

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Brescia

*Agenzia di Tutela della Salute di Brescia*

**Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia**

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - [www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it) - [informa@ats-brescia.it](mailto:informa@ats-brescia.it)

Posta certificata: [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 243

del 28/04/2017

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Piano Controlli delle attività sanitarie e socio sanitarie anno 2017.

**II DIRETTORE GENERALE - Dr. Carmelo Scarcella  
nominato con D.G.R. X/4615 del 19.12.2015**

Acquisiti i **pareri** del  
DIRETTORE SANITARIO  
del  
DIRETTORE SOCIOSANITARIO  
e del  
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr. Fabrizio Speziani  
Dr.ssa Annamaria Indelicato  
Dott.ssa Teresa Foini



---

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamate:

- la L.R. n. 23/2015 di evoluzione del servizio sociosanitario lombardo, ed in particolare l'art. 11 comma 4 lettera a) che istituisce l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo quale organismo tecnico-scientifico terzo e indipendente, che tra le sue funzioni predispone e propone alla Giunta regionale che lo approva, previo parere della commissione consiliare competente, il piano annuale dei controlli e dei protocolli;
- la D.G.R. n. X/5954 del 05.12.2016, recante le Regole di Sistema per il 2017, che prevede la predisposizione del Piano Controlli per l'Esercizio 2017 ed il relativo invio alla Direzione Generale Welfare e all'Agenzia dei Controlli entro il 30 aprile 2017 (in formato elettronico);
- la D.G.R. n. X/6502 del 21.04.2017 che fornisce le indicazioni e le raccomandazioni per la predisposizione del Piano Controlli in conformità alla proposta dell'Agenzia di Controllo;

Atteso che il Piano controlli è il principale strumento di programmazione che le ATS dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo a tutela della qualità e appropriatezza delle prestazioni/servizi erogati sia in ambito sanitario sia socio sanitario;

Rilevata, pertanto, la necessità di elaborare un unico Piano Controlli delle attività sanitarie e socio sanitarie per l'anno 2017 che comprende le diverse aree oggetto dell'attività ispettiva: area controlli sugli episodi di ricovero e cura, area controlli prestazioni di specialistica ambulatoriale, area accreditamento sanitario, area cure primarie, area protesica maggiore, area farmaceutica (territoriale ed ospedaliera), area salute mentale e area sociosanitaria e sociale, secondo le indicazioni regionali e le indicazioni dell'Agenzia di Controllo;

Ritenuto di approvare il suddetto Piano Controlli per l'anno 2017, di cui all'allegato A (composto da n. 56 pagine), quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Dato atto che essendo l'attività di controllo individuata nell'ambito del periodo che decorre dal 1 marzo 2017 al 28 febbraio 2018, l'attuazione del Piano Controlli si concluderà entro il 28 Febbraio 2018;

Dato atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;

Vista la proposta del Direttore del Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie, Dr.ssa Maddalena Minoja, qui anche Responsabile del procedimento, che attesta la regolarità tecnica del presente provvedimento;

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario, Dr. Fabrizio Speziani, del Direttore Sociosanitario, Dr.ssa Annamaria Indelicato e del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Teresa Foini che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

D E C R E T A

- a) di approvare, ai sensi della DGR n. X/5954 del 05.12.2016 e della la D.G.R. n. X/6502 del 21.04.2017 e per le motivazioni espresse in premessa e qui integralmente richiamate, il Piano Controlli delle attività sanitarie e socio sanitarie anno 2017, di cui all'allegato A (composto da n. 56 pagine) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- b) di dare atto che dall'adozione del presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;
- c) di provvedere all'inoltro del documento in formato elettronico alla Direzione



Generale Welfare e all’Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo a cura del Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie;

- d) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell’art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell’art. 12, comma 12, della L.R. n. 33/2009;
- e) di disporre, a cura dell’U.O. Affari Generali, la pubblicazione all’Albo on-line – sezione Pubblicità legale – ai sensi dell’art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009 e dell’ art. 32 della L. n. 69/2009 ed in conformità al D.Lgs. n. 196/2003 e secondo le modalità stabilite dalle relative specifiche tecniche.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale  
Dr. Carmelo Scarcella

