	20,7%	3.797	77,5%	82,7%	68,0%	83,3%
Esofagogastroduodeno scopia [egd]	17.719	4.576	25,8%	3.568	78,0%	85,7%	68,9%	85,4%

	Prestazioni			prestazioni b d u erogate entro soglia					
	Totale	monitorate bdu		Ats		strutture Lecco	strutture Monza	strutture Vimercate	
Prestazione	n.	n.	%	n.	%	%			
Prima visita endocrinologica/ diabetologica	13.503	4.472	33,1%	3.224	72,1%	88,4%	62,1%	71,7%	
Tomografia computerizzata (tc) del torace, senza e con contrasto	22.113	4.108	18,6%	3.116	75,9%	81,5%	66,0%	80,5%	
Mammografia bilaterale	115.887	3.846	3,3%	3.345	87,0%	84,8%	88,7%	86,5%	
Elettromiografia semplice [emg]	33.911	3.367	9,9%	2.918	86,7%	85,2%	87,0%	95,9%	
Colonscopia con endoscopio flessibile	14.925	3.224	21,6%	2.160	67,0%	88,3%	57,2%	72,4%	
Tomografia computerizzata (tc) del capo	38.403	2.626	6,8%	2.364	90,0%	91,8%	84,8%	96,1%	
Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico	10.092	2.492	24,7%	2.025	81,3%	81,7%	79,3%	82,9%	
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	13.462	2.395	17,8%	2.146	89,6%	93,1%	88,6%	86,6%	
Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto	10.270	2.360	23,0%	1.725	73,1%	73,1%	69,1%	77,7%	
Densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi x	31.493	2.216	7,0%	2.139	96,5%	94,2%	96,8%	100,0%	
Prima visita gastroenterologica	5.461	2.206	40,4%	1.404	63,6%	77,5%	51,5%	66,2%	
Ecografia dell'addome superiore	13.974	1.912	13,7%	1.721	90,0%	95,2%	82,8%	94,7%	
Prima visita chirurgica vascolare	4.551	1.878	41,3%	1.392	74,1%	82,1%	67,1%	83,4%	
Tomografia computerizzata (tc) del torace	8.108	1.746	21,5%	1.452	83,2%	85,7%	77,2%	88,9%	
Altre (30 prestazioni)	182.018	13.466	7,4%	10.763	79,9%	84,9%	74,4%	81,6%	
Totale	1.762.271	280.310	15,9%	229.804	82,0%	89,7%	74,6%	85,0%	

#### 5.4 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019

Sulla base dell'analisi dei dati relativi all'anno 2018, le principali azioni che l'ATS della Brianza intende realizzare nel 2019 per il governo dei tempi di attesa fanno riferimento sia alle disposizioni regionali in materia e, per ultima la DGR n. XI/1046 del 17/12/2018, sia alle criticità applicative riscontrate a livello locale. Tali azioni sono di seguito schematizzate.

- Coordinamento
- Governo della domanda
- Interventi sull'offerta
- Consolidamento del Gruppo Di Miglioramento (GDM) dei Tempi Di Attesa

#### Coordinamento

Le azioni di coordinamento dell'ATS si espletano a diversi livelli:

- tra ATS e strutture erogatrici della rete di offerta di prestazioni sanitarie: identificazione di obiettivi comuni e strategici da perseguire principalmente attraverso lo strumento della negoziazione;
- tra ATS e ASST: attraverso la condivisione dei contenuti dei Piani aziendali semestrali di Governo dei Tempi di Attesa (PGTAz);
- tra ATS e i soggetti prescrittori (MMG/PdF/specialisti): al fine di promuovere l'adesione alle regole prescrittive e interventi rivolti all'appropriatezza;
- tra ATS e il cittadino: attraverso adeguati interventi di informazione e comunicazione.

### **Governo della domanda**

Il governo della domanda si espleta, in particolare, attraverso le seguenti azioni, già avviate nel corso degli anni precedenti ma che necessitano di essere costantemente presidiate ed implementate anche in relazione alle criticità evidenziate:

- promozione ed implementazione di interventi finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva coerentemente ai LEA che prevedono la garanzia di erogabilità di prestazioni sanitarie entro tempi appropriati alle necessità cliniche del singolo caso;
- Aggiornamento, monitoraggio e conseguenti interventi individuali nei confronti dell'intero gruppo dei medici sul rispetto dei formalismi prescrittivi a seguito segnalazioni ASST con particolare riferimento all'uso della priorità cliniche;
- Gruppi di lavoro interaziendali sulle problematiche emerse anche ad integrazione delle attività previste nel progetto RAO;
- Attività di controllo dei medici in ambito di PIC focalizzata sui PAI selezionati come outlier e/o individuati da ATS.

Buona parte di queste azioni potranno altresì essere sviluppate all'interno del cosiddetto "Sistema delle relazioni tra i livelli di cura" (Assistenza Sanitaria Primaria ed Assistenza Specialistica), deliberato dall'ATS della Brianza (Del. n. 761 del 18.12.2017) e che definisce in modo puntuale i livelli di relazione tra l'area delle Cure primarie e quello dell'Assistenza specialistica. Si prevede, nel corso dell'anno 2019, di estendere i contenuti del documento a tutte le strutture accreditate ed a contratto del territorio (un incontro preliminare si è già svolto nel mese di novembre 2018).

### **Interventi sull'offerta**

Si schematizzano di seguito gli interventi che necessitano di essere garantiti, promossi e sviluppati nell'ambito dell'offerta:

1. implementazione dei sistemi di monitoraggio (ex Ante ed ex Post) per la verifica costante dell'andamento dei tempi di attesa;
2. coinvolgimento della figura del Responsabile Unico Aziendale per tutte le strutture sanitarie accreditate a contratto in attività congiunte di monitoraggio e di analisi delle criticità;
3. monitoraggio del progetto "Ambulatori aperti" finalizzato garantire l'erogazione delle prestazioni specialistiche prioritariamente nelle fasce orarie serali e nei giorni festivi e prefestivi. Particolare attenzione dovrà essere dedicata alle prestazioni di cui alla DGR delle Regole 2019;
4. negoziazione con gli erogatori, finalizzata ad incrementare alcuni settori di offerta di prestazioni ambulatoriali (le più critiche per i tempi di attesa) verso un maggior soddisfacimento della domanda appropriata. A tale proposito in ambito di contrattualizzazione è stato dato seguito a quanto indicato nella DGR n. X/7766 del 17/01/2018 con progettualità specifiche finalizzate al contenimento dei tempi di attesa entro 30 giorni per le dodici prestazioni individuate dalla DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 e attraverso la riserva di una quota corrispondente allo 0.6% del valore delle attività di ricovero, da riassegnare in base al raggiungimento di obiettivi specifici legati alla erogazione di prestazioni riconducibili ad alcune tipologie di attività di ricovero caratterizzate da criticità relativamente ai tempi di attesa;

5. condivisione con gli erogatori predisposizione della necessità di predisporre modalità organizzative strutturate che garantiscano l'erogazione della prestazione richiesta dal cittadino, al solo costo del ticket (se dovuto) presso la prima struttura scelta, nel caso in cui sull'intero territorio di ATS non vi sia disponibilità di erogazione della prestazione nei tempi di priorità individuati dal proscrittore;
6. condivisione con gli erogatori, nel caso di prescrizioni in classe di priorità U e B emesse dal Pronto Soccorso o dal medico specialista di un'Azienda della necessità di predisporre modalità organizzative strutturate affinché la prenotazione e la relativa erogazione avvengano prioritariamente nell'ente in cui sono state generate;

### **Consolidamento del Gruppo Di Miglioramento (GDM) dei Tempi Di Attesa**

Il Gruppo di Miglioramento dei Tempi di Attesa dell'ATS della Brianza, attivato nel novembre 2018 e costituito ufficialmente con delibera n. 856 del 28.12.18, ha la finalità di creare un punto di raccordo e collaborazione tra ATS e gli attori del sistema che possono svolgere un ruolo attivo nella realizzazione degli obiettivi previsti nella DGR n. X/7766 del 17/01/2018, nei Piani di Attuazione di Governo dei Tempi di Attesa, aggiornati annualmente da ATS, e nelle Regole di Gestione del Servizio Socio sanitario.

Il gruppo di lavoro, coordinato dall'ATS della Brianza, coinvolge i soggetti del territorio operanti sul versante prescrittivo ed erogativo. Il GdM rappresenta un desk di confronto tra i soggetti, con la finalità di individuare e condividere azioni specifiche da mettere in atto per il contenimento dei tempi di attesa di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Nella sua prima fase di attivazione, ha individuato quattro fondamentali aree di intervento- la facilitazione all'accesso, la riduzione della domanda inappropriata, l'organizzazione dell'offerta e la responsabilizzazione dei cittadini- procedendo alla ricognizione delle azioni per il contenimento dei tempi di attesa già in atto presso le strutture erogatrici coinvolte.

Si è proceduto quindi alla richiesta di identificazione e progettazione di azioni di miglioramento (o del potenziamento di quelle in atto) che le strutture intendono avviare nel 2019.

Sono descritti di seguito gli interventi che si intendono realizzare nel corso del 2019:

- definizione di un piano di azioni di miglioramento; individuazione di indicatori di processo e di esito e loro monitoraggio periodico;
- valutazione dei tempi di attesa ex post per le prestazioni di cui alla DGR n.° XI/1046 del 17/12/2018;
- valutazione dei risultati, consolidamento delle azioni e revisione del piano.

## **6 RILEVAZIONE CUSTOMER SATISFACTION EROGATORI SANITARI**

### **6.1 RETE D'OFFERTA**

La rilevazione della customer satisfaction rappresenta, in ambito sanitario, uno strumento che permette di monitorare la qualità percepita dal cittadino/utente rispetto ad un servizio offerto, con l'obiettivo di migliorare gli standard qualitativi dei processi organizzativi relativi all'assistenza e alle prestazioni erogate. Rilevare la customer satisfaction consente di uscire dalla propria autoreferenzialità, di conoscere e comprendere sempre meglio i bisogni dei destinatari ultimi delle proprie attività e di riprogettare, di conseguenza, sia le politiche pubbliche che il sistema di erogazione dei servizi.

Strutture presenti sul territorio dell'ATS della Brianza:

- area degenza
- area ambulatoriale

### **6.2 STRUMENTI PER IL CONTROLLO**

Questionario per prestazioni in area degenza

Questionario per prestazioni ambulatoriali

### 6.3 ATTIVITÀ DI CONTROLLO – ANNO 2017

I dati dei questionari raccolti nel corso del 2017 (ultimo dato disponibile) rappresentano una sistematica rilevazione, avviata fin dal 2002, del gradimento espresso dai cittadini che hanno utilizzato i servizi sanitari presso le strutture presenti sul territorio dell'ATS della Brianza nelle aree Degenza e Ambulatoriale.

Il numero totale dei questionari raccolti ha avuto nel corso degli anni un continuo incremento, interpretabile, sia come una maggiore sensibilità dei cittadini ad interagire con le strutture sia come espressione del particolare impegno delle strutture nel promuovere e utilizzare questo strumento che può permettere di intervenire nelle aree rilevatesi critiche.

Confronto questionari raccolti per area

AREA	anno 2002	anno 2017	Differenza % 2018/2017
Ambulatoriale	15.569	32.770	210%
Degenza	4.828	11.026	228%

Una importante funzione di ascolto è svolta dall'URP. La gestione dei reclami e dei suggerimenti è un'azione importante per la nostra Agenzia perché ci permette di migliorare la soddisfazione e il consenso attorno alla stessa organizzazione e ai servizi erogati monitorando più in generale la qualità dell'offerta e diffondendo l'immagine di un'organizzazione attenta alle esigenze e ai feedback dei cittadini. Per monitorare la qualità percepita nei confronti dei servizi e delle prestazioni erogate, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico procede annualmente alla sistematica rilevazione delle segnalazioni e encomi.

Le segnalazioni degli utenti acquisiscono un senso compiuto nella misura in cui diventano lo spunto di riflessione per una valutazione della qualità dei servizi erogati e per una eventuale rimodulazione degli stessi, sulla base del feedback che esse forniscono.

L' Agenzia raccoglie annualmente anche le segnalazioni delle strutture sanitarie sul territorio.

Nel corso del 2018 è stato inviato il flusso segnalazioni da parte delle strutture territoriali così suddiviso:

- Reclami: 2199
- Encomi: 1161

### 6.4 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019

Nella Dgr XI/1046 del 17/12/2018 è prevista la costituzione di un apposito gruppo di lavoro per l'individuazione di strategie per l'implementazione del modello di rilevazione in materia di governo della customer satisfaction e la predisposizione di linee guida per la rilevazione.

Nelle more delle prossime indicazioni regionali riguardanti la gestione del flusso informativo customer satisfaction, ATS della Brianza garantirà l'attiva partecipazione ai gruppi di lavoro e un controllo puntuale della correttezza e tempestività dei dati trasmessi dalle strutture.

## 7 MEDICINA GENERALE, PEDIATRIA DI FAMIGLIA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

### 7.1 RETE D'OFFERTA

	Distretto di Lecco	Distretto di Monza	Distretto di Vimercate	Totale
MMG	205	211	287	703
PdF	50	50	69	169

MCA	40	40	40	120
<b>Totale</b>	<b>295</b>	<b>301</b>	<b>396</b>	<b>992</b>

## 7.2 STRUMENTI PER IL CONTROLLO

Gli strumenti di controllo afferiscono principalmente alle norme regolamentari costituite dai vigenti Accordi Collettivi Nazionali per la medicina generale e per la pediatria di famiglia:

AACCNN (medicina generale e pediatria) del 2009 e AACCNN integrativi del 21.06.2018

A questi si aggiungono gli Accordi Integrativi Regionali che annualmente sono sottoscritti a livello regionale con le principali sigle sindacali di categoria.

## 7.3 CONSUNTIVO ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2018

Le attività condotte nel 2018 dal Dipartimento Cure Primarie dell'ATS e per le diverse tipologie di verifiche sotto indicate possono essere così riassunte:

**1. Area dell'appropriatezza:** si tratta di un'area per la quale si è mantenuta attiva l'informazione costante e continua dei medici rispetto all'andamento della spesa, alle aree critiche e alle aree di possibile miglioramento. Essendo peraltro la dinamica della crescita della spesa legata in questo esercizio ai medici specialisti (NAO, Area diabete..) si è anche provveduto ad organizzare dei corsi di formazione ed attivare un gruppo di lavoro con le ASST. Si è ritenuto di proseguire e implementare l'utilizzo della Newsletter Cure Primarie, quale strumento per evidenziare all'attenzione dei medici convenzionati ogni problematica emergente (appropriatezza prescrittiva, farmacovigilanza, novità normative sui LEA, invalidità ecc.), strutturando comunicazioni specifiche riguardanti anche le dinamiche all'interno dei gruppi terapeutici tra farmaci a brevetto scaduto e non a brevetto scaduto. Per il progetto di governo clinico del 2018, il focus è stato centrato *“sull'appropriatezza organizzativa”* ovvero sulla capacità di rilevare criticità, anche per tramite di un sistema strutturato di alert avviare eventuali azioni di miglioramento enfatizzare come ambito qualificante la relazione con gli altri colleghi nel segnalare e ricercare con quest'ultimi percorsi efficaci, laddove gli aspetti organizzativi avevano un riflesso anche su quelli più propriamente professionali ovvero di appropriatezza. A titolo di esempio il progetto *“budget dell'ADP”* ha valorizzato una modalità di organizzazione dell'offerta centrata su aspetti programmatori, di scelta delle priorità e della cadenze più adeguate in una cornice a risorse definite. L'obiettivo era questi centrato sulla gestione ed aveva come ricaduta la possibilità pur in costanza di risorse di allargare il numero di soggetti seguiti personalizzando l'offerta individuale. Sul versante della frequenza degli accessi la riduzione dei settimanali e quindicinali (presenti solo nell'area di Monza) rappresenta un recupero di appropriatezza del contenitore ADP (visto che l'aumento degli accessi sposta l'opzione maggiormente verso l'ADI).

Nei confronti dei pediatri di famiglia è stato attivato un livello di attenzione rispetto all'uso dei tamponi partendo dalla produzione di uno specifico PDTA sulle faringotonsilliti.

**2. Area dell'appropriatezza** e controllo dei comportamenti prescrittivi – valutazione diretta da parte del Servizio: sono stati effettuati, come previsto dal contratto, i controlli sui medici che hanno partecipato al CREG sulle società dei servizi. I controlli per i dati 2017 hanno riguardato i livelli di congruenza tra PAI e prestazioni rese. Vi è da segnalare che la percentuale dei soggetti per i quali è stato richiesto un approfondimento ai gestori si è ridotto rispetto all'anno precedente, segno questo di un percorso di revisione interna ai vari gestori. Sono stati altresì avviati anche i controlli sui pazienti in PIC partendo dagli aspetti amministrativi. Sono stati effettuati controlli a campione sul profilo prescrittivo non solo farmaceutica ma anche specialistica ambulatoriale nelle situazioni problematiche evidenziate con contatti individuali con i medici avendo come esito, se necessario, una revisione delle indicazioni ed una comunicazione contestuale a tutti i colleghi anche per tramite del comitato aziendale, che rappresenta il

luogo dove si affrontano le problematiche generali. E' stato mantenuto attivo il canale con le strutture gestendo le segnalazioni da parte di queste ultime ed eventuali confronti di retti ai singoli medici. Inoltre, sono state gestite direttamente sempre con le ASST eventuali problematiche segnalate rispetto all'errata prescrizione/indicazione da parte del medico specialista. Quanto specificato in questo paragrafo discende anche dall'attività rispetto ai sistemi di relazione che nello specifico ha riguardato oltre ai comportamenti prescrittivi anche linee guida rispetto ad esami endoscopici ed accesso all'odontoiatria

**3. Area dell'accuratezza prescrittiva:** E' proseguita l'attività di interlocuzione con i medici in presenza di segnalazioni su difformità rispetto alle regole in uso nella Regione Lombardia e sull'uso delle classi di priorità. Su quest'ultimo aspetto l'applicativo delle varie CCI impone obbligatoriamente l'indicazione della classe; in questo ambito anche se si sono avvertiti miglioramenti, permangono numerose problematiche da ascrivere anche all'organizzazione del lavoro e delle agende in area ASST, laddove si evidenzia una bassa erogazione di prestazioni in classe B, a fronte di riscontri da parte dei medici. Queste criticità potrebbero vanificare le indicazioni e i controlli relativi all'applicazione corretta delle classi di priorità. A livello generale è stato condiviso con le ASST un documento sul "sistema di relazioni" tra livelli di cura.

Prosegue la collaborazione con FederFarma per il rilievo delle problematiche rilevate dai farmacisti al momento dell'erogazione del farmaco; infine, proseguono le verifiche della continuità terapeutica tra Ospedale e territorio, in particolare al momento della dimissione a seguito di ricovero e/o accesso in PS.

**4. Area contrattuale:** utilizzo dei reclami/segnalazioni e di alcune verifiche di rette per evidenziare/censurare i problemi relativi all'applicazione degli istituti contrattuali. E' costante la verifica e l'aggiornamento dei contratti dei MMG/PdF con il personale. Si è prodotto un documento sulle aree di miglioramento in tema di continuità assistenziale; rispetto agli ambiti carenti e la copertura di questi ultimi si sono verificate le problematiche prescrittive e sul livello di informazione delle caratteristiche dei pazienti incontrate con dai medici incaricati, avviando con LI un confronto per rimuovere le criticità (visura dell'esenzione, accesso all'FSE...). Gli strumenti utilizzati ai fini delle attività di controllo, oltre ai protocolli, sono stati quelli già in uso e in particolare i dati del consumato nell'area della farmaceutica e protesica (Farmavision e DWH aziendale), l'applicativo per la gestione dei programmi di Assistenza Domiciliare ed infine le segnalazioni e i reclami consegnati all'URP, inviati da altri Enti e/o ricevuti direttamente.

#### 7.4 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019

Il piano dei Controlli si concentra sull'analisi di alcuni servizi /prestazioni oggetto di report da parte del medico di cure primarie in quanto soggetti a compenso aggiuntivo come previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN, 2009); nello specifico ci si riferisce a:

- Assistenza Domiciliare Programmata ADP; Assistenza Domiciliare Integrata ADI
- Assistenza Ambulatoriale per il bambino con patologia cronica (APA; solo PdF)
- Prescrizione da parte del medico di medicina generale delle priorità

##### 7.4.1 attività di controllo

Le attività di controllo (routinario e/o conseguenti a progetti specifici) previste per il 2019 sono le seguenti:

##### **Medicina generale e Pediatria di Famiglia**

- Aggiornamento, monitoraggio e conseguenti interventi individuali nei confronti dell'intero gruppo dei medici sul rispetto dei formalismi prescrittivi a seguito segnalazioni ASST con particolare riferimento all'uso della priorità cliniche;
- Gruppi di lavoro interaziendali sulle problematiche emerse anche ad integrazione delle attività previste nel progetto RAO
- Interventi individuali rispetto ad incongruenze prescrittive segnalate.

- L'ambito di riferimento è costituito dal documento sul sistema di relazioni, esteso dalle ASST anche alle strutture a contratto; l'attività di monitoraggio è assicurata da professionisti evidenziati dal Comitato Aziendale ed è quello di un tavolo di confronto e monitoraggio del sistema di relazioni tra ATS e le tre ASST in merito all'utilizzo del ricettario e alle procedure di accesso (ricomprendendo anche l'organizzazione delle agende);
- Verifica delle dichiarazioni dei medici (allegato L) e dell'attività prevista dalla norma finale n.1 dell'ACR 2007. Questo intervento trae origine altresì dall'Accordo Integrativo Regionale 2019 che ha previsto verifiche in ordine alle auto autolimitazioni e mantenimento indennità per i medici di medicina generale.
- L'autolimitazione non può essere inferiore al rapporto ottimale determinato con l'AIR del 5 ottobre 2011, approvato con D.G.R. n. IX/2382 del 20/10/2011 (un medico ogni 1300 abitanti). Nel caso in cui invece la limitazione del massimale sia determinata da attività libero-professionale strutturata, si consente alle ATS di autorizzare, il Comitato aziendale, la limitazione fino a 1000 scelte soltanto in presenza di attività compatibili necessarie al sistema del SSR (in linea generale, l'attività presso le RSA e l'assistenza sanitaria presso le case circondariali)
- Non sarà previsto il riconoscimento di nuove indennità di personale di studio ai medici con limitazione per attività compatibile non necessaria al sistema del SSR così come non è previsto il riconoscimento di indennità di forme associative ai medici con limitazione per attività di libera professione strutturata (rif. Art. 54 ACN 2009). Pertanto, è stato affidato alle ATS il mandato di verificare le disposizioni dell'art. 54 del vigente ACN e comunicare al medico che, qualora non rispettasse tali requisiti, avrà a disposizione un mese di tempo per sanare la situazione. In caso contrario l'ATS provvederà automaticamente alla revoca delle indennità.
- ATS provvederà pertanto a chiedere l'aggiornamento dell'allegato L ai medici di medicina generale. Le risultanze della verifica e dei provvedimenti conseguenti in ogni caso discusse in sede di Comitato Aziendale
- Controllo dell'utilizzo degli strumenti di self help da parte delle forme associative e l'impatto sul sistema dell'offerta con particolare riferimento a tamponi, PCR, globuli bianchi saranno assicurate anche sessioni formative peraltro già programmate);
- Verifica della qualità delle carte dei servizi su modello definito da ATS per i nuovi medici e pediatri insediatisi nel corso dell'anno;
- Verifica dei programmi di sorveglianza dei pazienti cronici all'interno dei programmi previsti dall'A.C.N. (ADP); in sede di governo clinico si è valutato opportuno proporre l'obiettivo del budget concordato tra ATS e forme associative della medicina con introduzione della decisione da parte del MMG sui tempi del follow up;
- Reportistica sulle associazioni farmacologiche rilevando eventuali rischi di ADR e chiamando il medico ad una sorta di riconciliazione terapeutica;
- Attività di controllo dei medici in ambito di PIC focalizzata sui PAI selezionati come outlier e/o individuati da ATS
- Monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci con riferimento alle categorie /gruppi terapeutici attenzionati da regione;
- Gestione dei reclami ed eventuali sanzioni in accordo con URP;

### ***Continuità assistenziale***

- Implementazione dell'informatizzazione delle postazioni di Continuità Assistenziale, secondo il crono programma concordato con AREU COI, attraverso il quale ogni postazione territoriale avrà una nuova dotazione strumentale informatica e telefonica, con l'attivazione del software fornito dalla società Beta 80: tale nuova gestione consentirà la registrazione informatizzata delle prestazioni erogate dai medici di continuità assistenziale, offrendo la possibilità di controlli più immediati, produzione di report e analisi statistiche più dettagliate.



- Verifica dei livelli formativi;
- Analisi delle tipologie dei reclami;
- Verifiche amministrative di competenza.

## 8 ASSISTENZA PROTESICA

### 8.1 RETE D'OFFERTA

	Distretto di Lecco	Distretto di Monza	Distretto di Vimercate	Totale
MMG	205	211	287	703
PdF	50	50	69	169
Medici specialisti	42	58	45	145
<b>Totale</b>	<b>297</b>	<b>319</b>	<b>401</b>	<b>1.027</b>

### 8.2 STRUMENTI PER IL CONTROLLO

Gli strumenti di controllo afferiscono principalmente alle norme regolamentari costituite dalla vigente normativa in tema di Assistenza protesica ed integrativa:

- D. Min. San. 27 agosto 1999, n. 332;
- DPCM 12 Gennaio 2017 (allegati 2,3,5);
- DGR Lombardia n. 8730 del 22.12.2008,
- oltre alle note e circolari regionali che pervengono sull'argomento ad ATS ed ASST.

Il processo *Attività di verifica del diritto ad esenzione per patologia in cittadini residenti o domiciliati* del Cdr Responsabile Assistenza protesica e accesso del cittadino al sistema è gestito dalla procedura ATS Id 03286 *Rilascio e rinnovo esenzione ticket per patologia cronica o malattia rara*.

### 8.3 CONSUNTIVO ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2018

L'attività di controllo è stata espletata, con prassi e modalità ormai a regime, sia con riferimento all'appropriatezza prescrittiva (medico specialista e Centro di prescrizione) che all'appropriatezza erogativa (attività del fornitore e collaudo del medico specialista proscrittore). Inoltre, è proseguita l'attività secondo le indicazioni regionali (controllo credenziali medici proscrittori e verifica prescrizioni cartacee vs. prescrizioni on line).

#### ***I controlli.***

Nell'ambito dell'assistenza integrativa, i controlli svolti nel corso dell'anno 2018, sono stati rivolti soprattutto alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle pratiche pervenute. Si è operata la scelta di esaminare, per ogni mese dell'anno, 10 pratiche, scelte in maniera casuale dall'applicativo web care e confrontate con la documentazione cartacea presente presso il presidio distrettuale. Si riporta, di seguito, come esempio, le pratiche esaminate nel mese di maggio 2018. In questo modo è stato possibile verificare la situazione pratiche, anche al fine di verificare la provenienza delle prescrizioni e, se del caso, attuare gli opportuni interventi correttivi nei confronti dei prescrittori (MMG, PdF, medici specialisti).

Data richiesta	Numero pratica webcare *	Tipologia	Provenienza	Verifica appropriatezza	Richiesta chiarimenti	Evasione	Note
maggio							
4-mag	2011/3587	diabetica	MMG	richiesta quant. Sup. alla terapia indicata	errore corretto MMG	4-mag	quant. Inseriti come da correzione
4-mag	2018/15685	diabetica	MMG	richiesta corretta		9-mag	
9-mag	2018/15468	diabetica	MMG	richiesta incompleta	completata richiesta	9-mag	quant. Inseriti come da terapia indicata
14-mag	2018/15697	diabetica	MMG	richiesta incompleta	completata richiesta	14-mag	
14-mag	2018/12981	stomia inc. raccolta	SPECIALISTA	richiesta corretta		15-mag	
14-mag	2018/14236	diabetica	MMG	richiesta quant.sup.alla terapia indicata	motivazione soggetto in dialisi	15-mag	maggiorazione concessa per tre mesi
16-mag	2014/12038	diabetica	MMG	richiesta incompleta	completata richiesta	18-mag	
16-mag	2018/14233	diabetica	DIABETOLOGO	richiesta quant.sup.alla terapia indicata	scompenso	17-mag	maggiorazione concessa per tre mesi
17-mag	2018/15708	diabetica	MMG	richiesta quant.sup.alla terapia indicata	nessuna motivazione	17-mag	quant. Inseriti come da terapia indicata
23-mag	2018/14251	diabetica	MMG	richiesta corretta		24-mag	

Altro versante, sul quale si è mantenuta un'azione di controllo, è stata la verifica delle prescrizioni dell'area della c.d. "protesica maggiore" on line, ovvero attraverso il sistema Assistant-RL. Come per il passato, si sono verificate le prescrizioni on line a fronte di quelle cartacee; di seguito la situazione per l'anno 2018 relativa agli assistiti dell'ATS Brianza:

PRESCRIZIONI PROTESICA	2017	2018
<b>ASST LECCO</b>		
<b>ON LINE</b>	11887 (77,44%)	12309 (81,67%)
<b>CARTACEE</b>	3462 (22,56%)	2763 (18,33%)
<b>TOTALI</b>	<b>15349</b>	<b>15072</b>
<b>ASST MONZA</b>		
<b>ON LINE</b>	10495 (84,28%)	9517 (72,21%)
<b>CARTACEE</b>	1958 (15,72%)	3663 (27,79%)
<b>TOTALI</b>	<b>12453</b>	<b>13180</b>
<b>ASST VIMERCATE</b>		
<b>ON LINE</b>	12958 (86,60%)	14060 (84,73%)
<b>CARTACEE</b>	2005 (13,40%)	2533 (15,27%)
<b>TOTALI</b>	<b>14963</b>	<b>16593</b>

Per quanto riguarda i controlli sui fornitori, su segnalazione pervenuta da parte del SUPI, è stato effettuato un sopralluogo congiunto presso una ortopedia, ponendo in atto le opportune azioni correttive.

#### Assistenza integrativa (di pertinenza ATS)

Il monitoraggio della spesa per celiaci è stato controllato tramite la validazione del fatturato mediante applicativo "Celiachia RL", verificando mensilmente quanto erogato dalla GDO e dai negozi specializzati. Analogamente, per quanto riguarda la spesa per la cosiddetta PROMIN (cateteri, sacche, stomie), si è monitorato l'andamento mensile.

#### Erogazione dei presidi per l'automonitoraggio del diabete (di pertinenza ATS)

L'immissione in commercio dei nuovi farmaci a dosaggio settimanale ha imposto una revisione e controllo sui presidi erogati. Questa attività, avviata con i medici specialisti nel 2017, è proseguita nel 2018 focalizzando l'attenzione sui sistemi di verifica della prescrizione e dei reattivi.

### 8.4 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019

Attesa la nuova riorganizzazione nelle ASST ed ATS con la creazione del SUPI unico per le tre ASST, mentre nel 2018 si è cercato di consolidare i sistemi di relazione anche attraverso procedure condivise anche al fine di omogeneizzare le modalità di erogazione, per il 2019, anche in considerazione del consolidato

ruolo attribuito alle ATS nella funzione di attuazione degli indirizzi regionali e di monitoraggio della spesa, in aggiunta alle attività di governo, si prevedono le seguenti attività di controllo:

1. Verifica del mantenimento dei requisiti dei centri di Prescrizione territoriali, e dei prescrittori, sulla base dei contenuti dei documenti licenziati dai Gruppi di Approfondimento Tecnico regionali;
2. Vigilanza e controllo, a campione e mirata in esito ad eventi critici segnalati (da prescrittori, assistiti, ASST, SUPI), sui soggetti autorizzati e contrattualizzati (audio protesisti, ortopedie, ottici) per la fornitura di dispositivi protesici su misura o personalizzati; le attività di vigilanza e controllo saranno strutturate tenendo conto delle risorse assegnate;
3. Autorizzazione all'inizio attività in regime di convenzione con il SSR per le nuove istanze da parte dei fornitori;
4. Monitoraggio e confronto della spesa per classi omogenee di dispositivi, con particolare riguardo ai presidi per l'automonitoraggio del diabete, anche a seguito dell'entrata in vigore della gara regionale ARCA, che sposta una buona parte delle forniture alla DPC (Distribuzione Per Conto);
5. Monitoraggio di carattere generale (applicazione dei requisiti di aventi diritto, controllo applicazione omogenea e corretta delle procedure, ivi comprese le procedure di gara);
6. Monitoraggio prescrizioni on line (Assistant-RL) vs. cartacee;
7. Monitoraggio dell'attuazione delle procedure, in capo alle ASST, dei percorsi di riacquisizione dei dispositivi ed ausili non più utilizzati dai cittadini;
8. Controlli puntuali su tutta la filiera del percorso prescrittivo/erogativo in caso di segnalazioni.

## 9 ASSISTENZA FARMACEUTICA

### 9.1 RETE D'OFFERTA

Distretti ATS Brianza	Farmacie al 1/01/2018
Monza	96
Vimercate	112
Lecco	99
<b>Totale</b>	<b>307</b>

### 9.2 STRUMENTI PER IL CONTROLLO

La vigilanza in ambito farmaceutico si pone come una delle aree più complesse ed importanti in capo ai Servizi Farmaceutici delle ATS. Il POAS ATS Brianza ha previsto nell'ambito del Dipartimento Cure Primarie riconducibili per funzioni al Servizio Farmaceutico

- l'UOSD Attività Amministrative e di Controllo sulle Farmacie
- l'U.O.S. Farmacovigilanza e Monitoraggio Prescrizioni,.

In particolare l'UOSD Attività Amministrative e di Controllo sulle Farmacie assicura, tra le attività istituzionali, il controllo e la vigilanza ispettiva ed autorizzativa, ove prevista, sulle strutture erogatrici di farmaci: Farmacie convenzionate, Dispensari, Parafarmacie, Grossisti, Depositi, Strutture Sanitarie e Socio sanitarie e, a seguito degli ultimi indirizzi normativi, anche la vendita online dei medicinali.

Linee guida, tavoli tecnici regionali e nazionali e orientamenti giurisprudenziali stanno contribuendo a chiarire norme di non facile interpretazione, mentre la Commissione di Vigilanza: opera come da linee guida emanate da Regione Lombardia e di concerto con gli ordini professionali provinciali (prot. R.L. n. G1.2017.0025936 del 14.08.2017)

Le procedure per i controlli in uso sono:

## CdR Attività amministrative e di controllo sulle farmacie

Processo	Codice e Denominazione procedura
Attività eseguite per il rilascio dell'autorizzazione al deposito e/o alla distribuzione all'ingrosso di medicinali ad uso umano	Id 03213 attività autorizzativa depositi-grossisti
Attività eseguite per l'autorizzazione all'apertura di una farmacia di nuova istituzione	Id 03203 autorizzazione all'apertura ed esercizio di farmacia di nuova istituzione
Attività per la vigilanza alle strutture dispensatrici di farmaci	Id 03400 vigilanza sulla regolarità di esercizio delle farmacie

## CdR farmacovigilanza e monitoraggio prescrizioni

Processo	Codice e Denominazione procedura
Controllo della spesa e dei consumi relativi ai farmaci rendicontati in file f	Id 02942 controllo file F
Tutela della salute degli utenti attraverso le segnalazioni di sospetta reazione avversa ai farmaci	Id 02343 farmacovigilanza

## 9.3 ATTIVITÀ NEL 2018

In riferimento alle Nota Regionale avente per oggetto "Piano dei controlli 2019-prosecuzione attività" e facendo seguito alla D.G.R. X/6502 del 21/04/2017 par.7, si illustra la rendicontazione del Piano controlli relativa all'anno 2018 e la programmazione per l'anno 2019 da parte del Servizio farmaceutico.

## 9.3.1 Vigilanza farmaceutica

In considerazione del riordino previsto dalla Legge 23/2015 l'attività di vigilanza farmaceutica, mediante la Legge 33/2019 modificata dalla Legge 6/2017, prevede l'obbligo di effettuare le ispezioni alle farmacie aperte al pubblico, con l'obiettivo di ispezionare il 100% in ciascun biennio. L'anno 2018 ha costituito il "tempo zero" da cui avviare la pianificazione biennale, programmata trimestralmente, suddivisa sui 3 Distretti dell'ATS Brianza (Monza-Vimercate-Lecco).

Nello specifico la L.R.6/2017 ha previsto la possibilità, nel rispetto del criterio della territorialità delle farmacie, di articolare la Commissione di Vigilanza in più sottocommissioni per disporre di terne differenti per i Distretti sopra menzionati, in modo tale da assicurare continuità all'attività istituzionale.

Tale controllo ha come finalità il monitoraggio delle tipologie di irregolarità eventualmente riscontrate durante le ispezioni e la riduzione e prevenzione della frequenza delle irregolarità riscontrabili.

La Vigilanza è attuata attraverso ispezioni ordinarie (programmate), straordinarie (a seguito di segnalazioni o verifica delle prescrizioni impartite) o preventive (in caso di trasferimento locali, di nuove aperture di farmacie). La programmazione delle visite ispettive ordinarie a farmacie e dispensari, è inserita nel portale messo a disposizione dall'Ordine dei Farmacisti "Ispezioni Farmacie".

Ne sono programmate n. 2 al giorno, suddivise su 3 distretti dell'ATS (Lecco, Vimercate, Monza), con un impegno settimanale di 3 giornate. Strumento per l'esecuzione delle ispezioni è il "Verbale di ispezione ordinaria delle farmacie" ed il "Verbale di ispezione preventiva delle farmacie", entrambi modelli regionali disposti da DG Welfare.

modalità attivazione controlli	tipo ispezione	n. farmacie			n. dispensari			n. sanzioni erogate			importi notificati in euro		
		Mb	Vim	Lc	Mb	Vim	Lc	Mb	Vim	Lc	Mb	Vim	Lc
commissione	ordinaria	5	5	36	0	2	3						
commissione	preventiva	1	1	3	0	0	1						
sottocommissione	ordinaria	35	31	14	0	0	0						
sottocommissione	preventiva	8	7	1	0	0	0						
<b>totale</b>		<b>49</b>	<b>44</b>	<b>54</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>18.900</b>	<b>15.463</b>	<b>16.903</b>

Gli obiettivi prefissati nel 2018 in merito alla tipologia di ispezione (Ordinarie, Preventive e Straordinarie) sono stati pienamente raggiunti eseguendo un campione pari al 47% delle ispezioni ordinarie eseguite su farmacie/dispensari aperti al pubblico.

area del controllo	razionale	irregolarità riscontrate	obiettivi	strumento	indicatore %
vigilanza ispettiva	Verifica dei requisiti autorizzativi e delle prestazioni farmaceutiche erogate ai sensi degli artt. 111 e 127 del TULLSS e nel rispetto delle disposizioni di cui agli artt. 20,50,51 del R.D. n.1706/1938 nonché del riordino della L.R. 23/2015 e della L.R. 6/2017	sanzioni amministrative segnalazioni procura della repubblica	verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione e convenzionamento individuati	verbale di ispezione certificato da regione che attesti le verifiche documentali effettuate	139 farmacie/dispensari ispezionate/ 307 farmacie7dispensari totali= <b>47%</b>

Nel 2018 in ATS Brianza, oltre a visite ispettive a farmacie convenzionate e dispensari, sono stati effettuati controlli alla vendita on-line di farmaci, sopralluoghi a parafarmacie, e constatazione e affido di farmaci stupefacenti scaduti da avviare alla distruzione, come indicato nella tabella sotto riportata.

Vigilanza	Distretto Mb	Distretto Vim	Distretto Lc
Numero di farmacie/dispensari ispezionati	56	45	58
Parafarmacie	2	3	0
Esercizi autorizzati al commercio on-line	0	0	2
Numero verbali di constatazione e affido stupefacenti	44	40	50
Strutture socio sanitarie (RSA-RSD-IDR)*	11		

\* constatazione ed affido stupefacenti

L'UOSD Attività Amministrative e di Controllo sulle Farmacie provvede ad emanare ulteriori atti amministrativi e iter procedurali complessi quali, delibere, autorizzazioni, sanzioni come di seguito esplicitato:

Tipologia Atti Deliberativi 2018	Prov. Lc	Prov. Mb
Autorizzazione all'apertura ed esercizio di Farmacia	1	12
Autorizzazione al trasferimento di titolarità di Farmacia	7	6
Autorizzazione al trasferimento locali Farmacia	2	4

Autorizzazione alla Gestione Provvisoria di Farmacia da parte degli eredi	0	0
Presa d'atto di variazioni in capo a società titolari di Farmacia	9	6
Affidamento direzione tecnico-professionale di Farmacia	1	15
Autorizzazione alla vendita Farmaci on-line	2	0
Adozione Calendario Turni, orari e ferie Farmacie e successive variazioni	1	1
Determinazione dell'Indennità di residenza	1	1

### 9.3.2 Farmaceutica convenzionata

#### CFA

L'UOSD Attività Amministrative e di Controllo sulle Farmacie attua controlli sulla regolarità delle ricette spedite in regime di SSN in linea con le modalità previste dal DPR 371/98, provvedendo quindi in base all'accordo Collettivo Nazionale con le farmacie convenzionate all'addebito diretto o all'invio alla Commissione Farmaceutica Aziendale CFA la quale ha competenza a pronunciarsi in merito alle irregolarità ed inosservanze dell'Accordo Collettivo Nazionale con le farmacie convenzionate di cui al DPR 371/98, alle difformità rilevate sull'applicazione dell'accordo con le farmacie sulla Distribuzione per Conto dei farmaci A-PHT oltre che alle irregolarità che si riscontrano nell'ambito della gestione dei moduli Webcare per l'assistenza integrativa. La Commissione si esprime sulla convalida del pagamento o annullamento totale o parziale delle ricette in esame in relazione a quanto previsto dall' art. 4 dell'Accordo Nazionale. Nel 2018 la CFA si è riunita n.3 volte esaminando tutte le ricette STD e DPC e moduli Webcare con anomalie spedite dalle Farmacie Pubbliche e Private della Provincia di Monza e Brianza relativamente al periodo contabile 2015- 2016.

#### Differenze Contabili

In merito al conguaglio contabile anni pregressi, Regione Lombardia ha affidato a Lombardia Informatica S.p.A.(LISPA) un progetto chiamato "UN TEAM PER LE ASL" con l'intento di fornire supporto alle ex ASL ora ATS per la soluzione dei contenziosi contabili pregressi favorendo inoltre l'avvio della dematerializzazione di ricette e DCR. Nell' anno 2018 si è provveduto al recupero degli anni 2010-2011-2012-2013 per l'area di Lecco e degli anni 2009-2010-2011-2012 per l'area di Monza in linea con il crono programma previsto dal progetto.

anno	Importi recuperati/accreditati alle farmacie della prov. di Lecco (euro)	Mese applicazione rettifica in DCR	anno	Importi recuperati/accreditati alle farmacie della prov. di Monza B	Mese applicazione rettifica in DCR
anno 2010	52.198	apr-18	anno 2009	-2.783	gen-18
anno 2011	31.547	mag-18	anno 2010	-46.964	giu-18
anno 2012	12.598	set-18	anno 2011	119.422	lug-18
anno 2013	-2.739	ott-18	anno 2012	1.200	dic-18

#### Controlli su File F

Nel corso del 2018 sono stati effettuati i controlli di prescrizione/erogazione dei farmaci rendicontati in File F presso le strutture erogatrici sia Pubbliche che Private Accreditate, in conformità con le "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2018", ovvero:

- Controllo del 100% dei farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici) con presenza del dato di targatura nel File F per farmaci HCV.
- Controllo del 50% dei farmaci per ipercolesterolemia, inibitori PCSK9 (evolocumab e alirocumab).
- Controllo del 50% dei farmaci oncologici.

- Controllo del 50% dei farmaci rituximab, trastuzumab e temozolamide per le indicazioni non soggette a scheda AIFA.

Inoltre, anche in linea con le indicazioni dell'ACSS, è stata verificata la corretta rendicontazione del prezzo esposto in File F affinché fosse in linea coi prezzi massimi d'acquisto SSN, verificando altresì, per i casi anomali, la documentazione attestante acquisto. Al 31/12/2018 sono state condotte n. 9 visite su n. 6 strutture erogatrici di farmaci rendicontati in File F per un totale di 13234 record verificati puntualmente in relazione alla Scheda AIFA e/o alla documentazione (cartacea o informatizzata) concernente la distribuzione.

Di seguito lo schema riepilogativo dei controlli effettuati al 31/12/2018:

Struttura oggetto di verifica	N° visite effettuate	N° record verificati	% record con anomalie	% record con prezzi in linea SSN
ASST Monza	2	5.717	1,89%	100,00%
Fondazione MBBM	1	12	25,00%	100,00%
Casa di cura policlinico di Monza	1	1.566	0,06%	100,00%
ASST Lecco	2	3.330	0,03%	99,40%
G.B. Mangioni hospital	1	105	0,95%	100,00%
ASST Vimercate	2	2.504	0,00%	100,00%
<b>Totale</b>	<b>9</b>	<b>13.234</b>	<b>0,86%</b>	<b>99,85%</b>

Dalle verifiche effettuate si può evincere la bontà del dato rendicontato nel File F oggetto di controllo, in quanto oltre il 99% dei record verificati sono stati rendicontati con prezzo in linea col prezzo massimo d'acquisto SSN e meno dell'1% dei record presentava anomalie. Per tutti i record difformi sono stati richiesti la modifica o l'annullamento del record (inserimento del valore "M" o "A").

Nel corso del I trimestre 2019, è stata ultimata l'attività di controllo presso le Strutture erogatrici dei record rendicontati in File F per l'anno contabile 2018, così come previsto dalla deliberazione di Regione Lombardia N° X/7600 del 2017. Entro il termine del mese di febbraio 2019, sono state condotte n. 9 visite su n. 7 strutture erogatrici di farmaci rendicontati in File F (farmaci innovativi per fondi AIFA oncologici e non e farmaci per HCV) per un totale di 5610 record verificati puntualmente in relazione alla Scheda AIFA e/o alla documentazione (cartacea o informatizzata) concernente la distribuzione.

Di seguito lo schema riepilogativo dei controlli effettuati:

Struttura oggetto di verifica	N° visite effettuate	N° record verificati	% record con codice targatura (se richiesto)	% record con prezzi in linea SSN
ASST Monza	1	1.647	-	100%
ASST Monza (farmaci hcv)	1	1.426	100%	100%
Fondazione MBBM	1	35	-	100%
G.B. Mangioni hospital	1	30	-	100%
Casa di cura policlinico di Monza	1	88	-	100%
Istituti clinici Zucchi	1	27	-	100%
ASST Lecco	1	950	-	100%
ASST Lecco (farmaci hcv)	1	977	100%	100%
ASST Vimercate	1	430	-	100%
<b>Totale</b>	<b>9</b>	<b>5.610</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Il codice targatura, ove previsto come obbligatorio, è presente nel 100% dei record; inoltre per tutti i record è stato verificato che il prezzo rendicontato è in linea con il prezzo d'acquisto massimo SSN, riconfermando la bontà della rendicontazione dei record File F, oggetto dei controlli per l'anno contabile 2018.

### **Piani Terapeutici Online**

Al fine di evolvere verso la dematerializzazione dei processi sanitari, è necessario garantire supporto informativo fin dalle fasi di compilazione dei Piani Terapeutici da parte dei medici specialisti per la gestione web-based dei Piani Terapeutici. Nelle more della messa a disposizione del software regionale univoco, come previsto dalle c.d. "Regole di Sistema 2017", l'ATS Brianza ha provveduto ad unificare ed uniformare il software per la prescrizione dei Piani Terapeutici impegnandosi a rendere tale risorsa maggiormente fruibile da tutte le strutture Pubbliche e Private accreditate del territorio.