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Brescia

## **PIANO CONTROLLI DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO SANITARIE ANNO 2017**

**IN ATTUAZIONE ALLA DGR X/5954 del 05/12/2016 "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2017" E ALLA DGR X/6502 DEL 21/04/2017 "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA PROPOSTA DELL'AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO CONCERNENTE IL PIANO DEI CONTROLLI QUADRO ED IL PIANO DEI PROTOCOLLI AI SENSI DELL'ART. 11, COMMA 4, LETTERA A), L.R. 33/2009 COSI' COME MODIFICATA DALLA L.R. N. 23/2015 E L.R. N. 41/2015 (A SEGUITO DI PARERE DELLA COMMISSIONE CONSILIARE)"**

In ottemperanza alla DGR X/5954 del 05/12/2016, ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017", e alla DGR X/6502 del 21/04/2017 ad oggetto "Determinazioni in ordine alla proposta dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo Concernente il Piano dei Controlli Quadro ed il Piano dei protocolli ai sensi dell'art. 11, comma 4, lettera A), L.R. 33/2009 così come modificata dalla L.R. n. 23/2015 e L.R. n. 41/2015 (a seguito di parere della Commissione Consiliare)", si dispone il presente Piano Controlli delle attività Sanitarie e Socio Sanitarie relativo all'anno 2017.

## *Indice*

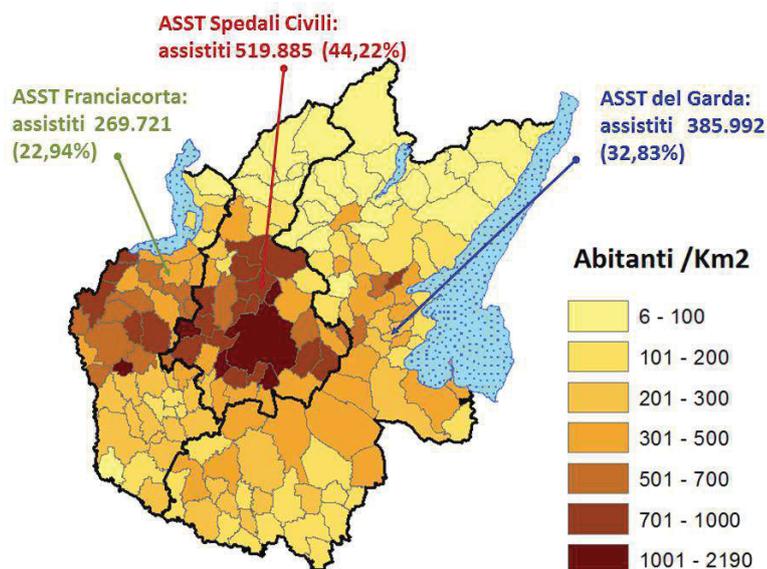
<i>ASPETTI EPIDEMIOLOGICI</i>	<i>pag. 3</i>
<i>AREA CONTROLLI SUGLI EPISODI DI RICOVERO E CURA</i>	<i>pag. 13</i>
<i>AREA CONTROLLI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE</i>	<i>pag. 16</i>
<i>AREA ACCREDITAMENTO SANITARIO</i>	<i>pag. 22</i>
<i>AREA CURE PRIMARIE</i>	<i>pag. 26</i>
<i>AREA PROTESICA MAGGIORE</i>	<i>pag. 26</i>
<i>AREA FARMACEUTICA</i>	<i>pag. 28</i>
➤ <i>Farmaceutica Territoriale</i>	<i>pag. 28</i>
➤ <i>Farmaceutica Ospedaliera</i>	<i>pag. 34</i>
<i>AREA SALUTE MENTALE</i>	<i>pag. 36</i>
<i>AREA SOCIOSANITARIA E SOCIALE</i>	<i>pag. 37</i>
➤ <i>Attività di Vigilanza sulla Rete delle Unità d'Offerta Sociosanitarie</i>	<i>pag. 39</i>
➤ <i>Attività di Vigilanza sulla Rete delle Unità d'Offerta Sociali</i>	<i>pag. 53</i>

## ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

### IL CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO

Il territorio della ATS di Brescia comprende 164 Comuni e 3 ASST e si estende su una superficie di 3.465 km<sup>2</sup>, con una densità abitativa che varia considerevolmente tra le diverse zone: l'area della città è quella più densamente abitata (>1.000 persone/km<sup>2</sup>), seguita dai Comuni adiacenti al perimetro cittadino o situati sui grandi assi stradali. La zona montana è quella con la minor densità abitativa (Figura 1).