Pertanto a completamento di un percorso formativo ed informativo già iniziato nel 2017, in data 26/09/2018, è stato organizzato un corso ECM dal titolo "La prescrizione informatica dei piani terapeutici: modalità operative". L'evento formativo ha ottenuto buoni risultati in termini pratici poiché il numero delle strutture che dal 2018 utilizzano la piattaforma web sono salite ad 8, per un totale di 2393 PT inseriti on-line. La prescrizione on-line consente di ottenere un Database dei PT prescritti e ne permette una tempestiva verifica. I PT errati ed annullati, su richiesta della Struttura, sono stati 17.

<b>Struttura</b>	<b>N° PT online</b>	<b>N° PT online annullati</b>
ASST Lecco	286	4
G.B. Mangioni hospital	6	-
ASST Monza	1.041	11
Casa di cura policlinico di Monza	261	1
Fondazione MBBM	11	-
Istituti clinici Zucchi	280	-
Multimedica	40	-
ASST Vimercate	468	1
<b>Totale</b>	<b>2.393</b>	<b>17</b>

## 9.4 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019

Anche per il 2019 l'attività di controllo nel settore delle prestazioni farmaceutiche dovrà essere integrata con quanto riportato nel Piano dei controlli quadro presentato dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sanitario e Socio sanitario (D.G.R. X/6502 del 21/04/2017) e con le "Regole di Sistema 2019" di cui alla (DGR XI/1046 del 17/12/2018) che rimandano alla verifica degli adempimenti normativi e alla corretta gestione, distribuzione e rendicontazione del farmaco sul territorio.

### 9.4.1 *Vigilanza farmaceutica*

Come già segnalato il 2018 è stato indicato il "tempo zero" da cui avviare la pianificazione biennale 2018/2019, con l'obiettivo del raggiungimento entro la fine del 2019 del 100% della vigilanza ispettiva delle farmacie aperte al pubblico presenti sul territorio. (278 farmacie e 15 dispensari escluse le nuove aperture previste dal concorso di R.L.).

<b>Distretti ATS Brianza</b>	<b>Farmacie</b>
Monza	44
Vimercate	65
Lecco	45
<b>Tot. Farmacie da ispezionare nel 2019</b>	<b>154</b>



**Tavolo di lavoro per la vigilanza farmaceutica**

Nel corso del 2019 l'ACSS ha istituito il “*Tavolo di lavoro per la vigilanza farmaceutica*” composto da tutti i referenti dei Servizi Farmaceutici ATS della Regione con incontri calendarizzati in cui sono analizzate le varie sezioni del verbale ispettivo on line certificato da Regione.

L'obiettivo del Tavolo è l'orientamento dell'attività dei controlli verso le aree a maggior rischio utilizzando come strumento la sperimentazione della metodologia della graduazione del rischio tenendo conto della normativa, della deontologia e soprattutto della tutela della salute pubblica in modo tale che ciascun ITEM avrà un peso connesso alla gravità della violazione. Il tutto porterà a stilare per ciascuna ATS un proprio Ranking utile a fotografare la soglia di criticità del territorio.

**Farmacie con l'autorizzazione di grossista**

In considerazione del problema relativo alla carenza dei farmaci, in fase di ispezione alle farmacie che hanno anche l'autorizzazione di grossista, l'UOSD Attività Amministrative e di Controllo sulle Farmacie dovrà ispezionare anche i depositi collegati alle suddette farmacie. Al fine di rendere continuativa la vigilanza prevista dal D.lgs 219/2006 su grossisti (art.100) e depositi ( art.108 ), a partire dal 2019 i grossisti non collegati alla farmacie dovranno essere ispezionati almeno 1 volta ogni 2 anni ed i depositi almeno 1 volta ogni 5 anni.

**Vigilanza su RSA/RSD**

In merito alla vigilanza su RSA/RSD per gli aspetti farmaceutici continua la collaborazione con il Servizio Vigilanza Controllo sulle strutture socio sanitarie del Dipartimento PAC con l'obiettivo di fornire informazioni specifiche in tema di gestione del farmaco al fine di aumentare la qualità dei processi clinico-assistenziali e il sistema di autocontrollo da parte delle stesse.

***9.4.2 Farmaceutica convenzionata***

Si conferma che per l'anno 2019 è prevista la conclusione del progetto “Un team per le ASL (ATS)” per il recupero dei contenziosi relativi alle rettifiche contabili pregresse nel periodo 2008-2016.

Per quanto riguarda i controlli sulla regolarità delle ricette spedite in regime di SSN in linea con le modalità previste dal DPR 371/98, provvedendo quindi in base all' accordo Collettivo Nazionale con le farmacie convenzionate all'addebito diretto o all'invio alla Commissione Farmaceutica aziendale CFA, si sta procedendo alla verifica delle irregolarità degli anni 2010-2014 per il distretto di Lecco mentre per il distretto di Monza/Vimercate verranno verificate le irregolarità riferite all'anno 2017.

**Farmaceutica acquisti diretti (controlli file F)**

Per l'anno 2019, la DGR XI/1046 del 17/12/2018 richiede il controllo della prescrizione / erogazione / rendicontazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione su tutti i farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici): 100% con verifica puntuale a carico dell'ATS del reale costo sostenuto da parte della struttura.

Inoltre, la DGR XI/1681 del 27/05/2019, sancisce la necessità di verifica completa in tutte le strutture (erogatrici di File F) del reale costo dei farmaci rendicontati in File F sostenuto da parte della struttura con quanto indicato in tipologia 15 pari al 100% delle strutture verificate e completezza verifiche.

**10 PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI****10.1 RETE D'OFFERTA**

Al 31.12.2018, tredici soggetti gestori accreditati nel 2017, hanno arruolato al 31.12.2018, attraverso la firma del patto di cura, 55.942 pazienti.

## 10.2 STRUMENTI PER IL CONTROLLO

DGR 6551/2017

Autocertificazione per requisiti di accreditamento dei soggetti idonei al ruolo di gestore

Indicatori individuati dalla DG Welfare

## 10.3 ATTIVITÀ DI CONTROLLO – ANNO 2018

Nel 2018 è stato avviato il processo di presa in carico del paziente cronico e fragile.

Il 96% dell'attività di arruolamento è stata realizzata da 6 cooperative di MMG, che risultano i principali attori del sistema.

Il 70% circa degli MMG del territorio ha aderito tramite una cooperativa al processo presa in carico.

Il 15% dei pazienti cronici arruolabili del territorio ha aderito al percorso di presa in carico, con un andamento regionale che si settava sul 10% circa.

ATS Brianza ha realizzato attività di governo e supporto alla presa in carico con i gestori, facilitando le relazioni tra questi ultimi ed i principali erogatori del territorio anche con la finalità di definire i volumi di prestazioni necessari a sostenere la realizzabilità dei PAI redatti.

## 10.4 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2019

Nelle more delle indicazioni regionali per verifiche comuni sul territorio, che indaghino l'esito del processo di presa in carico del paziente cronico e fragile nella sua interezza, ATS Brianza, attraverso il gruppo di lavoro interno presa in carico, costituito con lo scopo di governare il processo e analizzarne gli effetti complessivi sul sistema Socio Sanitario, ha condiviso con la Direzione Strategica dell'Agenzia un piano di controlli strutturato e cadenziato.

Nello specifico:

- attraverso la compilazione di un'autocertificazione, si intende indagare la sussistenza dei requisiti di accreditamento dei soggetti idonei al ruolo di gestore, nel rispetto di quanto individuato dalla DGR 6551/2017. La restituzione della dichiarazione compilata sarà evento indispensabile per procedere all'erogazione dell'acconto 2018 della tariffa di presa in carico. Le autocertificazioni pervenute saranno soggette a verifica nelle modalità e nella misura previste dalla legge.
- Il monitoraggio e controllo effettivo della realizzazione del processo di presa in carico sarà realizzato attraverso indicatori individuati dalla DG Welfare, con la finalità di valutare l'andamento reale dei percorsi di presa in carico, lo scostamento degli stessi dai valori attesi e supportare nell'identificazione delle cause di tali scostamenti. L'esito favorevole delle verifiche è condizione indispensabile per poter procedere all'erogazione del saldo 2018 della tariffa di presa in carico.
- Modalità e criteri aggiuntivi di verifica potranno essere individuati dal gruppo di lavoro presa in carico nel rispetto dell'evoluzione del sistema, dall'esito dei controlli realizzati, nonché in seguito alla rilevazione di criticità che necessitano ulteriori indagini.

## III PARTE – AREA SOCIO SANITARIA E SOCIALE

## 11 PREMESSA AREA SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Gli indirizzi programmatori del Piano dei Controlli dell'ATS della Brianza per l'area socio sanitaria e sociale pongono al centro degli ambiti d'intervento:

- l'assistito fragile che fruisce dei servizi erogati e la rete familiare;
- il mantenimento o il miglioramento dello stato di benessere dell'assistito fragile;
- la qualità della rete delle Unità di Offerta;
- l'appropriatezza delle prestazioni erogate in termini di efficacia, efficienza e sicurezza.

## 11.1 RETE D'OFFERTA

## 11.1.1 Rete d'offerta socio sanitaria all' 1/1/2018 oggetto dei controlli 2018

Tab Rete U.d.O. al 1/1/2018	Provincia di Lecco				Provincia di Monza			
TIPOLOGIA U.D.O.	N° U.d.O.	PL Aut	PL Acc	PL Contr	N° U.d.O.	PL Aut	PL Acc	PL Contr
RSA (1)	26	2.206	2.091	1.998	38	3.475	3.287	3.203
RSD	4	152	149	149	5	261	261	261
CDI	7	222	200	145	24	678	668	544
CDD	9	230	230	215	23	567	567	557
CSS	10	99	99	99	4	40	40	40
SRM minori	1	40	40	40	1	36	36	36
RIA ambulatoriale/dom/CDC	4	294	294	294	3	15	15	15
Cure Intermedie/Post Acuti (2)	2	65	65	65	2	40	40	40
CF privati accreditati	2				4			
CF ASST sedi principali	9				6			
CF ASST sedi secondarie	1				14			
UOCP Dom	2				6			
UOCP	1				2			
Hospice	1	12	12	12	4	63	63	63
SERT /NOA	1				7			
SMI	1				1			
Comunità dipendenze	4	89	89	82	5	94	94	94
Bassa intensità assistenziale dipendenze	3	18	18	17	1	5	5	5
ADI accreditate in un ambito territoriale (prov. LC/Prov. MB) ed erogano solo nello stesso ambito	5				5			
ADI accreditate in altra ATS ed erogano in ATS Brianza senza sede secondaria (3)	6				24			
ADI accreditate in altra ATS ed erogano in ATS Brianza con sede secondaria (3)	1				0			

Tab Rete U.d.O. al 1/1/2018	Provincia di Lecco				Provincia di Monza			
TIPOLOGIA U.D.O.	N° U.d.O.	PL Aut	PL Acc	PL Contr	N° U.d.O.	PL Aut	PL Acc	PL Contr
ADI accreditate in un ambito territoriale (prov. LC/Prov. MB) ed erogano anche nell'altro ambito territoriale con sede secondaria	2				2			
ADI accreditate in un ambito territoriale (prov. LC/Prov. MB) ed erogano anche nell'altro ambito territoriale senza sede secondaria (4)	3				3			
	<b>102</b>	<b>3.417</b>	<b>3.277</b>	<b>3.106</b>	<b>184</b>	<b>5234</b>	<b>5036</b>	<b>4.818</b>

(1) In ATS 4 RSA autorizzate e 60 accreditate

(2) il numero posti letto dei Post Acuti sono già conteggiati nel numero PL delle RSA (per area di Lecco solo n.10 posti i restanti per area di Monza)

(3) una U.d.O. [da conteggiarsi singolarmente] con sede secondaria in un ambito territoriale (prov. di LC) ed erogante senza sede secondaria anche nell'altro (Prov. di MB)

(4) una U.d.O. accreditata in prov. di LC e due accreditate in prov. di MB

Tab Rete Misure al 1/1/2018

Tipologia Misura innovativa	Tipologia U.D.O.	Provincia di LC		Provincia di MB	
		n. Misure	n. U.D.O.	n. Misure	n. U.D.O.
RSA aperta	RSA	11	10	15	
	U.D.O. in sperimentazione regionale (CDI Polo Frassoni)		1		
Residenzialità Assistita	RSA*	11	3	4	
	APA		7		
	U.D.O. (legge 3/2008)		1		
Residenzialità assistita religiosi		2	2	2	
Minori vittime di abuso	Comunità educative minori	3***	13 **	3***	
<b>TOTALE</b>		<b>27</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	

\*3 RSA sono già conteggiate come U.D.O. nella RSA Aperta

\*\* Il numero di U.D.O. fa riferimento a tutte le strutture che possono ospitare minori sottoposti a misura

\*\*\* il numero di U.D.O. fa riferimento alle strutture che hanno ospitato nel 2018 minori sottoposti a misura

### 11.1.2 Rete di offerta socio sanitaria anno 2019

La rete di offerta socio sanitaria si è modificata come da tabella seguente

Tab Rete U.d.O. al 1/1/2019

TIPOLOGIA U.D.O.	Provincia di LC				Provincia di MB			
	N° U.d.O.	PL Aut	PL Acc	PL Contr	N° U.d.O.	PL Aut	PL Acc	PL Contr
RSA (1)	26	2216	2091	1998	40	3675	3287	3203
RSD	4	152	149	149	5	261	261	261
CDI	7	222	200	145	26	711	668	544

TIPOLOGIA U.D.O.	Provincia di LC			Provincia di MB				
	N° U.d.O.	PL Aut	PL Acc	PL Contr	N° U.d.O.	PL Aut	PL Acc	PL Contr
CDD	9	230	230	215	23	567	567	557
CSS	10	99	99	99	4	40	40	40
SRM minori	1	294	294	294	1	36	36	36
RIA ambulatoriale/dom/CDC	4	55	55	55	3	15	15	15
Cure intermedie/Post Acuti (2)	2	40	40	40	2	40	40	40
CF privati accreditati	2				4	0	0	0
CF ASST sedi principali	9				6	0	0	0
CF ASST sedi secondarie	1				14	0	0	0
UOCP Dom	2				6	0	0	0
UOCP	1				2	0	0	0
Hospice	1	12	12	12	4	63	63	63
SERT /NOA	3				7	0	0	0
SMI	1				1	0	0	0
Comunità dipendenze	4	89	89	82	5	94	94	94
Bassa intensità assistenziale dipendenze	3	18	18	17	1	5	5	5
ADI accreditate in un ambito territoriale che erogano solo nello stesso ambito	5				5			
ADI accreditate in altra ATS ed erogano in ATS Brianza senza sede secondaria (3)	6				24			
ADI accreditate in altra ATS che erogano in ATS brianza con sede secondaria (3)	1				0			
ADI accreditate in un ambito territoriale che erogano anche nell'altro ambito territoriale con sede secondaria	2				2			
ADI accreditate in un ambito territoriale che erogano anche nell'altro ambito territoriale senza sede secondaria (4)	3				3			
	107	3427	3277	3106	188	5467	5036	4818

(1) In ATS 6 RSA autorizzate e 60 accreditate

(2) numero posti letto dei Post Acuti sono già conteggiati nel numero PL delle RSA (per area di Lecco solo n.10 posti)

(3) una U.d.O. [da conteggiarsi singolarmente] con sede secondaria in un ambito territoriale(LC) ed erogante senza sede secondaria anche nell'altro (MB)

(4) una U.d.O. accreditata a Lc e due accreditate a MB

Tab Rete Misure al 1/1/2019

Tipologia Misura innovativa	ATS		Prov. LC		Prov. MB	
	n. Misure	Tipologia U.D.O.	n. Misure	n. U.d.O.	n. Misure	n. U.d.O.
RSA aperta	21	RSA	9	8	12	12
		U.D.O. in sperimentazione regionale (CDI Polo Frassoni)		1		
Residenzialità assistita	15	RSA	11	3*	4	1
		APA		7		3
		U.D.O. (legge 3/2008)		1		
Residenzialità assistita religiosi	5		2	2	3	3
Minori vittime di abuso	9	Comunità educative minori	4***	14**	5***	23**
<b>TOTALE</b>	<b>50</b>		<b>22</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>19</b>

\*3 RSA sono già conteggiate come U.D.O. nella RSA Aperta

\*\* Il numero di U.d.O. fa riferimento a tutte le strutture che possono ospitare minori sottoposti a misura

\*\*\* il numero di U.d.O. fa riferimento alle strutture che hanno ospitato nel 2018 minori sottoposti a misura

### 11.1.3 Rete delle unità d'offerta sociali a 1/1/2018

Tab Rete U.d.O. sociali al 01/01/2018

Area	Tipologia	TOTALE ATS		Prov. MONZA		Prov. LECCO	
		n. U.d.O. Aut	n. Posti	n. U.d.O. Aut	n. Posti	n. U.d.O. Aut	n. Posti
Prima infanzia	Nidi	215	6.461	165	5.078	50	1.383
	Centri prima infanzia	23	411	3	49	20	362
	Micronidi	23	225	13	130	10	95
	Nidi famiglia	39	195	23	115	16	80
	<b>Tot</b>	<b>300</b>	<b>7.292</b>	<b>204</b>	<b>5.372</b>	<b>96</b>	<b>1.920</b>
Minori	Comunità residenziali per minori	34	303	20	185	14	118
	Comunità familiari	4	19	3	15	1	4
	Alloggi per l'autonomia	11	43	4	20	7	23
	Centri aggregazione giovanile	11	590	10	550	1	40
	Centri ricreativi diurni per minori	142	12617	90	8107	52	4510
	Case vacanza	3	316	0	0	3	316
	<b>Tot</b>	<b>205</b>	<b>13.888</b>	<b>127</b>	<b>8.877</b>	<b>78</b>	<b>5.011</b>
Disabili	Comunità residenziali per disabili	15	122	9	73	6	49
	Comunità risocializzazione	2	35	0	0	2	35

Area	Tipologia	TOTALE ATS		Prov. MONZA		Prov. LECCO	
		n. U.d.O. Aut	n. Posti	n. U.d.O. Aut	n. Posti	n. U.d.O. Aut	n. Posti
	reinserimento						
	Servizi formazione all'autonomia	12	347	10	277	2	70
	Centri socio-educativi	30	681	22	527	8	154
	<b>Tot</b>	<b>59</b>	<b>1.185</b>	<b>41</b>	<b>877</b>	<b>18</b>	<b>308</b>
Anziani	Centri diurni per anziani	11	770	8	665	3	105
	Alloggi protetti per anziani	13	218	4	83	9	135
	Case albergo	1	17	0	0	1	17
	<b>Tot</b>	<b>25</b>	<b>1005</b>	<b>12</b>	<b>748</b>	<b>13</b>	<b>257</b>
<b>TOTALE</b>		<b>589</b>	<b>23.370</b>	<b>384</b>	<b>15.874</b>	<b>205</b>	<b>7.496</b>

#### 11.1.4 Rete delle unità d'offerta sociali 2019 oggetto dei controlli 2019

Nel corso dell'anno 2018 ci sono stati alcuni cambiamenti nel quadro delle unità d'offerta sociali ubicate nel territorio di Monza ed hanno riguardato:

- la messa in esercizio di 37 nuove unità d'offerta: 5 nidi, 3 alloggi protetti per anziani, 5 micronidi, 7 nidi famiglia, 1 centro prima infanzia, 4 comunità alloggio sociali per anziani, 2 centri diurni anziani, 1 centro socio educativo, 1 servizio di formazione all'autonomia, 1 comunità educativa, 7 centri ricreativi diurni per minori;
- il cambiamento del soggetto gestore di 5 unità d'offerta: 1 nido, 1 micronido, 3 centri ricreativi diurni per minori;
- la variazione della capacità ricettiva di 1 comunità educativa;
- il trasferimento sede di n. 3 U.d.O.: 1 micronido; 1 nido famiglia; 1 centro ricreativo diurno per minori;
- la chiusura di n. 12 unità d'offerta: 3 nidi, 6 nidi famiglia, 2 micronidi, 1 comunità familiare.

Mentre nel territorio di Lecco i cambiamenti delle unità d'offerta sociali avvenuti in corso d'anno hanno riguardato:

- la messa in esercizio di 17 nuove unità d'offerta: 4 micronidi, 1 nido famiglia, 1 comunità familiare, 8 centri ricreativi diurni per minori, 1 alloggio protetto per anziani, 2 comunità alloggio sociali per anziani;
- la variazione della capacità ricettiva di 2 unità d'offerta: 1 nido, 1 centro ricreativo diurno;
- le modifiche strutturali o cambio sede di 4 unità d'offerta: 3 comunità residenziali per disabili, 1 servizio formazione all'autonomia.
- le chiusure di 8 unità d'offerta: 2 nidi, 2 nido famiglia, 2 micronidi, 1 alloggio per l'autonomia, 1 alloggio protetto per anziani.

Pertanto al 1 gennaio 2019 la rete delle U.d.O. sociali, nel territorio dell'ATS della Brianza, è costituita dalle tipologie riportate nella seguente tabella, con indicazione di numerosità e capacità ricettiva.

Tab Rete U.d.O. Sociali ATS Brianza al 01/01/2019

Area	Tipologia	Totale ATS		Prov. MONZA		prov LECCO	
		n. U.d.O.	n. Posti	n. U.d.O.	n. Posti	n. U.d.O.	n. Posti
Prima infanzia	Nidi	216	6.530	168	5165	48	1.365
	Centri prima infanzia	25	448	5	86	20	362
	Micronidi	29	282	17	167	12	115
	Nidi famiglia	43	215	28	140	15	75
	<b>tot</b>	<b>313</b>	<b>7.475</b>	<b>218</b>	<b>5558</b>	<b>95</b>	<b>1.917</b>
Minori	Comunità residenziali per minori	35	315	21	197	14	118
	Comunità familiari	4	20	2	10	2	10
	Alloggi per l'autonomia	10	39	4	16	6	23
	Centri aggregazione giovanile	11	670	10	630	1	40
	Centri ricreativi diurni per minori	149	12.612	91	7613	58	4.999
	Case vacanza	3	316	0	0	3	316
<b>tot</b>	<b>212</b>	<b>13.972</b>	<b>128</b>	<b>8466</b>	<b>84</b>	<b>5.506</b>	
Disabili	Comunità residenziali per disabili	19	162	13	113	6	49
	Comunità risocializzazione reinserimento	2	35	0	0	2	35
	Servizi formazione all'autonomia	13	382	11	312	2	70
	Centri socio-educativi	30	686	22	532	8	154
	<b>tot</b>	<b>64</b>	<b>1265</b>	<b>46</b>	<b>957</b>	<b>18</b>	<b>308</b>
Anziani	Centri diurni per anziani	12	751	9	646	3	105
	Alloggi protetti per anziani	16	278	7	143	9	135
	Casa	6	58	4	38	2	20
	Case albergo	1	17	0	0	1	17
	<b>tot</b>	<b>35</b>	<b>1104</b>	<b>20</b>	<b>827</b>	<b>15</b>	<b>277</b>
<b>TOTALE</b>	<b>624</b>	<b>23.816</b>	<b>412</b>	<b>15.808</b>	<b>212</b>	<b>8.008</b>	

## 11.2 STRUMENTI PER IL CONTROLLO

### 11.2.1 Risorse

L'Unità Operativa Complessa Accreditamento, Controllo e Vigilanza Strutture Socio sanitarie e Sociali ha il compito di gestire l'attività di vigilanza e controllo nei due ambiti Socio sanitario e Sociale e si avvale della seguenti risorse:

Tab Dotazione Organica all'1/1/2019 UOC

Figure Professionali	Prov. LC	Prov. MB	Tot
Direttore			1
Assistente amministrativo	1,75	2	3,75
Assistente sociale	2	0	2



Figure Professionali	Prov. LC	Prov. MB	Tot
Collaboratore amministrativo	0	1	1
Educatore	1	7	8
Infermiere	1	2	3
Medico	0,4*	2,6*	3
Operatore tecnico	0	1	1
Psicologo	1,5*	0,5*	2

\*i valori decimali sono determinati da dirigenti assegnati alla UOC ma che svolgono attività nelle UOS

## Equipe

Tab Equipe Socio Sanitaria Controlli Appropriattezza

Tipologia U.d.O.	Prov. LC	Prov. MB
RSA	Medico Infermiere Educatore	Medico Educatore
CDI	Medico Infermiere	Medico Infermiere/ Operatore Tecnico
Misure (RSA Aperta-Residenzialità Assistita-Religiosi-Minori)	Medico Infermiere	Medico / Sanitario Infermiere
RSD-CSS-CDD	Medico Infermiere	Medico Educatore Infermiere
CI/POST ACUTI-IDR	Medico Infermiere	Medico Educatore Infermiere
Servizio Riabilitativo Minori	Medico Infermiere	Medico Operatore Tecnico/Infermiere
ADI-UCP DOM-UOCP-Hospice	Medico Infermiere	Medico Educatore/ Infermiere
RIA amb.-dom-CDC	Medico Infermiere	Medico Educatore/ Infermiere
SERT/NOA- SMI-Comunità Dipendenze-Bassa Intensità assistenziale Dipendenze-Consultori	Dirigente Sanitario Assistente Sociale	Dirigente Sanitario Infermiere
Stato Vegetativo	Medico Infermiere	Medico Educatore Infermiere

Tab Equipe Socio Sanitaria Verifica Requisiti

Tipologia U.d.O.	Prov. LC	Prov. MB
RSA	Dirigente Sanitario Amministrativo	Medico Educatore
CDI	Dirigente Sanitario Amministrativo	Medico Educatore/ Operatore tecnico
Misure (RSA Aperta-Residenzialità Assistita-Religiosi-Minori)	Dirigente Sanitario Amministrativo	Medico o Sanitario Infermiere

Tipologia U.d.O.	Prov. LC	Prov. MB
RSD-CSS-CDD	Dirigente Sanitario Amministrativo	Medico Educatore Infermiere
CI/POST ACUTI-IDR	Dirigente Sanitario Amministrativo	
Servizio Riabilitativo Minori	Dirigente Sanitario Amministrativo	Medico Operatore Tecnico / Infermiere
ADI-UCP DOM-UOCP-HOSPICE	Dirigente Sanitario Amministrativo	Medico Educatore / Infermiere
RIA amb.-dom-CDC	Dirigente Sanitario Amministrativo	Medico operatore tecnico / Infermiere
SERT / NOA- SMI-Comunità Dipendenze- Bassa Intensità assistenziale Dipendenze- Consultori	Dirigente Sanitario Amministrativo	Dirigente Sanitario INFERMIERE

Tab Equipe Vigilanza Sociale

Tipologia U.d.O.	Prov. MB	Prov. LC
asili nido-centri prima infanzia-micronido- nido famiglia-centri diurni anziani-casa albergo-CAG-CRD	Educatori / Collaboratore Amministrativo / Assistente Sociale	Assistente Sociale Educatore
comunità educative per minori-comunità familiari-alloggi per l'autonomia	Educatori / Collaboratore Amministrativo / Assistente Sociale	Assistente Sociale Educatore Psicologo
CRD-CSE-SFA-APA-CASA	Educatori / Collaboratore Amministrativo / Assistente Sociale	Assistente Sociale O Educatore Infermiere

In caso di particolare complessità l'équipe può essere integrata da un dirigente.

Le strutture sociali, soprattutto per quelle che ospitano anziani, possono accogliere persone autosufficienti che, in caso di peggioramento delle condizioni psico fisiche con perdita dell'autosufficienza, devono essere ricollocate in strutture socio sanitarie o sanitarie. Per tali situazioni l'équipe di vigilanza è integrata da personale sanitario.

### Interazione con DIPS nel 2019

L'attività di vigilanza effettuata dal DIPS è in carico a differenti UO ad esso afferenti; così l'UO Impiantistica controlla i requisiti tecnologici, l'UO Igiene Pubblica i requisiti strutturali e lo PSAL vigila la sicurezza luoghi di lavoro.

Poiché la DGR 1046/2018 (Regole 2019) prevede esplicitamente il coinvolgimento del DIPS nella vigilanza delle U.d.O. Socio assistenziali, si è concordato che l'UO Igiene Sanità Pubblica si sarebbe dedicata alle U.d.O. Socio assistenziali come indicato da normativa, mentre la UOSD avrebbe vigilato, per gli aspetti strutturali, sulle strutture socio sanitarie.

Al fine di garantire un coordinamento delle attività, in fase di programmazione, si è richiesto

esplicitamente alle altre UO del DIPS interessate (Impiantistica, PSAL) quali tipologie di U.d.O. intendessero sottoporre a sorveglianza, in relazione alle risorse disponibili.

L'UOC Impiantistica ha indicato il controllo su 50 U.d.O., selezionate secondo il criterio della maggior complessità impiantistica e/o numero di ospiti (RSA, RSD, Hospice,...). Mentre l'UOC PSAL ha indicato specifiche tipologie di U.d.O. (RSA, RSD, CDI, CDD, Post Acuti), oltre a specifiche Misure (RSA Aperta e Residenza assistita).

Successivamente, definito l'elenco completo delle strutture soggette a verifica, lo si è trasmesso alle UO sopracitate chiedendo l'indicazione puntuale di quali U.d.O. sarebbero state vigilate, in caso i controlli di loro pertinenza non fossero effettuati sull'elenco in toto.

Tale elenco è stato condiviso con l'indicazione delle date di sopralluogo ipotizzate, al fine di favorire una programmazione congiunta e quanto più possibile contestuale.

Per una maggiore efficienza delle comunicazioni inter dipartimentali/strutturali si è congiuntamente ribadito l'utilizzo di un ramo condiviso della rete aziendale, dove inserire copia dei verbali di sopralluogo e mantenere aggiornato un file di avanzamento lavori.

### 11.2.2 Procedure qualità

Nel corso del 2018 è stata revisionata la procedura "Gestione SCIA e accreditamento socio sanitario". Un gruppo di lavoro costituito da operatori delle due aree territoriali dell'ATS (Lecco e Monza) ha lavorato sui contenuti ed ha elaborato il documento finale che descrive le fasi procedurali da seguire alla presentazione di nuove istanze socio sanitarie. Terminato il 15/10/2018 con l'emissione della procedura stessa. Nel corso del 2018 le UOS Vigilanza e Controllo delle due aree territoriali sono state coinvolte nelle attività di audit. Ai fini della conferma della certificazione ISO dell'ATS, nel primo semestre la sede di Lecco è stata una delle UO auditate dall'ente certificatore esterno, mentre nel secondo semestre la sede di Monza è stata sottoposta ad audit interno con analisi di un processo (attività di vigilanza in ambito socio sanitario) e ne è scaturita la necessità di revisione della relativa procedura.

Per il 2019 è stata pianificata la revisione di 2 procedure di processo: "Vigilanza in ambito socio sanitario" e "Vigilanza in ambito sociale". I lavori saranno condotti con le medesime modalità del 2018.

Nella programmazione annuale degli audit interni dell'ATS, in via di definizione, sarà individuato un processo comune alle due UOS Vigilanza e Controllo da sottoporre a verifica con audit interno.

Nel corso dell'anno è altresì prevista l'omogeneizzazione e l'uniformazione di strumenti e documenti (es. verbali sopralluogo) utili allo svolgimento dell'attività di vigilanza e controllo in ATS, indipendentemente dalla territorialità.

### 11.2.3 Fondo Vigilanza

L'attività di Vigilanza ha a disposizione un fondo dedicato con il quale potenziare le proprie risorse. Le disponibilità sono riportate nella seguente Tabella

Tab Assegnazioni economiche Fondo Vigilanza

riferimento	importo all'01.01.2018	costi 2018	fondo 2018	totale a disposizione all'01.01.2019*
A bilancio 2018 ATS Brianza	441.408	33.855	125.066	532.619

\*di cui euro 146.345,24 già impegnati nel corso del 2018 per gli anni 2019 e 2020

L'utilizzo effettuato nel corso del 2018 è evidenziato come di seguito

Tab Utilizzo Fondo Vigilanza anno 2018

DETTAGLIO COSTI ANNO 2018 ATS BRIANZA	
causale	anno 2018
Personale per vigilanza	26.293
Formazione	7.561
<b>TOTALE</b>	<b>33.855</b>

#### 11.2.4 Investimenti anno 2019

La programmazione d'investimenti, per l'anno 2019, è delineata nella successiva tabella.

causale	accantonamenti anni precedenti	previsione costi anno 2019
Decreto n. 12674 del 23.12.2014 ex ASL Lecco	6.704	
Decreto n. 11036 del 04.12.2015 ex ASL MB	90.840	
Decreto n. 11036 del 04.12.2015 ex ASL Lecco	59.806	
Decreto n. 12477 del 29.11.2016	125.100	
Decreto n. 6823 del 09.06.2017	125.097	
Decreto n. 11481 del 02.08.2018	125.066	
Formazione del personale		32.000
Acquisto attrezzature HW		10.000
Personale dirigenza ruolo sanitario T.D. (n. 1 Medico – da assumere)		51.589
Personale comparto ruolo sanitario T.D. (n. 2 infermieri professionali – scadenza 31.12.2020)		66.108
Personale comparto ruolo sanitario T.D. (n. 2 tecnici prevenzione da assumere)		43.294
Personale comparto ruolo tecnico T.D. (n. 2 assistenti sociali da assumere)		43.294
Personale comparto ruolo amministrativo T.D. (n. 2 assistenti amministrativi – da assumere)		36.204
IRAP Personale anno 2019		16.033
<b>Totale</b>	<b>532.613</b>	<b>298.522</b>

#### 11.2.5 Formazione 2019

Nel 2018 sono stati portati a termine tutti gli eventi formativi previsti nel piano controlli. In particolare.

- **Flussi e vigilanza: analisi di sistemi** – formazione sul campo, autogestita dagli operatori: le equipe delle due sedi territoriali, in particolare di appropriatezza, hanno migliorato la conoscenza dei flussi regionali di tutte le tipologie di strutture, identificando gli item maggiormente significativi per condurre una analisi propedeutica alle visite ispettive, atta ad identificare le criticità emergenti.

- **La qualità nelle strutture socio-sanitarie: CSS** – corso rivolto alle CSS, finalizzato – come già fatto nel 2017 per i CDD – al trasferimento di competenze in tema di migliorare la capacità di scrivere procedure e protocolli. Il corso è stato condotto da una esperta di sistemi di gestione della qualità.
- **Le sanzioni in ambito socio-assistenziale:** Il corso, rivolto alla delicata questione dell'erogazione di sanzioni in ambito socio-assistenziale, condotto da un avvocato esperto, ha visto come valore aggiunto la presenza in aula anche degli Uffici Unici/Ufficio dei Piani.
- **Intercettare i cambiamenti e sperimentare modelli condivisi** – il corso di tre giornate, condotto da un docente della Università Bicocca, esperto di modelli di organizzazione socio-sanitaria, ha iniziato a porre le basi teorico-pratiche, a partire dalle sollecitazioni date dalla legge 23, per progettare una sperimentazione congiunta di vigilanza tra i due diversi ambiti provinciali
- **Documentazione socio-sanitaria: il FaSaS:** convegno indirizzato alle strutture socio-sanitarie con riferimento alla gestione, implicazioni medico-legali anche alla luce della Lg. 24/2017 (Decreto Gelli Bianco). Ampia partecipazione. Tra i relatori anche funzionari della Regione Lombardia.

L'attività di formazione per il 2019 è stata progettata per rispondere sia alla necessità di proseguire nell'attuazione della legge 23, uniformando protocolli e procedure, a partire dalle esperienze maturate nelle ex ASL delle province di Lecco e di Monza, sia per attuare il mandato regionale, espresso anche nelle regole 2019, di accompagnare e formare le Unità d'Offerta, allo scopo di implementare la qualità.

Nel 2019, di conseguenza, si allestiranno i seguenti Corsi:

- **Diffide e sanzioni nella vigilanza delle U.d.O. socio sanitarie e sociali: una applicazione complessa.** Il corso sarà svolto in collaborazione con la UOC Accreditamento Controllo e Vigilanza Strutture Sanitarie, in modo da ottimizzare le risorse formative (nello specifico l'avvocato che ha redatto la parte relativa alle sanzioni della DGR 2569/2014). Le due vigilanze godranno di un momento formativo frontale comune in cui si esamineranno le norme relative a diffide e sanzioni e due momenti specificamente dedicati all'analisi di casistica divisa per settore
- **La vigilanza nelle strutture sociali: la forza di un sistema integrato.** Con la finalità di migliorare la competenza in ambito di vigilanza e controllo delle strutture sociali, favorendo una migliore integrazione tra ATS e Uffici Unici. L'obiettivo finale è la produzione di un documento conclusivo condiviso tra Enti.
- **La mediazione: una opportunità di esprimere al meglio i propri modelli di lavoro.** Il corso vuole essere una occasione per migliorare la qualità della comunicazione dei propri modelli di lavoro tra le UOS.
- **Flussi e U.d.O. socio sanitarie: una necessità per il sistema ed una opportunità per i professionisti coinvolti nella classificazione della fragilità.** E' questa una formazione sul campo che risponde alla richiesta regionale di offrire un miglioramento continuo alle strutture. Si affronta con un funzionario regionale la corretta compilazione dei SoSIA.

#### 11.2.6 Segnalazioni area socio sanitaria

Le fonti delle segnalazioni sono di differente natura, dall'URP aziendale, da Organi od Enti terzi (ad esempio NAS, altre ATS) oppure direttamente da cittadini o professionisti socio/sanitari.

Dopo una prima valutazione di competenza, si attivano le azioni ritenute più opportune quali ad esempio incontri, sopralluoghi, approfondimenti documentali anche tramite accesso agli atti, o controlli *in itinere* ed *ex post* (in caso di ADI).

L'iter, in caso si riscontrino effettivamente carenze di requisiti o inapproprietezze, si può concludere con atto di diffida ed irrogazione di sanzione. Nel caso delle Misure, si provvede anche a segnalare la criticità all'Ufficio competente della ATS Brianza in materia di rendicontazione economica per la decurtazione del titolo in oggetto, come previsto da DGR 2942/2014 allegato B.

Una volta concluso l'iter s'invisano le risposte all'URP dell'ATS che provvede a darne comunicazione al segnalante o all'autorità giudiziaria.

Nella provincia di Lecco: Nell'anno 2018 sono pervenute 3 segnalazioni tutte relative a RSA, in tutti e 3 i casi si è proceduto ad effettuare sopralluogo presso la struttura indicata nella segnalazione. Solo in 1 caso si è emessa sanzione a seguito del sopralluogo mentre negli altri 2 casi non sono emerse particolari criticità. Si sono comunque suggerite azioni di miglioramento.

Nella provincia di Monza: Nell'anno 2018 sono pervenute in totale n. 22 segnalazioni a carico di diverse tipologie di U.d.O. Socio sanitarie (1 CDD, n. 10 RSA, 1 Hospice, n. 2 RSD, n. 3 ADI, n. 3 presso la stessa U.d.O. di RIA Ambulatoriale, n. 1 UCP-Dom, n. 1 CDI/ADI)

N. 14 segnalazioni sono state gestite in sede, attraverso approfondimento e risposta al segnalante; per le altre n. 14 è stato programmato sopralluogo presso la U.d.O. oggetto di segnalazione.

Nel caso in cui la U.d.O. fosse già stata campionata nel campione di vigilanza routinaria, l'approfondimento in merito alla segnalazione ha completato il sopralluogo ispettivo routinario; negli altri casi è stata condotto un sopralluogo straordinario, anche in congiunta con la UOSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici Strutture Erogatrici, e/o con altri servizi del DIPS. In n. 4 casi la verifica ha avuto come esito diffida e sanzione per carenza di requisiti minimi e/o di accreditamento.

#### 11.2.7 Segnalazioni area sociale

Sono pervenute all'UOS Vigilanza e Controllo di Monza n° 6 segnalazioni.

Per una U.d.O. "Asilo nido", si è effettuato il controllo, su segnalazione dell'Ufficio Unico di Vimercate, concluso con esito positivo.

Nel mese di aprile è stata richiesta dal Sindaco di Veduggio con Colzano una vigilanza su una U.d.O. non classificata, che ospitava 10 ospiti gravemente fragili: l'istruttoria è stata appesantita da ricorsi al TAR ed al Consiglio di Stato, con esito conclusivo favorevole per Comune e ATS. Ha visto coinvolto fortemente la UOS Vigilanza e Controllo e i MMG degli ospiti, con impatto notevole sulle attività di vigilanza pianificate. Per una U.d.O., di tipologia non definita ma indicata dal Gestore come Tagesmutter, si è effettuato il controllo in congiunta con la Polizia Locale di Bovisio e il Tecnico della Prevenzione ISP: la pratica si è appena conclusa con la presentazione dell'Ente Gestore di 4 nuove CPE.

Per un'altra segnalazione, relativa ad un Nido Famiglia, si è effettuato il controllo, conclusosi con l'accertamento di un illecito amministrativo.

Sono pervenute due richieste da parte della Polizia Locale per una U.d.O. di Giussano e una di Macherio. L'equipe di vigilanza ha svolto il sopralluogo ispettivo in congiunta con la Polizia Locale del Comune di Macherio/Sovico e il Tecnico della Prevenzione ISP.

Non è pervenuta alcuna segnalazione relativa a disservizi o carenze all'interno di unità d'offerta sociali della Provincia di Lecco.

## 12 ATTIVITÀ DI VIGILANZA - U.d.O. SOCIO SANITARIE

### 12.1 CONTROLLO AMMINISTRATIVO DEI FLUSSI DELL'AREA SOCIO SANITARIA

#### 12.1.1 Consuntivo attività 2018

Il controllo del debito informativo delle prestazioni socio-sanitarie ha riguardato:

- il flusso Consultori
- il flusso SOSIA delle RSA
- il flusso RIAFAM delle strutture di riabilitazione
- il flusso SDOFAM dell'Hospice e delle strutture di riabilitazione residenziali
- il flusso economico FE
- il popolamento del flusso RETE U.D.O. ASSI e del Flusso AFAM
- la validazione del Flusso CDI e del Flusso SIDI

Il controllo ha riguardato il 100% dei record ricevuti dagli erogatori preliminarmente al loro invio in Regione. Il debito informativo è stato assolto trimestralmente nei termini previsti dalla DG Welfare. I controlli sui flussi sono effettuati utilizzando specifici supporti informatici in linea con i tracciati record regionali e aggiornati periodicamente secondo le novità normative. Attraverso il flusso FE è stata garantita la rendicontazione economica di tutte le prestazioni socio sanitarie erogate sul territorio nel 2018.

Tab Attività di controllo amministrativo

TIPOLOGIA U.D.O.	FLUSSO	n. record inviati 2018
Consultori pubblici/privati	CON	185.358
Flusso ECONOMICO FE 110.212	FE	107.615
RIA	RIA-FAM	54.848
RIA- HOS	SDO-FAM	4.301
RSA	SOSIA 1	105.323

Per quanto riguarda il Flusso Rete U.d.O. ASSI, introdotto nel corso del 2013, è stato popolato solo con i dati delle U.d.O. afferenti alla Riabilitazione secondo le indicazioni regionali. Parallelamente è stato effettuato l'aggiornamento di AFAM.

Nel corso del 2018 sono state regolarmente svolte le attività di validazione e di monitoraggio d'invio del Flusso CDI che alimenta il flusso ministeriale di competenza regionale e il flusso SIDI attraverso la piattaforma SMAF (Sistema Modulare Accoglienza Flussi). E' stato garantito agli operatori delle strutture il supporto necessario per il corretto utilizzo delle piattaforme.

#### 12.1.2 Obiettivi di verifica per l'anno 2019

Per l'anno 2019 si confermano i controlli amministrativi già effettuati nell'anno precedente ormai consolidati.

Saranno implementate le funzioni dello specifico applicativo in uso per adeguarlo alle modifiche introdotte dalla DGR 1046 del 17/12/2018 e dalle successive circolari regionali.

É mantenuta la specifica formazione sul campo degli operatori addetti in modo da garantire un ulteriore miglioramento della qualità del dato raccolto/inviato.

## 12.2 CONTROLLO REQUISITI SOGGETTIVI

## 12.2.1 Consuntivo attività 2018

**Verifica autocertificazioni**

Entro il 31/01/2018 sono state richieste agli Enti Gestori di strutture socio sanitarie le autocertificazioni e le dichiarazioni sostitutive relative ai requisiti soggettivi di esercizio accreditamento come pure, entro il 28/02/2018, sono state richieste le dovute autocertificazioni relative al requisito del modello organizzativo D. Lgs. 231/01 e del Codice Etico.

Le certificazioni pervenute con PEC al protocollo ATS Brianza sono state valutate e salvate in cartelle dedicate nel rispetto della L. 196/2003.

La DGR 5954/2016 al punto 13.8 sottolinea le modalità e quantità dei controlli sulle autocertificazioni sottoscritte ai sensi del DPR 445/2000. Prevede un controllo, definisce la scelta del campione in parte mirato e in parte casuale.

Come previsto dal piano controlli sono state verificate:

1. 10% delle autocertificazioni annuali
2. 100% delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione a istanze e SCIA;
3. Controllo su casi particolari

La verifica ha comportato la richiesta alle pubbliche amministrazioni per l'acquisizione dei certificati del Casellario Giudiziale, ai Tribunali per le procedure concorsuali, all'Agenzia delle Entrate per la regolarità contributiva e alla Provincia per l'ottemperanza alla Legge 68/99.

Per il requisito della continuità gestionale e finanziaria è stata acquisita e valutata la relazione dei revisori sull'ultimo bilancio approvato.

Per quanto riguarda la certificazione antimafia è stata effettuata la richiesta alle Prefetture dell'informativa o comunicazione antimafia.

Tab

Controlli requisiti soggettivi ATS

Tipologia Controlli	ATS	Prov. Lc	Prov. Mb
Campione casuale + mirato (accreditamento + requisiti di stipula contratto art 80 DLGS 50/2016- ex art.38 DLGS 163/2016)	19	5	14
Requisiti soggettivi per stipula del contratto (art 80 DLGS 50/2016- ex art.38 DLGS 163/2016) (Vulture)	3	0	3
Istanze (requisiti di accreditamento)	11	3	8
Cambio componente CDA/legale rappresentante	9	1	8
<b>TOTALE</b>	<b>42</b>	<b>9</b>	<b>33</b>

**Attività sanzionatoria**

Visite ispettive 2018 su U.d.O. vigilate nel 2017 cui è stata irrogata sanzione

Tab Visite su U.d.O. sanzionate anno precedente

Tipologia U.d.O.	Motivo Diffida/Sanzione	N° casi
RSA	Carenza documentazione gestionale	4
RSA	Carenza standard di personale + Carenza documentazione gestionale	1
RSA	Mancanza di protocollo	1



RSA	Carenza standard di personale	1
RSA	Carenza requisiti strutturali	1
CSS	Carenza documentazione gestionale	3
CDD	Carenza documentazione gestionale	1
CDI	Carenza standard di personale	1
RSD	Carenza documentazione gestionale	1
RSA	Carenza protocolli, carta dei servizi	1
ADI	Carenza protocolli e FASAS	2
RSA Aperta	Carenza FASAS, carta dei servizi, elenco personale	1

### Sanzioni amministrative irrogate nel 2018

Tab Sanzioni amministrative irrogate nel 2018

TIPOLOGIA	Motivazione	N° casi
CDD	Superamento capienza massima prevista	1
CSS	Carenza di requisiti organizzativi gestionali	1
RSA	A seguito segnalazione carenza requisiti organizzativi gestionali	1
Misura 2	Carenza requisiti strutturali	1
ADI vigilanza	Carenza piano di lavoro, programma annuale, formazione	1
CDI	Carenza documento organizzativo gestionale	1
CDI	Carenze requisiti strutturali (impiantistiche)	2
RIA Amb	Carenza protocolli, personale, CDC	1
RSA	Carenza requisiti strutturali (igienico-sanitarie)	1
RSA	Carenza personale obbligatorio	1
RSD	Carenza protocolli, personale + carenze requisiti strutturali (igienico-sanitari)	1
RSA	Carenza protocolli, FASAS + carenze requisiti strutturali igienico-sanitari)	1
RSA	Carenza protocolli + carenze requisiti strutturali (igienico-sanitari)	1
ADI	Carenza protocolli, FASAS	1
Post Acuti	Carenze requisiti strutturali (igienico-sanitari)	1
ADI in itinere	Assenza PAI a domicilio, carenza FASAS, carenza applicazione protocolli	1
ADI in itinere	Assenza PAI a domicilio	1
Com. Dip	Carenza programma annuale + carenza requisiti strutturali (igienico-sanitari)	1
CDI	Carenza protocolli + carenze requisiti strutturali (igienico-sanitari)	1

Nell'ambito territoriale di Monza il riscontro di inapproprietezza in ADI (4 U.d.O. su 5 FASAS), ha determinato la proposta all'Ufficio ATS competente di decurtazione economica dei titoli incoerenti, per un totale di 937.80 €.

Inoltre, il rilievo di ricoveri inappropriati (2 casi in Nucleo Alzheimer, presso una RSA), o il mancato mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento presso 4 RSA Aperta ed una Residenzialità Assistita ha determinato la proposta all'Ufficio ATS competente, per la decurtazione economica dovuta di cui non è ancora disponibile la valorizzazione economica.

#### 12.2.2 Obiettivi di verifica per l'anno 2019

L'attività sarà svolta con la medesima metodologia dell'anno precedente, salvo l'emanazione di nuova normativa o indicazioni.

## 12.3 AVVIO NUOVE STRUTTURE SOCIO SANITARIE O MODIFICHE DI STRUTTURE ESISTENTI

12.3.1 *Consuntivo attività 2018*

La verifica del possesso dei requisiti necessari alla messa in esercizio, a seguito di SCIA è attuata in collaborazione con le UO del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria e della UOSD “ Verifica requisiti strutturali e tecnologici strutture erogatrici”.

Tab Avvio nuove Strutture- modifica esistenti ATS

Tipologia U.d.O.	Tipologia ISTANZA	Capacità Ricettiva	Verifica 90 gg
ADI	SCIA Trasferimento Sede	NP	31/01/2019
CF	SCIA Trasferimento Sede	NP	11/02/2019
CDI	SCIA contestuale accreditamento	30	05/10/2018
SERT (NOA)	SCIA contestuale accreditamento per modifica attività preesistente + trasferimento sede	NP	16/07/2018
RSA	SCIA contestuale accreditamento ampliamento accreditamento da 42 a 44 PL	44	anno 2019
CF	SCIA Modifica Spazi	NP	DND
RSA	SCIA contestuale accreditamento	120	anno 2019
RSA	SCIA contestuale accreditamento	80	anno 2019
CDI	SCIA contestuale accreditamento	18	anno 2019
CDI	SCIA	15	NP
SRM	Riclassificazione	36	16/10/2018
CDI	Voltura	15	06/02/2019
Villaggio ALZ	Sperimentazione	64	NP
CDI	Revoca Accreditamento	30	NP
ADI	Revoca Accreditamento	NP	NP
UCP-Dom	Revoca Accreditamento	NP	NP
	Riconoscimento Ente unico	NP	NP
RSD	SCIA contestuale accreditamento ulteriori 3 PL	39	13/03/2019
IDR	SCIA contestuale accreditamento (spostamento 10 posti CDC di Ente Unico al altra U.d.O.)	NP	16/01/2018
IDR	SCIA contestuale accreditamento ulteriori 10 PL	34	23/01/2018
UCP Dom	Riclassificazione	NP	08/01/2018
SRM	Riclassificazione	40	31/10/2018

Nell'area di Lecco, durante l'anno 2018, i procedimenti per le SCIA e SCIA con contestuale accreditamento si sono conclusi tutti con esito positivo.

Nell'area di Monza, quattro SCIA – relative a tipologie di strutture differenti- sono state interrotte con diffida a conformare prevalentemente per carenza/mancanza di requisiti o per vizi formali nell'istanza presentata.

E' stata avviata sperimentazione per Villaggio Alzheimer di 64 P.L., come da deliberazione ATS Brianza n. 389 del 15/06/2018.

Si è, inoltre, provveduto alla revoca dell'accREDITAMENTO di due U.d.O. (ADI ed UCP-Dom) su richiesta degli Enti Gestori senza alcun impatto sull'offerta all'utenza poiché già con scarsa produttività.

12.3.2 *obiettivi di verifica per l'anno 2019*

L'attività sarà svolta con la medesima metodologia dell'anno precedente, salvo l'emanazione di nuova normativa o indicazioni.

## 12.4 VIGILANZA U.D.O. INTERESSATE A PIANI PROGRAMMA, CON AUTORIZZAZIONE PROVVISORIA

### 12.4.1 *Consuntivo attività 2018*

Nel 2018 solo La Nostra Famiglia di Bosisio Parini risultava ancora in Piano Programma. Il Piano Programma è relativo ad adeguamenti strutturali di tutte le U.d.O. gestite dall'Associazione La Nostra Famiglia che comprendono sia strutture sanitarie che strutture socio sanitarie. Durante l'anno sono state effettuate 2 verifiche documentali semestrali.

### 12.4.2 *Obiettivi di verifica per l'anno 2019*

L'attività sarà svolta con la medesima metodologia dell'anno precedente, salvo l'emanazione di nuova normativa o indicazioni.

## 12.5 ATTIVITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI SCIA E ISTANZE DI ACCREDITAMENTO

### 12.5.1 *Consuntivo attività 2018*

Nulla da segnalare relativamente alla verifica dei requisiti SCIA e istanze di accreditamento nel 2018.

### 12.5.2 *Obiettivi di verifica per l'anno 2019*

L'attività sarà svolta con la medesima metodologia dell'anno precedente, salvo l'emanazione di nuova normativa o indicazioni.

## 12.6 VIGILANZA EXTRA CAMPIONE

### 12.6.1 *Consuntivo attività 2018*

Nulla da segnalare relativamente alla vigilanza extra campione nel 2018.

### 12.6.2 *Obiettivi di verifica per l'anno 2019*

Si effettuerà un'attività di vigilanza, aggiuntiva al campionamento programmato, al fine di controllare sia U.d.O. che nell'anno precedente sono state soggette a diffida, sia U.d.O. già ispezionate nell'arco del triennio; in quest'ultimo caso l'attività di tipo "estemporaneo" è svolta al fine di indurre nelle strutture la consapevolezza dell'assenza di una vigilanza basata su periodicità definita, generando quindi una tensione al mantenimento dei requisiti di accreditamento ed appropriatezza.

Nell'area di Monza, il notevole numero di diffide e sanzioni, seguite anche ad un incremento di segnalazioni, non consente, data anche la dotazione organica in sofferenza, di pianificare extra-campione: la vigilanza rotuinaria sarà effettuata in orari differenti ( al mattino molto presto) o in giorni festivi.

Tab Vigilanza Extra campione

Tipologia U.d.O.	Motivo	U.D.O. da vigilare			N° FaSas programmati		
		Prov. LC	Prov. MB	ATS	Prov. LC	Prov. MB	ATS
RSA	Extra campione	2		2	16		16
CDI	Extra campione	1		1	5		5
RSD	Extra campione	1		1	4		4
CURE INTERMEDIE	Extra campione	1		1	11		11
COMUNITA DIPENDENZE	Extra campione	1		1	4		4
ADI	Extra campione	1		1	7		7
UCP Dom	Extra campione	1		1			
COMUNITA DIPENDENZE	Post diffida		1	1			
CDI	Post diffida		2	2			
ADI accreditata ATS Brianza (2)	Post diffida		1	1		1	1
ADI accreditata fuori ATS (3)	Post diffida		4	4		4	4
RIA Amb-Dom-CDC	Post diffida		1	1			
RSA	Post diffida: solo verifica standard		1	1			
CDD	Post sanzione	1		1	4		4
CSS	Post sanzione	1		1	2		2
RSA	Post sanzione	1	3	4	18		18
U.d.O. Legge 3 Residenzialità Assistita	Post sanzione	1	0	1	1		1
RSA	90 gg		4	4			
Consultorio familiare	90 gg		1	1			
CDI (1)	90 gg		1	1			
ADI	90 gg		1	1			
RSA	Conclusione procedimento scia contestuale		2	2			
CDI	Conclusione procedimento scia interrotta		1	1			
Villaggio Alzheimer	Verifica progetto sperimentale		1	1			
<b>TOTALE</b>		<b>12</b>	<b>24</b>	<b>36</b>	<b>72</b>	<b>5</b>	<b>77</b>

(1) U.d.O. già conteggiata come routinaria: con lo stesso sopralluogo si verificheranno i 90 gg

(2) n.1 U.d.O. già conteggiata come routinaria: con lo stesso sopralluogo si completerà il controllo post diffida

(3) le 4 U.d.O. oggetto di controllo post diffida verranno ricomprese nel campione calcolato per le verifiche di appropriatezza

## 12.7 VIGILANZA E CONTROLLO EX ARTT. 23 E 25 C.C. PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO

### 12.7.1 Rete d'offerta

Persone giuridiche di diritto privato iscritte al Registro Regionale afferenti al territorio di Monza e Brianza sono n. 64 – e a quello di Lecco sono n. 38, per un totale di n. 102 iscrizioni

### 12.7.2 Strumenti per il controllo

In data 12.10.2017 l'ATS di Brescia, su indicazione di Regione Lombardia, ha trasmesso n. 2 file aggiornati al 18.10.2017 relativi alle Persone giuridiche di diritto privato iscritte al Registro Regionale afferenti al territorio di Monza e Brianza. Ai fini dell'individuazione del campione delle Persone giuridiche di diritto privato oggetto di controllo nell'anno 2018, la Commissione nella seduta del 21.2.2018 ha utilizzato i seguenti criteri:

- determinare il n° delle Persone giuridiche di diritto privato da controllare nel corso del 2018 calcolando il 10% sul totale, al netto delle n. 9 Persone giuridiche di diritto privato che risultano cancellate o estinte;
- escludere le Persone giuridiche di diritto privato che sono state oggetto di verifica negli anni 2015, 2016 e 2017;
- includere nel campione:
  - l'Associazione (omissis), inserita nell'elenco delle persone giuridiche private da vigilare nell'anno 2017, ma non vigilata in quanto non pervenuta la documentazione in tempo utile per i necessari controlli;
  - l'Associazione (omissis), già inserita nell'elenco delle persone giuridiche private da vigilare nell'anno 2017, in quanto i controlli effettuati dalla Commissione hanno evidenziato criticità tali da richiedere un approfondimento utile a verificare l'adozione, nel corso del 2018, degli adempimenti necessari all'equilibrio di bilancio;
  - la Fondazione (omissis) poiché, la Commissione di vigilanza ex artt 23 e 25 c.c. dell'ATS della Brianza deve effettuare – congiuntamente al Comitato di Sorveglianza Regionale- un monitoraggio della sperimentazione gestionale con cadenza trimestrale
- individuazione casuale delle restanti 6 Persone giuridiche di diritto privato, in modo proporzionale tra quelle insistenti sul territorio di Lecco, n.2 (su 38) e Monza, n.4 (su 64).

L'elenco della documentazione richiesta alle fondazioni /associazione è stata la seguente:

1. atto costitutivo;
2. statuto;
3. delibere del C.d.A relative all'anno 2017;
4. bilancio economico-patrimoniale degli ultimi tre esercizi in forma estesa (bilanci in formato UE con nota integrativa), bilancio contabile a chiusura esercizi analitici e verbali di approvazione;
5. indicazione dei principi contabili seguiti nella redazione dei bilanci, in particolare con riguardo alla valutazione di immobilizzazioni, rimanenze e crediti (se non indicati già in nota integrativa);
6. relazioni dell'organo di controllo circa la situazione economico-finanziaria riferiti agli ultimi tre esercizi;
7. relazioni trimestrali dell'ultimo esercizio e situazioni contabili relative all'esercizio in corso;
8. copia libro degli inventari e libro cespiti degli ultimi 3 esercizi;
9. piani di ammortamento per debiti/mutui a medio lungo termine;
10. scheda sintetica situazione fiscale e dichiarazioni presentate negli ultimi 3 esercizi;
11. elenco delle eventuali istanze e contenziosi tributari in essere con gli uffici dell'amministrazione finanziaria;
12. elenco dei contenziosi in essere e scheda sintetica di descrizione di ciascun procedimento (comprese vertenze di lavoro).

DGR n. 6431 del 03.04.2017 che affida alla Commissione di vigilanza il monitoraggio della sperimentazione gestionale della Fondazione MBBM.

### 12.7.3 Attività di controllo – anno 2018

Le Persone giuridiche di diritto privato vigilate nell'anno 2018 sono declinate nella tabella di seguito riportata.

Associazione Guida Oncologica	Monza
Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma	Monza
Associazione Busnago Soccorso Onlus	Busnago (MB)
Fondazione La Rosa d'Argento Onlus	Ronco Briantino (MB)
Fondazione G. Scola Onlus	Besana Brianza (MB)
A.I.A.S. – Associazione Italiana per l'Assistenza agli Spastici	Monza
Associazione Vivere Aiutando a Vivere	Usmate-Velate (MB)
Fondazione F.Ili Frassoni	Lecco
Fondazione Centro La Rosa Onlus	Nibionno (LC)

Tutte le Persone giuridiche di diritto privato hanno risposto alla nota inviata, inviando la documentazione richiesta.

A seguito di verifica documentale dei bilanci, della situazione economico-finanziaria e degli aspetti giuridico-formali delle Persone giuridiche di diritto privato selezionate per l'anno 2018, la Commissione ha redatto i verbali:

- 02 Associazione Busnago Soccorso Onlus
- 04 A.G.O. – Associazione Guida Oncologica
- 05 Fondazione La Rosa d'Argento
- 06 Fondazione Giuseppina Scola
- 07 AIAS – Associazione Italiana per l'assistenza agli spastici
- 08 Associazione Vivere Aiutando a Vivere
- 09 Fondazione F.Ili Frassoni
- 10 Fondazione Centro La Rosa

La DGR n. 6431 del 03.04.2017 affida alla Commissione di vigilanza il monitoraggio della sperimentazione gestionale della Fondazione MBBM che deve essere effettuato con cadenza trimestrale congiuntamente al Comitato di Sorveglianza Regionale. La Commissione da mandato al Direttore Amministrativo e al Coordinatore della commissione di effettuare il monitoraggio, come richiesto da DGR, nel corso del 2018 sono stati effettuati il monitoraggio del Bilancio d'esercizio 2017 e il monitoraggio dei dati previsionali inviati al I semestre 2018.

### 12.7.4 Obiettivi di verifica per l'anno 2019

La Commissione si riunirà per la consueta definizione delle Persone giuridiche di diritto privato da vigilare nel 2019 entro il primo semestre 2019.

L'attività sarà svolta con la medesima metodologia dell'anno precedente, salvo l'emanazione di nuova normativa o indicazioni.

## 13 CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA E VERIFICHE MANTENIMENTO REQUISITI U.d.O. SOCIO SANITARIE

### 13.1 Consuntivo attività 2018

L'équipe ha proceduto prima al controllo di appropriatezza e successivamente alla verifica della

permanenza dei requisiti di esercizio e accreditamento. Il controllo di appropriatezza valuta la completezza della documentazione socio-sanitaria (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; oltre al fatto che alcuni degli items rilevati in sede di sopralluogo sono previsti nella check list della successiva vigilanza routinaria.

Alla luce dei rilievi emersi in appropriatezza, è quindi condotto adeguato approfondimento e ulteriore valutazione nel corso della verifica routinaria dei requisiti di esercizio e accreditamento.

Le verifiche sui requisiti igienico sanitari, strutturali e tecnologici sono state effettuate dai colleghi del DIPS/UOSD.

Nell'anno 2018 si è visto, nell'attività di vigilanza inerente i requisiti strutturali-tecnologici, il subentro della UOSD (Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici Strutture Erogatrici) alle strutture afferenti al DIPS. Independentemente dalle UO operanti, le attività ispettive sono state concordate al fine di agire con modalità congiunta.

Le criticità correlate al recupero dei dati sono sempre state superate con la collaborazione fattiva tra i componenti delle équipe.

Nell'ambito del 30% delle strutture socio sanitarie individuate per il 2018, sono stati garantiti i controlli sugli utenti rendicontati nel 2018, in percentuale rispettivamente del:

- 11.5% dei FASAS per le U.D.O. in regime residenziale e semiresidenziale,
- 3.5% dei FASAS per le U.D.O. in regime ambulatoriale e domiciliare.

Anche per quanto riguarda l'ADI è stato garantito il controllo almeno del 3.5 % di FASAS rispetto al numero di pazienti che hanno usufruito di voucher nell'anno 2018 per ogni Gestore, sia accreditato in ATS Brianza che fuori ATS; in quest'ultimo caso il campione del 3.5% è stato controllato solo *in itinere*. Per i Gestori accreditati in ATS Brianza il 3.5% del campione è stato raggiunto con mix ottenuto con controllo *in itinere* ed *ex post*.

Il campionamento dei FASAS è stato definito con metodologia mista, 70 % casuale e 30% mirata; tranne il caso dei consultori dove le due percentuali sono state del 50% ciascuna.

In relazione alle condizioni organizzative, le visite ispettive sono state precedute da un'attenta analisi dei flussi relativi al trimestre precedente, al fine d'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 e/o motivate ragioni.

In occasione di visite ispettive presso U.D.O. residenziali e semiresidenziali è sempre stata garantita una visita preliminare all'interno della struttura, al fine di verificare direttamente ed eventualmente, con interviste o con l'acquisizione di evidenza documentale, la situazione organizzativo-gestionale, la pulizia dei locali e delle stanze degli ospiti, l'igiene della persona, le attività in corso, per cogliere tutti gli elementi capaci di meglio orientare l'attività di controllo di appropriatezza, contestualizzandolo all'interno dell'effettivo operare della struttura. L'osservazione diretta conferma la sua importanza nella verifica puntuale della congruenza e coerenza tra la valutazione dei bisogni, la definizione degli obiettivi inseriti nei Progetti Individuali e l'attività programmata ed effettuata.

La verifica dei requisiti di appropriatezza è stata effettuata attuando le modalità e gli strumenti previsti dalla DGR X/1765 dell' 8/5/2014 e s.m.i.

Tab Controllo Appropriatezza 2018-ATS

Tipologia di unità d'offerta campionata	N° FaSas vigilati 2018	% minima	% massima
RSA	339	82,8	100
RSD	22	96	100
CDI	48	82,5	100
CDD	32	63,4	100
CSS	12	94,1	100
CI residenziale/Post Acuti	39	100	100
SRM minori	0		
RIA ambulatoriale e domiciliari e CDC	64	89,7	95,1
CONSULTORI privati accreditati	48	95,6	100
CONSULTORI pubblici sedi principali	53	77,3	97,8
CONSULTORI sedi secondarie	35	47,8	96,3
UCP DOM	43	94,3	100
UOCP	0		
HOSPICE	0		
SERT / NOA	60	41,7	96,3
SMI	0		
Comunità Dipendenze	11	100	100
Bassa Intensità Dipendenze *	4	100	100
ADI controlli ex post	22	78,9	100
ADI controlli in itinere	29	25	100
<b>TOTALE</b>	<b>861</b>		

\* errore di inserimento nel Piano Controlli 2018, dato previsti 4 e non 14 come indicato perché totale teste n. 16

### Verifiche mantenimento requisiti

Come da indicazioni regionali, ultima della quali la DGR n. XI/1046 del 17/12/2018, ogni anno è prevista la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento su almeno il 30% di tutte le U.d.O. Socio sanitarie, secondo una programmazione triennale che garantisca la verifica, nell'arco di tre anni, di tutte le unità d'offerta del territorio di ATS Brianza.

Le verifiche previste dal Piano Controlli si basano su sopralluoghi effettuati senza preavviso.

L'esame documentale è preceduto dalla visita in struttura; in questo modo si verifica l'attività in corso e si controlla la corrispondenza del personale in servizio con la programmazione/turnistica degli operatori. In particolare si pone attenzione, oltre alla procedura ed ai protocolli, alla verifica del grado di conoscenza degli operatori delle suddette procedure, alla verifica di personale qualificato, alla continuità assistenziale e al rispetto degli standard di personale così come richiesti dalla normativa vigente, alla corrispondenza del personale con la programmazione della U.D.O. ed alla corretta tenuta e custodia dei FASAS.



Lo standard assistenziale previsto dalla normativa è verificato su una settimana campione. Tale attività è svolta prevalentemente presso la sede del Servizio e successivamente predisposta e trasmessa alle U.D.O. una nota di esito a completamento del verbale rilasciato e sottoscritto dalle parti in sede di verifica ispettiva.

Per le verifiche sono utilizzati i verbali trasmessi da Regione Lombardia; per alcune tipologie di U.D.O., in assenza di check-list regionale specifica, i servizi hanno provveduto ad adattare il modello utilizzato per altre U.D.O. alle specificità della tipologia.

Tab Vigilanza mantenimento requisiti 2018

Tipologia U.d.O. vigilata	N° U.d.O. vigilate		
	ATS	Prov. Lecco	Prov. Monza
RSA	21	9	12
RSD	4	2	2
CDI	10	2	8
CDD	10	3	7
CSS	5	3	2
Cure Intermedie / Post Acuti	3	1	2
STR per minori	0	0	0
Ria Ambulatoriale/dom/CDC	2	1	1
Consultori privati accreditati	3	1	2
Consultori ASST sedi principali	4	3	1
Consultori ASST sedi secondarie	5	0	5
UCP Dom	2	1	1
UOCP	2	0	2
Hospice	0	0	0
SERT/NOA	3	1	2
SMI	0	0	0
Comunità dipendenze	3	1	2
Bassa intensità assistenziale dipendenze	2	2	0
ADI accreditate in un ambito territoriale (LC/MB) ed erogano solo nello stesso ambito	4	2	2
ADI accreditate in altra ATS ed erogano in ATS BRIANZA senza sede secondaria	0	0	0
ADI accreditate in altra ATS ed erogano in ATS BRIANZA con sede secondaria	0	0	0
ADI accreditate in un ambito territoriale (LC/MB) ed erogano anche nell'altro ambito territoriale con sede secondaria	1	1	0
ADI accreditate in un ambito territoriale (LC/MB) ed erogano anche nell'altro ambito territoriale senza sede secondaria	1	0	1
<b>TOTALE</b>	<b>85</b>	<b>33</b>	<b>52</b>

### Analisi esiti - U.d.O. Socio Sanitarie

Di seguito, per le diverse Aree, saranno riportate –suddivise per pertinenza territoriale- eventuali criticità od osservazioni emerse nelle attività di controllo e vigilanza.

*Area Anziani (RSA – CDI)*

Nella provincia di Lecco: Come esito di anni di monitoraggio e supporto alle strutture si è raggiunto un livello di mantenimento dei requisiti che risulta essere di qualità elevata, sia nelle RSA che nei CDI.

Nel piano performance dell'ATS era stato inserito un obiettivo legato alla diminuzione delle sanzioni portato dal miglioramento del mantenimento di tutti i requisiti nell'area anziani che è stato raggiunto con l'emissione di 1 sola sanzione a confronto delle 10 irrogate nel 2017.

L'equipe di appropriatezza è stata implementata con la presenza dell'educatrice: pertanto sono stati valorizzati con maggiore competenza gli item relativi alla programmazione animativa-educativa e alla progettazione specifica individualizzata per i soggetti in decadimento cognitivo.

Restano da perfezionare/integrare la stesura della documentazione relativa al Piano di Lavoro e al Piano Annuale Qualità, soprattutto in RSA con pochi posti letto, tenendo conto però che la presenza degli animatori con più o meno ore sta alla scelta delle direzioni delle U.D.O., per questo si è ipotizzato e messo in atto il progetto sotto descritto.

Come previsto dalla normativa vigente, nel corso dell'anno 2018 l'equipe preposta ha eseguito sopralluogo per verifica a 10 giorni per n. 4 casi di ricovero di ospiti in Stato Vegetativo presso RSA con nucleo dedicato.

#### Progetto Vigilanza sugli aspetti animativi/educativi nelle RSA.

Nel 2018 si è dato inizio ad un progetto denominato "Vigilanza sugli aspetti animativi/educativi nelle RSA", avente la finalità di accompagnare le Unità di Offerta del territorio, ad una presa in carico animativo/sociale che valorizzi maggiormente le capacità residue degli ospiti, presidiando il raggiungimento di un livello omogeneo di risposta al bisogno nelle strutture del lecchese, in coerenza con le sollecitazioni del mondo scientifico in merito. Il progetto ha come finalità il continuo miglioramento dell'offerta e si avvale degli strumenti propri della vigilanza, tra cui il colloquio strutturato della educatrice con gli operatori delle RSA secondo una griglia, il materiale fornito dalle stesse strutture e materiale bibliografico. Nella prima fase è avvenuta l'acquisizione dei modelli di scheda sociale dei FaSas di tutte le RSA del lecchese; successivamente c'è stata la partecipazione attiva alle visite ispettive dell'educatrice in 6 RSA e contemporaneamente la rielaborazione del materiale acquisito.

Partendo dal presupposto che l'attività animativa dovrebbe occupare un posto di rilievo all'interno delle strutture di tipo residenziale, in quanto la struttura diventa per gli ospiti la "casa" dove vivono, a partire dagli item di appropriatezza richiesti dalla check list regionale, ci si è posti l'obiettivo di migliorare l'attenzione in tema di decadimento cognitivo, sia a livello di progettazione sia di interventi e richiedere, come imprescindibile nella progettazione animativa, la raccolta di una biografia rappresentativa per tutti gli ospiti. Dall'analisi del materiale acquisito e dai colloqui è stato possibile rilevare i seguenti punti critici in modo ricorrente:

- scarsa rendicontazione di quanto è effettuato: spesso è compilato un registro delle presenze alle attività, senza ulteriori osservazioni
- assenza di un progetto individuale strutturato e completo di obiettivi, metodologia, strumenti di verifica
- frammentarietà delle informazioni sull'ospite. Esse vanno reperite negli appunti degli operatori e non sono reperibili nel PAI
- gli operatori socio educativi si sentono considerati come figure secondarie rispetto a quelle sanitarie

Altre osservazioni:

- l'animatore/educatore è risultato essere mediatore dei rapporti tra la struttura e la famiglia. Spesso diventano dei referenti, veicolano le informazioni e concorrono al processo di accettazione del decadimento irreversibile del parente
- la presenza quotidiana dell'animatore/educatore migliora la conoscenza e la continuità degli interventi verso gli ospiti più compromessi, gli operatori presenti solo in alcune giornate della settimana ne hanno espresso il limite

Nella provincia di Monza: Si è dato particolare attenzione al ricovero in nucleo dedicato, ai protocolli dell'igiene degli ospiti e all'uso della contenzione, anche con verifiche ispettive extra campione presso n. 3 RSA in orari e giornate non usuali alla vigilanza routinaria.

L'obiettivo del controllo è stato rispettivamente: valutazione dell'applicazione del protocollo dell'igiene e contenzione, valutazione del momento del pasto e valutazione delle attività pomeridiane.

Le criticità evidenziate hanno esitato in raccomandazioni di miglioramento, con ulteriore approfondimento e valutazione nel corso delle verifiche routinarie previste nel 2019.

In una RSA, a seguito dell'evidenza di gravi carenze a carico della progettualità specifica per le utenze si è irrogata sanzione e diffida al ripristino di molti requisiti di esercizio e accreditamento, oltre alla richiesta di abbattimento economico della tariffa per utenti del Nucleo Alzheimer a seguito del riscontro di gravi carenze relative alla certificazione idonea a sostenere il ricovero in nucleo dedicato.

La stessa RSA era già stata oggetto di diffida e sanzione nel 2016 e, al controllo post diffida condotto a fine 2017 si era evidenziato lentezza ed incompletezza del processo di miglioramento e adeguamento.

Le gravi carenze rilevate, tali da esitare in diffida e sanzione, suggeriscono –in assenza di un netto miglioramento della parte documentale, progettuale e appropriatezza assistenziale- una proposta di sospensione dell'accreditamento.

Tre U.d.O. di un grosso Gestore (2 RSA ed un CDI) sono state sottoposte a controllo; in tutte le strutture si sono riscontrati gravi carenze sia organizzativo gestionali (tenuta FASAS, applicazione procedure/protocolli, mancato aggiornamento del documento gestionale) sia strutturali.

Sono state emesse diffida e sanzione per tutte le U.d.O.; il Gestore si è dichiarato, dopo il ripristino dei requisiti organizzativi, ancora impegnato nella risoluzione delle gravi problematiche strutturali che coinvolgono i proprietari degli immobili (ASST di Monza e Vimercate).

In alcuni CDI si è rilevata una discreta qualità dei documenti elaborati, rintracciando tutti gli elementi costitutivi della progettazione, ma la modulistica in uso risulta ancora inadeguata; in tali casi, allo scopo di valorizzare lo sforzo di miglioramento nel contenuto della pianificazione attuata dalle équipes, è stata richiesta al Gestore immediata revisione del protocollo sul FASAS con adeguamento della modulistica alle indicazioni regionali.

In un CDI è stata riscontrata grave carenza a carico della progettazione e pianificazione, e scarsa qualità nella tenuta della documentazione con scarsa tracciabilità; visto il riscontro di carenze anche di molti altri requisiti di esercizio/accreditamento, è seguita diffida e sanzione.

#### *Area Disabili (RSD – CDD – CSS)*

Nella provincia di Lecco: Le strutture per disabili hanno un livello di mantenimento dei requisiti richiesti di appropriatezza al 100%.

Sono state rilevate criticità in una CSS che risulta ancora carente nella documentazione organizzativa gestionale, richiesta di miglioramento già effettuata nel 2017, pertanto l'U.d.O. è stata sanzionata.

In due CDD sono emerse rispettivamente criticità legate al superamento della capienza massima e alla carente compilazione del FaSas per gli ospiti non iscritti al CDD ma presenti come sollievo.

Si deve evidenziare che nell'ambito di Lecco forte è l'ingerenza degli Uffici di Piano che stanno da anni

presentando proposte per l'utilizzo delle U.d.O. Socio Sanitarie per disabili a integrazione di attività domiciliari, scontrandosi in alcuni casi con la normativa vigente.

Nella provincia di Monza: I controlli presso i CDD hanno dimostrato un netto miglioramento nella qualità e nella tenuta dei fascicoli. Si rileva ancora qualche difficoltà nella valorizzazione ed esplicitazione delle attività assistenziali erogate; tale evidenza può essere correlata con il progressivo peggioramento della gravità e complessità sanitaria e assistenziale degli ospiti.

Ottima la progettualità educativa e in progressivo miglioramento la qualità della documentazione a tracciabilità delle prestazioni erogate.

Ancora molte imprecisioni nella compilazione delle schede SIDI, tali da suggerire la necessità di un percorso formativo e di condivisione sulle modalità di interpretazione/valorizzazione degli indicatori SIDI.

Nelle due RSD campionate la qualità dei processi di presa in carico è risultata buona.

Regione Lombardia ha richiesto, per una RSD, il controllo di coerenza della classificazione SIDI di n. 7 ospiti over 65. L'esito della rivalutazione della classe SIDI e SOSIA ha visto la modifica per n. 5 FASAS.

E' inoltre pervenuta una segnalazione, da parte di NAS, a carico di RSD gestita da ASST Vimercate; il sopralluogo congiunto con tecnici della UOSD, ha rilevato gravi carenze sia di tipo strutturale (a tutt'oggi è attivo cronoprogramma di adeguamento) sia per l'applicazione del protocollo della contenzione.

Si è proceduto con diffida e sanzione.

Nell'anno in corso è programmata verifica routinaria di approfondimento.

Come previsto dalla normativa vigente, nel corso dell'anno 2018 l'equipe preposta ha eseguito sopralluogo per verifica a 10 giorni per n. 5 casi di ricovero di ospiti in Stato Vegetativo presso RSD con nucleo dedicato.

#### *Area Riabilitazione (RIA – SRM – CI)*

Nella provincia di Lecco: La gestione dei posti di Cure Intermedie non ha evidenziato particolari criticità sul mantenimento di tutti i requisiti richiesti.

Per le U.d.O. di Riabilitazione Ambulatoriale: nel 2018 è stata vigilata una struttura.

Gli item non soddisfatti nella check list hanno riguardato: non completa compilazione del diario, poco utilizzo di scale di valutazione e incompleta compilazione e firma dei PRI.

Si è chiesto pertanto di implementare la procedura sulla corretta compilazione, archiviazione del FaSas, di rivalutare l'utenza se dall'emissione del PRI all'attuazione del PRI, intercorra un periodo di tempo non a norma.

Ai sensi della DGR 7768/2018 è stata condotta e completata la riclassificazione della unità d'offerta Servizio Residenziale Terapeutico-Riabilitativo a media Intensità per minori presente sul territorio di Lecco

Nella provincia di Monza: La struttura di riabilitazione campionata per l'anno 2018 ha visto il controllo di appropriatezza di FASAS di prestazioni ambulatoriali, domiciliari e di Ciclo Diurno Continuo. Discreta la progettazione e la tracciabilità degli interventi erogati in regime ambulatoriale; scadente invece la qualità della documentazione e dell'intero processo di presa in carico in regime domiciliare.

Per quanto riguarda il Ciclo Diurno Continuo, anche la progettazione vista nei FASAS ha risentito delle carenze organizzative (assenza di personale medico e infermieristico) che hanno portato, in sede di vigilanza routinaria in diffida e sanzione.

Il procedimento risulta a tutt'oggi aperto, in quanto il Gestore ha attivato una contrattazione con la Direzione strategica ATS inerente i requisiti del CDC; inoltre, non risulta ancora sanata la carenza inerente l'adeguata presenza della figura infermieristica

Ai sensi della DGR 7768/2018 è stata condotta e completata la riclassificazione della unità d'offerta

Servizio Residenziale Terapeutico-Riabilitativo a media Intensità per minori presente sul territorio di Monza.

#### *Area Domiciliare (ADI)*

Nella provincia di Lecco: Le strutture hanno un buon livello di mantenimento di tutti i requisiti richiesti, lo dimostra anche il 100% di appropriatezza raggiunta.

Nella provincia di Monza: I controlli di appropriatezza degli erogatori accreditati in ATS Brianza hanno visto buona qualità dei FASAS. In occasione di una vigilanza post diffida sono state evidenziate carenze di altri requisiti (organizzativo/gestionali e strutturali), è stata quindi emessa nuova diffida e sanzione.

I controlli condotti a carico di Gestori accreditati presso altre ATS hanno mostrato un'ampia variabilità della qualità dei fascicoli controllati. In diversi casi, infatti, la documentazione rintracciata a domicilio risultata scadente nella qualità e nella tenuta, evidenziando anche scarsa applicazione dei protocolli assistenziali previsti.

A seguito di un controllo post diffida il Gestore ha prodotto scarsa documentazione, che si è dimostrata insufficiente e, dall'analisi dei FASAS, si è dimostrato il permanere di scarsa applicazione delle procedure aziendali, con carenze e scarsa qualità della presa in carico. Si è, quindi, proceduto ad emettere nuova diffida, decurtazione delle prestazioni inappropriate e sanzione; è in corso di valutazione con le direzioni ATS eventuale proposta di revoca dell'accreditamento all'ATS.

In occasione di 2 segnalazioni pervenute da PS di ospedali per acuti del territorio, sono stati effettuati dei controlli ex-post che hanno dimostrato carenza nell'applicazione di procedure specifiche (gestione lesioni da decubito) e di tracciabilità nei rapporti / comunicazioni tra l'operatore ADI, medici curanti e ASST di riferimento. Nel caso di un Gestore si è rilevata una discreta documentazione, anche approvata dai sistemi qualità aziendali, ma poco contestualizzata, conosciuta ed applicata in fase di lavoro in itinere. Entrambi i controlli hanno comportato diffida e sanzione, nonché decurtazione delle prestazioni inappropriate.

#### *Area Cure Palliative (UCP Dom – UOCP – Hospice)*

Nella provincia di Lecco: Le strutture hanno un buon livello di mantenimento di tutti i requisiti richiesti, lo dimostra anche il 100% di appropriatezza raggiunta.

Nella provincia di Monza: Il controllo su una UCP-Dom ha dimostrato una discreta progettazione palliativa.

Una seconda UCP-Dom ha completato il processo di riclassificazione alla fine 2017 senza utenti in carico, poiché a tutto il 2018 non è stata effettuata alcuna prestazione, si è deciso di rimandare il controllo del Gestore all'inizio dell'anno in corso.

#### *Area Consulenti Familiari (pubblici e privati)*

Nella provincia di Lecco: Il mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali è di buon livello, ancora da implementare e perfezionare in ambito di appropriatezza soprattutto nella gestione della tempistica di stesura del PAI. Si evidenzia però che per alcuni processi, ad esempio apertura e chiusura dei FaSas, si è strutturata una procedura omogenea su tutti i consulenti ASST Lecco.

Per il Consultorio Familiare privato accreditato, vigilato nel 2018, il livello di qualità del mantenimento dei requisiti raggiunge il 100%.

Nella provincia di Monza: Vigilanza sulle U.d.O. pubbliche (afferenti all'ASST Monza con sede principale e secondarie). Nella vigilanza effettuata nel 2018 sui Consultori Familiari si sono osservate alcune difficoltà nei processi che governano le azioni svolte dalla sede centrale (Desio) e le sedi secondarie.

La disponibilità di operatori su diverse sedi, la sovrapposizione di interventi tipicamente consultoriali con azioni specifiche dell'area delle adozioni, la gestione e la collocazione dei fascicoli non sono sempre state affrontate in modo uniforme nelle diverse sedi. Una particolare circostanza, che ha portato ad un basso punteggio percentuale in sede di vigilanza di appropriatezza, ha riguardato una sede; da considerare però l'esiguo numero di fascicoli esaminati (tre). In uno dei Consultori privati/accreditati si è riscontrata una forte criticità strutturale e ambientale. Il gestore aveva già in programma un trasferimento di sede che è puntualmente avvenuto nel corso dell'anno.

#### *Area Dipendenze (SerT – SMI - Comunità Dipendenze – BID)*

Nella provincia di Lecco: Il SERT vigilato ha evidenziato criticità sulla gestione dei FaSas, in un caso la prescrizione medica era posticipata alla erogazione del farmaco e la procedura di somministrazione del farmaco non era allineata a quanto previsto dalla normativa. Nell'ambito del secondo controllo di appropriatezza si è rilevato che sono state allineate la procedura somministrazione farmaco con la prescrizione medica.

Nella provincia di Monza: Nei servizi SERT Carate e NOA Monza la gestione dei processi e FaSas attraverso il sistema informatico Ge.Di. si è dimostrata particolarmente valida, i diari sono apparsi puntuali e completi; qualche imprecisione si è osservata invece nella tempistica di definizione dei P.I.

Sono state vigilate due strutture comunitarie, nella prima è stata irrogata una sanzione in quanto assente il Piano di Lavoro annuale, riferito alla sede legale collocata in altra provincia e su obiettivi non inerenti l'Unità di Offerta oggetto di vigilanza. Nella seconda l'Ente Gestore è stato sollecitato ad una maggiore chiarezza nella organizzazione dei moduli Terapeutico Riabilitativo e Specialistico alcol e poli dipendenti presenti in struttura.

### 13.2 obiettivi di verifica per l'anno 2019

L'attività sarà svolta con la medesima metodologia dell'anno precedente, come da ultime indicazioni Deliberazione n. XI/1046 del 17/12/2018, per l'anno in corso è prevista la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento su almeno il 30% di tutte le U.d.O. socio sanitarie, secondo una programmazione triennale, che garantisca la verifica nell'arco di tre anni di tutte le unità d'offerta del territorio di ATS Brianza.

Saranno garantiti i controlli di appropriatezza su una percentuale che rappresenti un campione significativo calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2018, almeno rispettivamente del:

- 13% dei FASAS per le U.D.O. in regime residenziale e semiresidenziale,
- 3.5% dei FASAS per le U.D.O. in regime ambulatoriale e domiciliare.

Nel campionamento dei FASAS per l'attività dell'ADI, di U.d.O. senza sede (primaria o secondaria) si terrà conto solo in caso di rilevata produzione 2018. L'attività Controlli Appropriatezza sarà svolta con la medesima metodologia dell'anno precedente, salvo l'emanazione di nuova normativa o indicazioni.

#### 13.2.1 Indicatori per campionamento

Tab Indicatori per campionamento mirato 2019

<b>RSA Il campionamento è effettuato dal flusso "SOSIA"</b>
---

nuovi ingressi
ospiti deceduti
ospiti con cambi classe SOSIA
ospiti con cadute nei tre mesi precedenti il controllo
ospiti con lesioni da pressione
ospiti sottoposti a contenzione
ospiti inseriti in Nucleo Alzheimer/SLA
utenza atipica (ad esempio con meno di 65 anni o psichiatrici)
<b>CSS Il campionamento è effettuato dall'applicativo "SIDI-web" e presso la U.d.O.</b>
ingresso recente;
utenti con età superiore a 65 aa,
utenti deceduti/trasferiti ad altre U.d.O.;
utenti con doppia diagnosi;
utenti con particolari criticità assistenziali/comportamenti auto-etero aggressivi;
<b>RSD Il campionamento è effettuato dall'applicativo "SIDI-web" e presso la U.d.O.</b>
nuovi ingressi;
utenti con età superiore a 65 aa;
utenti deceduti/trasferiti ad altre U.d.O.;
utenti con cambi classe;
utenti con doppia diagnosi;
utenti caduti negli ultimi tre mesi prima del controllo;
utenti sottoposti a contenzioni;
utenti che usufruiscono dell'estensione dei giorni di assenza
<b>CDI Il campionamento è effettuato dall'applicativo "SIDI-web"</b>
nuovi ingressi;
utenti con età superiore a 65 aa;
utenti deceduti/trasferiti ad altre U.d.O.;
utenti con cambi classe;
utenti con doppia diagnosi;
utenti caduti negli ultimi tre mesi prima del controllo;
utenti sottoposti a contenzioni;
<b>HOSPICE Il campionamento è effettuato dal flusso Cure Palliative e presso la U.d.O.</b>
ingresso recente;
utenti non oncologici o con modalità di dimissione diversa dal decesso;
degenza superiore ai 90 giorni;
trasferimenti da altre U.d.O./domicilio.
<b>CDD Il campionamento è effettuato dall'applicativo "SIDI-web" e presso la U.d.O.</b>
ingresso recente;
età inferiore a 18 aa e superiore a 65 aa;
utenti con cambi classe in seguito a rivalutazione/per cut-off;
utenti con doppia diagnosi;
utenti caduti nei tre mesi precedenti il controllo;
utenti con particolari criticità assistenziali/bisogni riabilitativi/comportamenti auto-etero aggressivi;
utenti sottoposti a contenzione;
<b>Cure Intermedie/Post Acuti Il campionamento è effettuato dall'applicativo "SDO-Fam" e Flusso aggiuntivo Cure Intermedie.</b>

ricoveri ripetuti durante l'anno
durata del trattamento pari al valore soglia;
trasferimenti da altre U.d.O.
<b>SRM Il campionamento è effettuato dal flusso SDO-FAM</b>
progetti della durata maggiore a 12 mesi
età anagrafica > 15 aa
<b>ADI Il campionamento per i controlli è effettuato dal flusso SIAD, integrando con ADI WEB, FE4:</b>
I controlli sono eseguiti "in itinere" ed "ex-post". 70% dei controlli "ex-post"; 30% dei controlli "in itinere"
Il campionamento per i controlli è effettuato dal flusso SIAD, integrando con ADI WEB, FE4:
utenti con profili 3 e 4;
presa in carico di grandi anziani (> 85 aa);
profili multi-prestazionali (interventi di almeno 2 professionisti)
pazienti in carico da più di 6 mesi
pazienti in trattamento fisioterapico
<b>Consultori Familiari Il campionamento è effettuato dal flusso FE1.o dai flussi CON1-CON2-CON3</b>
per i Consultori familiari Pubblici saranno prese in considerazione anche le prestazioni relative alle IVG minori;
utenti che hanno ricevuto prestazioni rappresentative rispetto a quelle ad alta integrazione socio sanitaria contemplate dalla DGR 6131 del 23/01/2017 e previste tra gli indicatori specifici dalla dgr 1765/2014
<b>Comunità Dipendenze (BID Bassa Intensità Dipendenze Il campionamento è effettuato da flusso FE1.</b>
ingresso recente;
utenti compresi tra i 18- 30 anni
<b>Riabilitazione Ambulatoriale/Domiciliare/Diurnato Il campionamento è effettuato dall'applicativo "RIA-Fam".</b>
Cicli ripetuti nel corso di 12 mesi
Diagnosi complesse in particolare spettro autistico
Periodo superiore ai 6 mesi di attesa tra il primo contatto e la presa in carico
<b>UCP Dom Il campionamento per i controlli è effettuato dal flusso Cure Palliative</b>
I controlli sono eseguiti "ex-post" al 100%
voucher Cure Palliative per pazienti con > 75 aa;
pazienti in carico da più di 3 mesi
<b>SMI/SERT Il campionamento è effettuato dal flusso FE1</b>
ingresso recente;
utenti compresi tra 18/30 anni
utenti con poli dipendenze
utenti recentemente dimessi per conclusione del progetto terapeutico o per abbandono
utenti con problematiche di gioco

### 13.2.2 Controllo Appropriatelyzza

Tab Controllo Appropriatelyzza 2019



Tipologia U.d.O.	Prov. LC			Prov. MB		
	n. U.D.O. da vigilare	n. Teste Totali 2019	N° FaSas programmati	n. U.D.O. da vigilare	n. Teste Totali 2019	N° FaSas programmati
RSA	9	998	131	13	1.510	206
RSD	1	52	7	2	91	12
CDI	3	142	19	8	276	37
CDD	3	83	11	8	181	24
CSS	4	51	16	1	10	2
Cure intermedie/Post Acuti				1	173	22
SRM minori				0	0	0
RIA ambulatoriale/dom/CDC	2	2.319	83	1	2.273	80
CF privati accreditati	1	679	24	0	0	0
CF ASST sedi principali	3	1.031	36	4	4.287	150
CF ASST sedi secondarie				6	5.127	180
UOCP Dom				3	869	31
UOCP				0	0	0
Hospice				1	297	39
SERT /NOA	1	833	29	2	1.037	37
SMI				1	225	8
Comunità dipendenze	2	90	12	2	82	11
Bassa intensità assistenziale				0	0	0
ADI controlli EX post/in itinere	4	575	23	8	1245	49
<b>TOTALI</b>	<b>33</b>	<b>6.853</b>	<b>391</b>	<b>61</b>	<b>17.683</b>	<b>888</b>

### 13.2.3 Verifiche mantenimento requisiti

L'attività sarà svolta con la medesima metodologia dell'anno precedente, salvo l'emanazione di nuova normativa o indicazioni.

Tab Vigilanza mantenimento requisiti 2019

Tipologia U.d.O.	ATS n° U.d.O. da vigilare	Prov. LC n° U.d.O. da vigilare	Prov. MB n° U.d.O. da vigilare
RSA	22	9	13
RSD	3	1	2
CDI	11	3	8
CDD	11	3	8
CSS	5	4	1
Cure intermedie/Post Acuti	1	0	1
SRM minori	0	0	0
RIA ambulatoriale/dom/CDC	3	2	1

Tipologia U.d.O.	ATS n° U.d.O. da vigilare	Prov. LC n° U.d.O. da vigilare	Prov. MB n° U.d.O. da vigilare
CF privati accreditati	1	1	0
CF ASST sedi principali	7	3	4
CF ASST sedi secondarie	6	0	6
UOCP Dom	4	0	4
UOCP	0	0	0
Hospice	1	0	1
SERT /NOA	3	1	2
SMI	1	0	1
Comunità dipendenze	4	2	2
Bassa intensità assistenziale dipendenze	0	0	0
ADI accreditate in un ambito territoriale (LC/MB) ed erogano solo nello stesso ambito	3	1	2
ADI accreditate in altra ATS ed erogano in ATS BRIANZA senza sede secondaria	0	0	0
ADI accreditate in altra ATS ed erogano in ATS BRIANZA con sede secondaria (1)	1	1	0
ADI accreditate in un ambito territoriale (LC/MB) ed erogano anche nell'altro ambito territoriale con sede secondaria	1	0	1
ADI accreditate in un ambito territoriale (LC/MB) ed erogano anche nell'altro ambito territoriale senza sede secondaria	1	1	0
<b>TOTALE</b>	<b>89</b>	<b>32</b>	<b>57</b>

(1) Solo controlli strutturali

## 14 ATTIVITÀ DI VIGILANZA – MISURE INNOVATIVE

### 14.1 Attività di controllo anno 2018

Tab Vigilanza Misure innovative 2018

Tipologia Misura innovativa	Tipologia U.D.O.	LC		MB	
		U.D.O. vigilate 2018	n. FaSas vigilati 2018	U.D.O. vigilate 2018	n. FaSas vigilati 2018
RSA aperta	RSA	4	15**	5	30
	U.D.O. in sperimentazione regionale (CDI Polo Frassoni)	1		0	
Residenzialità assistita	RSA	1	14	0	2
	APA	3		1	
	U.D.O. (legge 3/2008)	0		0	
Residenzialità		1	3	0	0

Assistita Religiosi					
Minori vittime di abuso *	Comunità educative minori	1	3	2	2
<b>TOTALE</b>		<b>11</b>	<b>35</b>	<b>8</b>	<b>34</b>

\* Le comunità per minori sono accreditate dai Comuni e non dall'ATS

\*\* La differenza ospiti Polo Frassoni (sospensione accordo di sperimentazione)

### Analisi esiti- Misure innovative

Di seguito per le diverse aree, saranno riportate, suddivise per pertinenza territoriale, solo eventuali criticità od osservazioni emerse nelle attività di controllo e vigilanza.

#### RSA Aperta

Nel mese di ottobre Regione Lombardia ha fornito il verbale per il controllo della Misura RSA Aperta ai sensi della DGR 7769/18 che ha visto la revisione della Misura, applicativa dal 01/04/2018.

Lecco: Le strutture hanno un buon livello di mantenimento di tutti i requisiti richiesti, lo dimostra anche il 100% di appropriatezza raggiunta.

Nell'area territoriale di Lecco un CDI (Frassoni) ha svolto e svolge l'attività prevista dalla Misura RSA APERTA, a seguito di accordo di programma regionale scadente il 31/12/2018.

L'Ente Gestore però, in attesa della conferma della possibile proroga, ha deciso di interrompere al 30/06/2018 l'erogazione della misura, proseguendo comunque con gli ospiti le attività, prevedendo una retta in solvenza.

In data 14/11/2018 l'accordo è stato ri sottoscritto e l'assistenza agli ospiti è proseguita con l'apporto economico del voucher.

Il periodo di sospensione però ha diminuito il numero di FaSas controllati, da 21 a 15 che risultano pertanto in numero inferiore di quelli nel Piano Controlli 2018.

Monza: Poiché alcune U.d.O. hanno cessato l'erogazione, portando a termine i pazienti in carico, la verifica è stata condotta sui FASAS archiviati ed utilizzando il verbale regionale per il controllo dei requisiti previsti fino al 01/04/2018.

Sono state riscontrate numerose carenze inerenti gli elenchi del personale, la carta dei servizi, la tenuta dei FASAS, oltre alle certificazioni richieste per la presa in carico di pazienti affetti da demenza.

Nei casi in cui il Gestore aveva scelto di utilizzare soltanto la modulistica di PI e PAI generata dall'applicativo Health Portal, si è riscontrata incoerenza tra progettazione pianificazione e prestazioni erogate, oltre ad inappropriata tracciabilità delle rivalutazioni in itinere.

Nei casi d'inappropriatezza e/o carenza di requisiti organizzativo gestionali, si è proceduto con diffida e trasmissione degli esiti agli Uffici ATS competenti per le decurtazioni previste.

#### Residenzialità Assistita

Nella provincia di Lecco: Le strutture hanno un buon livello di mantenimento di tutti i requisiti richiesti, lo dimostra anche il 100% di appropriatezza raggiunta.

Una delle U.d.O. vigilate, aperta su Legge 3/2008, ha evidenziato una carenza nelle verifiche periodiche ai sensi del Dpr 462/2001.

Nella provincia di Lecco: Monza: Sono stati controllati 2 FASAS di utenti ricoverati in un APA autorizzato: l'appropriatezza è stata pari al 100% ma la vigilanza ha esitato in una proposta di decurtazione ai servizi ATS competenti, per mancanza dello standard richiesto dalla normativa riferito all'area animativa/riabilitativa.

### Residenzialità Assistita Religiosi

Nella provincia di Lecco: La struttura vigilata ha evidenziato come ancora siano da implementare una serie di processi, come la procedura di somministrazione farmaco e la gestione periodica della prescrizione delle contenzioni.

Nella provincia di Lecco: Monza: Nessuna struttura che ospita Misura residenzialità assistita per religiosi è stato oggetto di controllo, poiché non campionato.

### Minori vittime di abuso, violenza e grave maltrattamento

Nella provincia di Lecco: Nel 2018 è stata vigilata una struttura che aveva ospitato tre minori inseriti nel 2018 e dimessi prima della vigilanza. La vigilanza ha quindi riguardato i fascicoli e la verifica di quanto contenuto, coerentemente con la DGR n.5342/2016 e la DGR 7626/2017.

Nella provincia di Monza: I controlli dell'anno hanno avuto esito positivo, con buona qualità della gestione della Misura.

#### 14.2 Obiettivi di verifica per l'anno 2019

La DGR n. 7769 del 17/01/2018 ha revisionato le Misure Residenzialità Assistita, Residenzialità per minori con gravissima disabilità e RSA Aperta.

Per le modalità e le percentuali di verifica si applicano le regole previste per le altre unità d'offerta.

##### 14.2.1 Vigilanza Misure innovative

Tab Vigilanza Misure innovative 2019

		U.d.O. da vigilare			n. FaSas programmati		
Tipologia Misura innovativa	Tipologia U.D.O.	ATS	Prov. LC	Prov. MB	ATS	Prov. LC	Prov. MB
RSA aperta	RSA	7	2	5	29	7	22
	U.D.O. in sperimentazione regionale (CDI Polo Frassoni)	0	0	0			
Residenzialità assistita	RSA	2	2	0	8	4	4
	APA	3	2	1	3	3	0
Residenzialità assistita religiosi		3	1	2	5	2	3
Minori vittime di abuso *	Comunità educative minori	6	3	3	13	4	9
<b>TOTALE</b>		<b>21</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>58</b>	<b>20</b>	<b>38</b>

\* Le comunità per minori sono accreditate dai Comuni e non dall'ATS

## 15 VIGILANZA U.D.O. SOCIALI

### 15.1 Consuntivo attività 2018

L'attività di controllo e vigilanza di pertinenza delle équipes delle UOS di Monza e di Lecco, relativamente alle unità d'offerta (U.d.O.) sociali, ha riguardato i seguenti aspetti:

- verifica routinaria della permanenza dei requisiti d'esercizio delle U.d.O. sulle strutture già esistenti, con la collaborazione del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) e nello specifico l'UOS Igiene e Sanità Pubblica (ISP) e nell'ultima parte dell'anno, per la sede territoriale di Lecco, con la UOSD Verifica Requisiti Strutturali e Tecnologici Strutture Erogatrici del PAAPSS. I sopralluoghi dell'attività routinaria sono stati condotti senza preavviso, pertanto per definire l'esito dell'istruttoria è stato sovente necessario richiedere agli Enti Gestori integrazioni documentali oggetto di valutazione a posteriori, a causa dell'impossibilità di acquisire o visionare sempre tutta la documentazione nella sede dell'U.d.O. durante l'ispezione;
- richieste di verifica delle CPE da parte degli Uffici Unici Sovracomunali di Monza e Vimercate e dell'Ufficio dei Piani di Lecco, Servizio CPE – Accreditamento;
- verifica di appropriatezza inerente la misura Comunità Minori (Dgr 2942/2014 e s.m.i);
- segnalazioni;
- tenuta dell'anagrafica interna e contestuale aggiornamento dell'anagrafica sociale regionale (AFAM U.d.O. Sociali) (per Lecco);
- collaborazione costante con Uffici Unici di Desio e di Vimercate per l'aggiornamento dell'anagrafica sociale regionale (AFAM U.d.O. Sociali) – Area Monza;
- incontri con gli operatori degli Uffici Unici Sovracomunali di Monza, Vimercate e dell'Ufficio dei Piani di Lecco.

L'UOS Vigilanza e Controllo Monza ha mantenuto relazioni sinergiche e costruttive con gli interlocutori esterni alla ATS (gli Uffici Unici di Desio e Vimercate dei 5 ambiti territoriali), per integrare le verifiche effettuate sulla rete delle strutture e dei servizi sociali da entrambi i servizi in merito alle rispettive competenze attribuite in materia di controllo dei requisiti di esercizio e, per le strutture accreditate, dei requisiti di accreditamento; ha svolto n. 5 incontri verbalizzati per la condivisione degli aggiornamenti normativi, delle procedure sanzionatorie, delle modalità operative delle équipes di vigilanza e per la discussione di casi complessi.

L'UOS Vigilanza e Controllo Lecco ha svolto incontri periodici con l'Ufficio dei Piani di Lecco per la gestione delle CPE e del monitoraggio delle unità d'offerta vigilate nell'anno. I 5 incontri effettuati sono stati utilizzati anche come momenti di aggiornamento e confronto sulle nuove normative regionali del 2018 in materia di misure, volontariato, tirocini, C.A.S.A.

Tab sintesi attività di vigilanza anno 2018 ATS Brianza

Area	Tipologia U.d.O.	CPE	Routinaria	Segnalazioni	Visite straordinarie extra campione	Totale visite al 31/12/18
Prima infanzia	Nido	8	108	2	4	122
	Centro prima infanzia	1	13	0	0	14
	Micronido	11	13	0	0	24
	Nido famiglia	9	18	1	1	29
	<b>tot</b>	<b>29</b>	<b>152</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>189</b>

Area	Tipologia U.d.O.	CPE	Routinaria	Segnalazioni	Visite straordinarie extra campione	Totale visite al 31/12/18
Minori	Comunità educative per minori	2	16	1	3	22
	Comunità familiari	2	1	0	0	3
	Alloggi per l'autonomia	0	5	0	0	5
	Centri ricreativi diurni per minori	26	0	0	0	26
	Centri aggregazione giovanile	0	5	0	0	5
	<b>tot</b>	<b>30</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>61</b>
Disabili	Comunità residenziali per disabili	3	7	1	0	11
	Centri socio-educativi	1	16	0	0	17
	Servizi formazione all'autonomia	2	6	0	0	8
	Comunità risocializzazione reinserimento	0	1	0	0	1
	<b>tot</b>	<b>6</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>37</b>
Anziani	Centri diurni per anziani	2	6	0	0	8
	Alloggi protetti anziani	4	7	0	2	13
	Comunità alloggio sociale anziani	6	5	1	1	13
	<b>tot</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>34</b>
	<b>Totale</b>	<b>77</b>	<b>227</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>321</b>

Nell'ambito territoriale di Monza, l'attività di verifica ispettiva è stata effettuata, di norma, da 2 équipes, costituite da 2 educatori professionali: permane la criticità di assenza di personale multidisciplinare, a fronte di un importante numero di U.d.O. da verificare.

In caso di CPE la verifica è assicurata da 2 educatori e dal Tecnico della Prevenzione (TP) dell'ISP o dal TP della UOSD del Dipartimento PAAPSS: le verifiche in modalità congiunta o integrata con i TT.PP. della UOC ISP rappresentano una forte criticità, nell'area di Monza, rendendo difficoltoso seguire tutto il procedimento, con un evidente rallentamento o impedimento nella chiusura delle istruttorie.

Il team di operatori assegnati all'attività di vigilanza nell'ambito delle U.d.O. sociali, area di Monza, è costituito da 4 educatori e un amministrativo. Il team di personale della sede territoriale di Lecco per la vigilanza delle U.d.O. sociali è composto da 2 assistenti sociali, 1 educatore, 1 psicologo e 2 infermieri. L'équipe di Vigilanza è composta sempre da 1 assistente sociale e 1 educatore che per l'anticorruzione ruotano annualmente sulle varie tipologie di strutture. Le équipe sono state integrate dalle figure del dirigente psicologo e dell'infermiere, rispettivamente per i servizi residenziali per minori e disabili il primo e per le strutture per disabili e anziani il secondo.

I sopralluoghi extracampione sono stati i seguenti: 3 svolti su richiesta della Procura in altrettante Comunità Educative, 2 presso Alloggi Protetti per Anziani di cui uno a supporto dei NAS di Brescia e un altro congiuntamente alla verifica della Misura "Residenzialità Assistita", 1 presso un Nido da parte dell'UOS Sicurezza e Impiantistica.

Le verifiche hanno coinvolto il personale dell'UOS Igiene e Sanità Pubblica, dell'UOS Sicurezza e Impiantistica del DIPS e gli operatori dell'UOS Vigilanza e Controllo ed il responsabile dell'UOSD "Verifiche

requisiti strutturali e tecnologici strutture erogatrici” del PAAPSS.

L’86% dei sopralluoghi è stato condotto in forma congiunta, costituendo in tal modo un’equipe integrata per la valutazione dei requisiti sia organizzativo gestionali, che strutturali e igienico sanitari.

I 3 sopralluoghi eseguiti sulle U.d.O. sanzionate l’anno precedente, sono stati effettuati esclusivamente dagli operatori della UOS Vigilanza e Controllo ed hanno verificato i requisiti organizzativo gestionali, in modo particolare il mantenimento dei requisiti trovati carenti in precedenza.

Non è stato possibile svolgere la vigilanza su 4 unità d’offerta previste nell’annualità, poiché nel corso del 2018, 2 U.d.O. hanno comunicato la cessazione dell’attività e altre 2 sono state monitorate con la collaborazione dell’Ufficio dei Piani la prima, dell’ambito distrettuale e del Comune la seconda.

### Attività di carattere sanzionatorio

Tab Verbali di accertamento ATS Brianza

VERBALI DI ACCERTAMENTO U.D.O. SOCIALI ATS BRIANZA	
Tipologia U.d.O.	n.
Nido	7
Nido famiglia	2
U.D.O. non classificata	1
C.A.S.A.	2
APA	1
Totale	<b>13</b>

Nel corso del 2018 nell’area territoriale di Monza sono stati accertati 8 illeciti amministrativi sulle varie tipologie di U.d.O. sociale.

N.3 hanno riguardato Asili Nido: n. 1 AN per mancanza di compresenza e presenza di titolo di studio non adeguato del coordinatore.

N. 1 Nido Famiglia per superamento della capacità ricettiva massima (6 bambini presenti anziché 5).

N. 1 APA, per mancanza dei requisiti minimi igienico e strutturali (procedimento CPE):

N. 1 U.d.O. non classificata, per mancanza dei requisiti minimi organizzativi e strutturali.

N. 2 C.A.S.A. (ancora in istruttoria): entrambe per mancanza dei requisiti minimi organizzativi e strutturali e una, in particolare, anche per il superamento della capacità ricettiva massima.

Gli illeciti amministrativi riscontrati nell’area territoriale di Lecco conseguenti ai verbali di sopralluogo, hanno riguardato carenze di tipo organizzativo gestionale e strutturale/impiantistico. In due unità d’offerta sono state rilevate criticità relativamente al superamento della capienza massima consentita (in un nido famiglia ed un nido), mentre in un altro nido non è stata garantita la compresenza di due operatori in alcuni momenti della giornata. In altri due nidi invece sono state riscontrate carenze relative all’impiantistica.

## 15.2 Obiettivi di verifica per l’anno 2019

### 15.2.1 campionamento

Nel 2018 è stata completata la verifica di vigilanza, che nel biennio 2017/2018 ha consentito di verificare il 100% delle U.d.O. sociali attive a carattere non temporaneo e con il 2019 si ricomincerà a vigilare il 50% delle U.d.O. sociali presenti al 01.01.2019. Il campionamento è avvenuto mediante l’utilizzo di un programma informatico che ha consentito di estrarre, con criterio casuale, il 50% delle strutture per ogni tipologia di unità d’offerta, dall’elenco complessivo delle U.d.O..

**Attività di verifica sulla Misura Comunità Minori Vittime di abuso, violenza e grave maltrattamento:** sarà

effettuata su tutte le strutture che accolgono minori che beneficiano della misura, utilizzando come strumento di verifica il verbale predisposto dall’Agenzia di Controllo Socio Sanitario regionale.

**Segnalazioni:** si intende dare riscontro alle segnalazioni poste da cittadini e operatori del settore secondo le modalità esistenti.

**Attività di coordinamento e raccordo con gli altri soggetti istituzionali:**

Si intende proseguire il confronto con gli Uffici Unici Sovracomunali preposti alle funzioni di esercizio e accreditamento. Attraverso incontri mirati, inoltre, si vuole pervenire alla definizione di una procedura condivisa riguardante il procedimento amministrativo sanzionatorio in ambito socio assistenziale, prevedendo la condivisione di concetti di riferimento, flusso di processo, contenuti della documentazione da trasmettere fra le parti e la modulistica specifica da utilizzare.

Questo lavoro è l’esito del percorso formativo che nell’ottobre scorso ha interessato, oltre agli operatori dell’ATS coinvolti nella vigilanza sulle U.d.O. sociali – operatori dell’UOS Vigilanza e Controllo, dell’UOSD “Verifica requisiti strutturali e tecnologici strutture erogatrici” del PAAPSS e operatori del ISP del DIPS- anche i referenti degli Uffici Unici Sovracomunali, attraverso il corso di due giornate sulle sanzioni amministrative in ambito socio-assistenziale.

Nella tabella sottostante sono riportate specificatamente il numero di strutture che saranno oggetto di verifica nel 2019, suddiviso per tipologia.

Tab U.d.O. programmate ATS Brianza

Area	Tipologia UDO	LECCO		MONZA		ATS BRIANZA	
		TOTALE UDO 01.01.2019	VISITE PROGRAMMATE 2019	TOTALE UDO 01.01.2019	VISITE PROGRAMMATE 2019	TOTALE UDO 01.01.2019	VISITE PROGRAMMATE 2019
Area prima infanzia	nido	48	24	166	85	214	109
	centro prima infanzia	20	10	5	1	25	11
	micronido	12	6	16	11	28	17
	nido famiglia	15	8	27	11	42	19
<b>tot</b>		<b>95</b>	<b>48</b>	<b>214</b>	<b>108</b>	<b>309</b>	<b>156</b>
Area minori	comunità educative per minori	14	7	21	14	35	21
	comunità familiari	2	1	2	1	4	2
	alloggi per l’autonomia	6	2	4	3	10	5
	centri aggregazione giovanile	1	1	10	5	11	6
<b>tot</b>		<b>23</b>	<b>11</b>	<b>37</b>	<b>23</b>	<b>60</b>	<b>34</b>
Area disabili	comunità residenziali per disabili	6	3	13	4	19	7
	comunità risocializzazione reinserimento	2	0			2	0
	centri socio-educativi	8	3	22	10	30	13
	servizi formazione all’autonomia	2	1	11	6	13	7
<b>tot</b>		<b>18</b>	<b>7</b>	<b>46</b>	<b>20</b>	<b>64</b>	<b>27</b>
Area anziani	centri diurni per anziani	3	1	9	5	12	6
	alloggi protetti anziani	9	4	7	4	16	8
	casa	2	2	4	0	6	2
	casa albergo	1	1			1	1
<b>tot</b>		<b>15</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>35</b>	<b>17</b>
	<b>TOTALE</b>	<b>151</b>	<b>74</b>	<b>317</b>	<b>160</b>	<b>468</b>	<b>234</b>



## 16 VERIFICA COMUNICAZIONI PREVENTIVE DI ESERCIZIO (CPE)

### 16.1 Attività di controllo – anno 2018

Lo schema riportato nella tabella riguarda le richieste di vigilanza per CPE pervenute nel corso del 2018, suddivise per area d'intervento e oggetto della CPE.

Tab CPE U.d.O. Sociali ATS Brianza

Area	Tipologia UDO	TOT CPE AL 31.12.2018	CPE UDO nuova apertura	CPE modifica capacità ricettiva	CPE modifiche strutturali o cambio sede	CPE cambio soggetto gestore (voltura)	Istruttoria in corso	Istruttorie chiusure
Prima infanzia	nido	8	6	1	0	1	0	8
	centro prima infanzia	1	1	0	0	0	0	1
	micronido	11	10	0	0	1	2	9
	nido famiglia	9	8	0	0	1	0	9
<b>tot</b>		<b>29</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>27</b>
Minori	comunità educative per minori	2	1	1	0	0	1	1
	comunità familiari	2	1	1	0	0	1	1
	alloggi per l'autonomia	0	0	0	0	0	0	0
	centri aggregazione giovanile	0	0	0	0	0	0	0
	centri ricreativi diurni per minori	26	17	2	2	5	15	11
<b>tot</b>		<b>30</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>13</b>
Disabili	comunità residenziali per disabili	3	0	0	3	0	3	0
	centri socio-educativi	1	1	0	0	0	0	1
	servizi formazione all'autonomia	2	1	0	1	0	0	2
<b>tot</b>		<b>6</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Anziani	centri diurni per anziani	2	2	0	0	0	0	2
	alloggi protetti anziani	4	4	0	0	0	1	3
	comunità alloggio sociale anziani	6	6	0	0	0	3	3
<b>tot</b>		<b>12</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
	<b>TOTALE</b>	<b>77</b>	<b>58</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>26</b>	<b>51</b>

Le équipe della UOS Vigilanza e Controllo di Monza per la verifica delle CPE sono formate da 4 educatori e dagli operatori della UOSD- Dipartimento PAAPSS o della UOC ISP, presenti, di norma, in modalità congiunta, salvo che per le CPE riguardanti la sola voltura del soggetto gestore. Queste ultime, infatti, sono verificate esclusivamente dall'équipe della UOS Vigilanza e Controllo (2 educatori).

Le équipe sono sempre composte da due operatori: pur non assicurando la multi professionalità o la multidisciplinarietà, sono assolti sempre i criteri di rotazione, per il rispetto di quanto delineato nel Piano Prevenzione Anticorruzione.

La programmazione delle uscite congiunte per CPE con la UOSD o il ISP, è effettuata in modo formale tramite Modulo di attivazione équipe, come da Procedura ID02929.

La gestione delle CPE comporta un rapporto costante e ormai consolidato con i 2 Uffici Unici sovra-comunali (UU) dell'area di Desio (cui afferiscono 4 ambiti territoriali) e di Vimercate (cui afferisce 1 ambito territoriale), in modo da rispondere alle Direttive Regionali (Decreto DG Famiglia n. 1254/2010) riguardanti la risposta alle CPE presentate dai soggetti gestori.

Lo schema di seguito riportato riguarda le richieste di vigilanza per CPE pervenute nel corso del 2018, suddivise per tipologia di U.d.O. e oggetto della CPE.

Nel corso del 2018 sembra essere riconfermata la tendenziale maggiore variabilità delle U.d.O. della prima infanzia (asili nido, nidi famiglia, micro nidi, centri prima infanzia), tipologia alla quale sono infatti riconducibili sia il maggior numero di chiusure comunicate agli Uffici Unici Sovra comunali che il numero più elevato di CPE pervenute nell'anno.

Tutti i sopralluoghi per CPE sono stati realizzati nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa.

L'esito è stato prevalentemente favorevole, tranne per 1 U.d.O. Asilo Nido situato su due piani e per 2 U.d.O. CASA e per una U.d.O. APA.

Si è rilevato un numero consistente di CPE per le U.d.O. Centro Ricreativo Diurno per messa in esercizio, cambio Ente Gestore e trasferimento di sede.

### ***Comunità Alloggio Sociale per Anziani (C.A.S.A.)***

Sono stati effettuati n. 4 sopralluoghi per CPE: per due l'istruttoria si è conclusa con esito favorevole, mentre per le altre due con esito sfavorevole.

Un progetto sperimentale, nel Comune di Bernareggio, attivo da alcuni anni, riferito ad un'unità d'offerta residenziale rivolta ad anziani, con l'emanazione della DGR 7776/2018, ha potuto essere ricondotto alla nuova Unità d'Offerta Sociale.

É tuttora in corso il procedimento su Casa Famiglia Monzese, sita a Monza, che ha comportato diffida a conformarsi, sia per aspetti strutturali che per aspetti organizzativo-gestionali.

La U.d.O. sita in Seveso, che ha modificato la denominazione, ha avviato un pesante iter legale con ricorso al TAR e richiesta di sospensiva: l'Ente Gestore ha sempre dichiarato di dover godere delle deroghe e delle proroghe previste, pur in completa assenza di elementi fondanti, dichiarando che l'avvio, senza alcuna autorizzazione tipo SCIA o sperimentazione, prima della emanazione della norma, concedeva de facto il diritto ad esercitare in assenza/carenza dei requisiti.

Il Tar ha riconosciuto il diritto alla sospensiva: ad oggi, nonostante ripetuti incontri tra UOS Vigilanza e Controllo e il Sindaco di Seveso, non si hanno a disposizione informazioni sull'esercizio dell'attività, che non ha ad oggi, esito favorevole.

La UOS Vigilanza e Controllo ha elaborato, di concerto con il Dipartimento Cure Primarie e con il Comitato tecnico aziendale dei MMG, una griglia con item semplici e facilmente fruibili, per obiettivare le condizioni cliniche dei pazienti i quali accedono alla U.D.O.: le certificazioni dei MMG, per l'accesso alla C.A.S.A., sono scarse, spesso scritte con grafia illeggibile e riportano motivazioni al ricovero di tipo sociale e di contrasto alla emarginazione ed alla solitudine.

Nella maggior parte dei casi si tratta di pazienti, i quali devono essere ricoverati in RSA e non hanno i requisiti per permanere nella C.A.S.A.

Il ricorso a Medici Geriatri liberi professionisti, a carico esclusivo delle famiglie, non facilita le dimissioni, ma anzi tende a creare un circolo vizioso con la fidelizzazione del paziente e del familiare, il quale preferisce la C.A.S.A. ad una RSA.

I conflitti sono, di conseguenza, molto evidenti, coinvolgenti ed impattanti: le soluzioni di dimissioni coatte sono difficilmente perseguibili da parte dei Sindaci coinvolti.

Sarebbe auspicabile un coinvolgimento proattivo e critico del MMG che ha la responsabilità di cura del paziente.

Nell'area territoriale di Lecco a seguito della presentazione delle CPE e della richiesta di vigilanza pervenuta dall'Ufficio dei Piani – Servizio CPE – Accreditamento, l'equipe dell'UOS Vigilanza e Controllo, costituita da 2 operatori individuati all'interno del gruppo dedicato all'attività di vigilanza in ambito sociale, ha condotto i sopralluoghi allo scopo di verificare il possesso dei requisiti organizzativo-gestionali. Tutti i sopralluoghi sono stati svolti mediante preavviso nella giornata lavorativa precedente al

sopralluogo stesso.

Parallelamente gli aspetti strutturali ed igienico sanitari sono stati verificati da operatori del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) o dal Responsabile della UOSD “Verifica requisiti strutturali e tecnologici strutture erogatrici”.

Alcuni sopralluoghi sono stati condotti congiuntamente da due operatori dell’UOS Vigilanza e Controllo con personale del DIPS o con il Responsabile dell’UOSD citata.

Un progetto sperimentale, attivo da alcuni anni, riferito ad un’unità d’offerta residenziale rivolta ad anziani, con l’emanazione della DGR 7776/2018 ha potuto essere ricondotto alla nuova Unità d’Offerta Sociale. Sono stati effettuati i sopralluoghi sulle 2 Comunità Alloggio Sociale per Anziani, per le quali è stata presentata regolare CPE, una delle quali abilitata all’esercizio per 12 posti e l’altra per la quale sono tuttora in corso gli accertamenti in merito agli aspetti strutturali.

I sopralluoghi effettuati sull’intero territorio ATS, sono stati realizzati nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa (entro 60 giorni dalla richiesta di vigilanza).

Si conferma, come negli anni precedenti, la difficoltà nel completare e portare a termine l’istruttoria nei termini di legge, poiché frequentemente in sede di sopralluogo l’unità d’offerta non dispone di tutta la documentazione oggetto di verifica. Risulta necessario attendere un certo periodo di tempo prima che il legale rappresentante dell’unità d’offerta invii la documentazione richiesta per essere valutata dai servizi competenti. Pertanto per giungere ad un esito definitivo delle verifiche i tempi si dilatano.

## 16.2 Obiettivi di verifica per l’anno 2019

L’attività sarà svolta con la medesima metodologia dell’anno precedente, salvo l’emanazione di nuova normativa o indicazioni.

## 17 VISITE ROUTINARIE

### 17.1 Attività di controllo – anno 2018

Di seguito si riporta il quadro generale dell’attività di vigilanza con visite routinarie svolta in tutto il territorio ATS della Brianza.

Tab Visite routinarie ATS Brianza

ATS BRIANZA							
Area	Tipologia UDO	TOTALE UDO 01.01.2018	VISITE PROGRAMMATE 2018	VISITE EFFETTUATE AL 31/12/2018	VISITE EFFETTUATE AL 31/12/2018 in %	Istruttorie in corso	Istruttorie chiusure
	TOTALE	443	220	222	100,9	90	132

A seguire il dettaglio dell’attività di vigilanza svolta, suddivisa per singole aree e per sedi territoriali: prima infanzia, minori, disabili ed anziani.

## 17.1.1 Area prima infanzia

Tab Visite routinarie ATS Brianza –area prima infanzia

ATS BRIANZA							
Area	Tipologia UDO	TOTALE UDO 01.01.2018	VISITE PROGRAMMATE 2018	VISITE EFFETTUATE AL 31/12/2018	VISITE EFFETTUATE AL 31/12/2018 in %	Istruttorie in corso	Istruttorie chiusure
Prima infanzia	nido	215	108	108	100,0	47	61
	centro prima infanzia	23	13	13	100,0	3	10
	micronido	23	12	13	108,3	6	7
	nido famiglia	39	19	18	94,7	12	6
<b>tot</b>		<b>300</b>	<b>152</b>	<b>152</b>	<b>100,0</b>	<b>68</b>	<b>84</b>

L'esito dell'attività di vigilanza nei Servizi per la Prima Infanzia- Area Monza, è risultato complessivamente positivo.

Il lavoro svolto, in collaborazione con gli UU di Desio e di Vimercate, negli anni 2016, 2017 e 2018 ha comportato la revisione di linee guida utili per gli Enti gestori (EEGG): le linee guida sono state condivise con la UOS Vigilanza e Controllo e divulgate dagli UU agli EEGG.

Le linee guida riportano gli item normativi e oggetto di controllo da parte della Vigilanza, sia per gli aspetti organizzativo-gestionali che per quelli strutturali.

Per ogni item è stata fornita una definizione più ampia, le modalità gestionali per l'assolvimento e l'evidenza documentale utile agli organi di Controllo.

Gli strumenti di rilevazione del personale, sia stabile che volontario e il registro delle presenze/assenze dei bambini, sono fortemente raccomandati e di fatto utilizzati da tutte le U.d.O.

Le U.d.O. hanno a disposizione l'elenco dei bambini iscritti e frequentanti, l'orario, i contratti di lavoro con i dipendenti e i contratti di iscrizione con i genitori.

Talvolta, la documentazione è tenuta presso il commercialista o presso i Servizi Comunali.

Rispetto agli asili nido permangono, anche per il 2018, come già evidenziato nell'anno precedente, le criticità legate alle seguenti caratteristiche di tale tipologia di unità d'offerta:

- l'orario di apertura delle U.d.O. risulta, dalla Carta dei Servizi, mediamente più flessibile rispetto al requisito delle 9 ore di apertura giornaliera previste dalla normativa, con aperture più ampie (anche fino a 11 ore complessive);
- a causa della forte richiesta da parte dei genitori, è frequente il ricorso al "part-time", legato sia a esigenze economiche che lavorative dei genitori;
- la compresenza degli operatori per alcune U.d.O., in alcune fasce orarie, risulta essere un aspetto problematico;
- le nuove tipologie contrattuali previste dalla recente normativa sull'accesso al lavoro dei giovani, sempre più atipiche e numerose, richiedono un approfondimento e un'attenzione particolare dell'équipe in sede di vigilanza; lo stesso problema si riscontra relativamente ai titoli di studio del personale assunto, stante il cambiamento e la differenziazione dei percorsi formativi intervenuti successivamente all'emanazione della normativa del 2005.
- l'alto numero di istruttorie in corso, sono correlate alle prescrizioni di carattere igienico-sanitario impartite dai TTPP della UOC ISP: non si hanno le informazioni sugli esiti.

Si ritiene pertanto auspicabile:

- l'aggiornamento normativo in materia, ipotizzato dalla Regione e attualmente oggetto di confronto in apposito Tavolo Regionale, al fine di un opportuno adeguamento dell'offerta dei servizi per la prima infanzia alle esigenze della popolazione;
- il miglioramento delle sinergie con il DIPS.

E' stato inserito un micronido in più rispetto ai 6 programmati, per verificare (su richiesta dell'UU Desio) l'effettiva chiusura.

I Nidi Famiglia, per i quali si riscontra una tendenza in crescita, presentano alcune criticità legate all'effettiva partecipazione dei genitori associati (come previsto dalla normativa) alla gestione del servizio.

Nei sopralluoghi dell'area territoriale di Lecco si è reso quasi sempre necessario richiedere l'invio della documentazione utile alle verifiche in un secondo momento, sia perché essa non era presente nelle U.d.O., sia perché a volte le operatrici presenti al sopralluogo non erano nella condizione di allontanarsi dall'attività per non compromettere il rapporto numerico operatori/bambini.

Durante i sopralluoghi, inoltre, si è constatata una difficoltà nell'interpretare in maniera univoca la recente normativa da parte degli enti gestori. In particolare in relazione alla DGR X/7633/2017 e alla successiva circolare sono state raccolte diverse interpretazioni sulla posizione della figura del volontario e del tirocinante/stagista/leva civica, in quanto gli enti gestori tendono a ritenere che possano essere utilizzati per il raggiungimento dello standard, e sull'obbligo o meno degli operatori di acquisire crediti formativi. In alcuni servizi si è riscontrata una totale assenza della programmazione educativa annuale scritta, oppure la presenza di una programmazione meramente descrittiva di un tema sviluppato nell'anno.

Anche le attività settimanali non sono sempre programmate e non sempre è presente un documento che può essere consegnato alle famiglie.

Nidi: l'esito delle vigilanze è stato complessivamente soddisfacente, tuttavia dei 25 nidi visitati dall'equipe di vigilanza, 8 non erano dotati di alcuno strumento per la rilevazione delle presenze degli operatori, pertanto ne è stata richiesta l'adozione e verificato successivamente l'effettivo utilizzo dello strumento. Il controllo del rapporto numerico tra operatori e bambini è stato effettuato sia al momento del sopralluogo sia rispetto ad una "settimana campione".

Per quanto riguarda la presenza del progetto educativo, si è rilevato che 6 nidi non ne erano provvisti ed è stato chiesto loro di predisporlo. A tale proposito va notato che i 6 nidi di cui sopra sono gestiti da soggetti che non afferiscono a cooperative sociali con esperienza nel settore. Si è riscontrato che spesso sono proposti il gioco libero o attività non finalizzate al raggiungimento di un preciso obiettivo, e ciò è apparso evidente anche al momento dell'accesso per il sopralluogo.

Nel territorio lecchese le cooperative hanno portato i servizi ad un livello di organizzazione, gestione e formazione del personale che mostra molta attenzione agli aspetti educativi, alla scelta di materiali e alle proposte pedagogiche aggiornate.

Centri Prima Infanzia: esito delle vigilanze nel complesso positivo, anche in questa tipologia di U.d.O. si è reso in 3 casi necessario richiedere l'introduzione di uno strumento per la rilevazione delle presenze.

Sono stati effettuati controlli specifici in quelle strutture in cui il numero degli iscritti superava quello dei posti autorizzati, al fine di verificare il non superamento della capienza autorizzata in tutto l'orario di apertura.

Micronidi: delle 6 U.d.O. vigilate, una non svolgeva alcuna attività in quanto priva di iscritti. La registrazione delle presenze del personale avveniva in 2 strutture, mentre nelle altre se ne è richiesta l'introduzione, la presenza di un progetto educativo è stata evidenziata in 3 micronidi.

Nidi Famiglia: Una U.d.O. ha cessato l'attività, i sopralluoghi sugli altri 5 nidi famiglia hanno evidenziato una buona attenzione a livello educativo e organizzativo: in alcuni casi queste strutture fanno parte di associazioni più ampie che organizzano corsi di aggiornamento per le operatrici e forniscono linee guida per omogeneizzare l'offerta sul territorio.

## 17.1.2 Area minori

Tab Visite routinarie ATS Brianza –area minori

ATS BRIANZA							
Area	Tipologia UDO	TOTALE UDO 01.01.2018	VISITE PROGRAMMATE 2018	VISITE EFFETTUATE AL 31/12/2018	VISITE EFFETTUATE AL 31/12/2018 in %	Istruttorie in corso	Istruttorie chiusure
Minori	comunità educative per minori	34	13	16	123,1	7	9
	comunità familiari	4	1	1	100,0	0	1
	alloggi per l'autonomia	11	5	5	100,0	1	4
	centri aggregazione giovanile	11	5	5	100,0	1	4
<b>tot</b>		<b>60</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>112,5</b>	<b>9</b>	<b>18</b>

Nell'Area di Monza, sono state oggetto di vigilanza routinaria 9 Comunità Educative per minori/mamma-bambino, tutte con esito favorevole.

La scelta delle U.d.O. campionate è ricaduta, in prevalenza sulle strutture interessate anche dalla misura comunità minori prevista dalla Normativa di riferimento vigente (Dgr 7626/2017).

Il controllo di appropriatezza per la misura ha interessato 1 comunità educativa per minori e 1 comunità familiare, per un totale di n° 2 fascicoli personali di altrettanti minori beneficiari, secondo i dati pervenuti dai flussi di rendicontazione. I fascicoli personali dei minori visionati sono tenuti aggiornati in modo adeguato e si riscontra una generale coerenza del PEI elaborato rispetto alla documentazione presente nel fascicolo.

Alloggio per l'Autonomia- Per una struttura, programmata in routinaria, è stato effettuato il controllo in congiunta con la Polizia Locale del Comune di Macherio/Sovico e il Tecnico della Prevenzione ISP, concluso con esito positivo, per gli aspetti organizzativo-gestionali.

Anche per area minori permangono criticità sulla chiusura istruttoria, per gli aspetti di competenza del DIPS.

Centri di Aggregazione giovanile - le verifiche effettuate hanno avuto esito favorevole.

La vigilanza routinaria programmata sulle Comunità Educative nell'area di Lecco ha interessato 7 unità d'offerta. Per 5 di esse è stata coinvolta la Polizia Locale del Comune di ubicazione delle Unità d'offerta, a seguito di una richiesta specifica della Procura della Repubblica ai sensi dell'art. 9 comma 3 Legge 184/83, come sostituito dall'art. 9 della Legge 149/01. In 2 di esse il sopralluogo è stato condotto congiuntamente con la Polizia Locale del Comune di ubicazione delle Unità d'offerta.

Misura "Comunità Minori Vittime di abuso, violenza e grave maltrattamento"

Il passaggio da una interpretazione estesa della misura ad una sua applicazione mirata e puntuale è ormai avvenuto e testimoniato dalla sensibile riduzione dei soggetti interessati.

Nel corso del 2018 l'équipe vigilanza della sede di Lecco, composta da un dirigente Psicologo e una Assistente Sociale, ha vigilato unicamente una Comunità Educativa per mamma e bambino. Dalla verifica dei Fasas e relativamente agli indicatori previsti, non sono emerse criticità e si è evidenziato il buon lavoro di rete con i Servizi di Tutela che avevano in carico i minori. In tutti i casi le prestazioni aggiuntive previste dalla misura erano correttamente effettuate e documentate.

Gli Alloggi per l'Autonomia visitati nell'anno si caratterizzano in quanto tutti accolgono madri con bambini e sono ubicati in edifici nei quali sono presenti anche comunità educative con la medesima tipologia d'utenza.

## 17.1.3 Area disabili

Tab Visite routinarie ATS Brianza –area disabili

ATS BRIANZA							
Area	Tipologia UDO	TOTALE UDO 01.01.2018	VISITE PROGRAMMATE 2018	VISITE EFFETTUATE AL 31/12/2018	VISITE EFFETTUATE AL 31/12/2018 in %	Istruttorie in corso	Istruttorie chiusse
Disabili	comunità residenziali per disabili	15	8	7	87,5	3	4
	centri socio-educativi	30	17	16	94,1	3	13
	servizi formazione all'autonomia	12	6	6	100,0	4	2
	comunità risocializzazione reinserimento	2	1	1	100,0	1	0
<b>tot</b>		<b>59</b>	<b>32</b>	<b>30</b>	<b>93,8</b>	<b>11</b>	<b>19</b>

## Area territoriale di Monza

Comunità alloggio per disabili- L'attività di vigilanza, relativa ai requisiti organizzativo-gestionali, ha avuto esito positivo. Non si sono rilevate particolari criticità. Per un'U.d.O., classificata come CAD, ma dall'Ente gestore (EG) considerata come CF sperimentale, l'istruttoria si è conclusa con l'accertamento di un illecito amministrativo: attualmente l'EG ha presentato istanza al Comune di Triuggio e all'UU per un progetto sperimentale come Comunità Familiare. Il progetto è in corso di valutazione, per il parere di competenza dei rispettivi Organi coinvolti. Centri socio educativi - Le verifiche effettuate hanno avuto esito favorevole. A volte, all'interno del PEI, si è riscontrato che l'obiettivo generale individuato e ben strutturato non è poi esplicitato all'interno di un Progetto Individualizzato.

Servizi di formazione all'autonomia - Le vigilanze effettuate hanno avuto esito favorevole. La compilazione e l'elaborazione dei registri sulle presenze del personale e degli utenti rispettano la normativa specifica.

## Area territoriale di Lecco

Comunità Alloggio Disabili: le 2 U.d.O. vigilate sono caratterizzate dall'utenza femminile e dall'ubicazione in un edificio in cui trova posto anche una Comunità di Risocializzazione e Reinserimento (CRR). Le 3 U.d.O. sono gestite dal medesimo Ente Gestore e questo favorisce una programmazione ed un'organizzazione delle attività in continuità, pur salvaguardando la specificità delle 3 comunità. Centro Socio Educativo: i sopralluoghi effettuati hanno avuto esito positivo. Servizio di Formazione all'Autonomia: nell'area territoriale di Lecco è stata effettuata la vigilanza routinaria presso 1 unità d'offerta con esito positivo. Dall'esame della documentazione si è riscontrata la presenza di persone di età superiore ai 35 anni con patologie invalidanti. Come nel 2016, sono iscritte 3 persone per le quali è attivo un progetto di monitoraggio che non ha scadenze temporali, ciò risulta essere l'unica risposta per questa fascia di utenza non grave, per la quale non esistono servizi alternativi sul territorio. Comunità di Risocializzazione/Reinserimento: questa tipologia di unità d'offerta è presente solo nell'area territoriale di Lecco. Le verifiche hanno riguardato 1 unità d'offerta che accoglie utenza femminile.

## 17.1.4 Area anziani

## Area territoriale di Monza

Centri Diurni Anziani: complessivamente gli esiti sono favorevoli.

Alloggi protetti per anziani – L'attività di vigilanza su questa tipologia di U.d.O. ha riguardato 2 strutture. Non si rilevano, allo stato attuale, significative criticità rispetto alle caratteristiche delle strutture esistenti per tale tipologia di U.d.O. Tutta la documentazione è ben articolata e restituisce una "fotografia" precisa della situazione di ogni singolo ospite. Sono generalmente ubicati in centro città vicino alla maggior parte

dei Servizi.

#### Area territoriale di Lecco

I sopralluoghi effettuati presso i Centri Diurni Anziani nel territorio di Lecco hanno avuto esito favorevole. Si è riscontrato che essi sono molto frequentati; in particolare in uno risultano iscritti molti più utenti rispetto alla capienza autorizzata (40 posti), che consente di avere mediamente presenti una trentina di anziani ogni giorno. La criticità rilevata è legata al fatto che per gli utenti le attività organizzate a carattere animativo sono molto limitate e ripetitive, questo anche per la difficoltà delle persone anziane a cimentarsi in attività diverse dal consueto. In un caso il progetto delle attività richiesto dalla normativa era poco articolato. Gli Alloggi Protetti Anziani vigilati nel 2018 sono collocati in edifici che ospitano altre U.d.O. rivolte agli anziani, pertanto gli ospiti hanno la possibilità di beneficiare di alcuni servizi che non sono richiesti esplicitamente dalla normativa quali il servizio di ristorazione, le attività ricreative e animative o i servizi infermieristici assistenziali alla persona, grazie anche alla presenza di spazi comuni. In una U.d.O. è presente un custode notturno.

Tab Visite routinarie ATS Brianza –area anziani

ATS BRIANZA							
Area	Tipologia UDO	TOTALE UDO 01.01.2018	VISITE PROGRAMMATE 2018	VISITE EFFETTUATE AL 31/12/2018	VISITE EFFETTUATE AL 31/12/2018 in %	Istruttorie in corso	Istruttorie chiusure
Anziani	centri diurni per anziani	11	6	6	100,0	1	5
	alloggi protetti anziani	13	6	7	116,7	1	6
<b>tot</b>		<b>24</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>108,3</b>	<b>2</b>	<b>11</b>
	<b>TOTALE</b>	<b>443</b>	<b>220</b>	<b>222</b>	<b>100,9</b>	<b>90</b>	<b>132</b>

#### 17.2 Obiettivi di verifica per l'anno 2019

L'attività sarà svolta con la medesima metodologia dell'anno precedente, salvo l'emanazione di nuova normativa o indicazioni.

### 18 PROGETTI SPERIMENTALI EX LEGGE 3/2008

Nel territorio della Provincia di Monza è presente un Progetto Sperimentale per un Laboratorio di Arti Visive, sito nel Comune di Bovisio Masciago.

La UOS Vigilanza e Controllo è stata invitata alla Conferenza dei Servizi per la valutazione del progetto in data 19 luglio 2018. La Giunta Comunale ha approvato il progetto che sarà oggetto di controllo nell'anno 2019. È in corso la valutazione per un progetto sperimentale che dovrebbe convertire un attuale CAD in Comunità familiare disabili, presso il Comune di Triuggio.

Nel territorio della Provincia di Lecco sono attivi e riconosciuti come sperimentazioni sociali diversi progetti. Nel corso del 2018 il Servizio Accreditamento dell'Ufficio dei Piani della Provincia di Lecco ha riconosciuto 1 nuovo progetto sperimentale ex L. 3/08 che si rivolge alle persone con disabilità ed ha come obiettivo quello di realizzare percorsi di accompagnamento alla vita indipendente e all'emancipazione dalla famiglia, attraverso soggiorni temporanei.

Un progetto sperimentale, attivo da alcuni anni, riferito ad un'unità d'offerta residenziale rivolta ad anziani, con l'emanazione della DGR 7776/2018 ha potuto essere ricondotto ad una nuova Unità d'Offerta Sociale. Per la tipologia di spazi ed organizzazione, è stata presentata regolare CPE per 2 Comunità Alloggio Sociale per Anziani. Rispetto ad altre due strutture aperte con sperimentazione Legge 3/2008 si sta attuando un accordo di programma con l'ATS. Infine per altre due realtà riconosciute come sperimentazioni Legge 3/2008 nell'area anziani, avendo una capacità ricettiva superiore a 20 posti, si rimane in attesa del provvedimento regionale, così come indicato nella DGR 7776/2018.