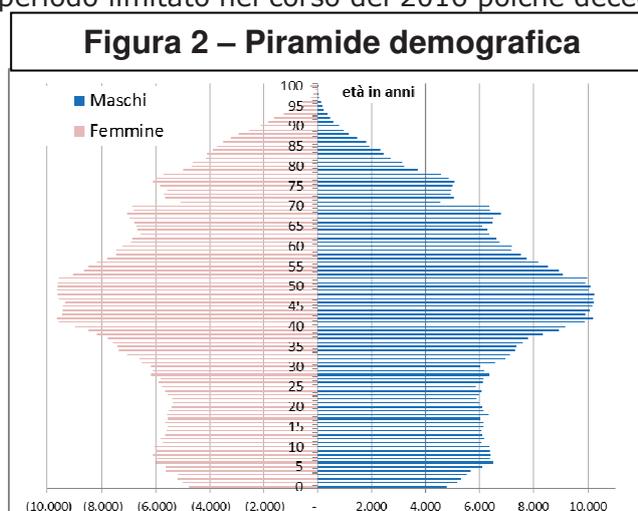
Figura 1 : densità abitativa ATS di Brescia nel 2016



Entro i confini dell'ATS vi sono tre laghi principali (Lago di Garda, Lago d'Isèo e il Lago d'Idro), tre fiumi principali (Oglio, Chiese e Mella), due valli (Valtrompia e Valle Sabbia) e un'ampia zona pianeggiante a sud del territorio cittadino; varie zone collinari circondano la città e si estendono ad est verso il veronese e ad ovest verso la Franciacorta.

Al 30/12/2016 il numero di assistiti era 1.176.312, di cui l'1,50% non residente. A questi vanno aggiunte 21.436 persone in carico solo per un periodo limitato nel corso del 2016 poiché decedute (N=9.999) o emigrate nel corso dell'anno.

La piramide demografica (Figura 2) evidenzia una maggior numerosità di femmine (50,7%) in virtù di una loro maggior presenza nelle fasce oltre i 60 anni: tra le classi sotto i 50 anni risultano inferiori del 5,0% rispetto ai maschi, la percentuale dei sessi è simile tra i 50enni, mentre il rapporto si inverte dopo i 60 anni aumentando progressivamente; infatti, le femmine oltre gli 80 anni sono circa il doppio dei maschi (47.172 vs 24.106). L'età media della popolazione era di 43,8 anni, più elevata nelle femmine (45,2) che nei maschi (42,4), inferiore rispetto a quella nazionale (44,7 anni) e regionale.



Si dà qui una lettura sintetica degli indicatori demografici che permettono di definire le caratteristiche principali della struttura di una popolazione, mostrando anche l'evoluzione demografica dal 2000, quando è iniziata la raccolta sistematica dei dati anagrafici ([Tabella 1](#)).

- La popolazione è complessivamente cresciuta del 17,6% in gran parte grazie al contributo della presenza straniera, ma dal 2010 la crescita è rallentata per fermarsi negli ultimi anni.
- L'età media è aumentata di 31,1 mesi (incremento medio annuo pari a 59 giorni).
- Gli anziani sono aumentati di 77.249 unità tra il 2000 ed il 2016 (+46,2%), mentre i grandi anziani sono aumentati del 97,5%. Si tenga presente che quest'ultima categoria, secondo le proiezioni nazionali, continuerà ad aumentare nei prossimi anni.
- Dal 2000 al 2010 i bambini sotto i 15 anni erano aumentati del 23% per poi stabilizzarsi e diminuire negli ultimi anni (-22% dal 2011): come per il resto del paese il numero di nuovi nati nel 2016 è il più basso dall'Unità d'Italia.
- Il tasso di natalità nella ATS ha avuto un andamento non lineare: è cresciuto del 9% dal 2000 al 2008 per poi scendere rapidamente e costantemente negli anni successivi (-24,7%). Il tasso di fecondità ha avuto, ovviamente, un simile andamento.
- Il tasso grezzo di mortalità è rimasto sostanzialmente stabile con alcuni picchi in particolare nel 2003=8,87 e quello più rilevante nel 2015 (8,97).

**Tabella 1-Numerosità ed indicatori demografici di base della popolazione dell'ATS di Brescia nel periodo 2000-16**

anno	2000	2003	2006	2009	2012	2014	2015	2016	% variaz. 2016/00
Totale assistiti	1.000.248	1.045.478	1.093.708	1.149.520	1.168.168	1.170.655	1.174.365	1.176.312	17,6%
% donne	51,05%	50,83%	50,66%	50,51%	50,67%	50,78%	50,73%	50,73%	-0,6%
età media	41,23	41,69	41,94	42,11	42,72	43,31	43,55	43,84	6,3%
N° bambini (<15 anni)	139.224	148.957	161.405	174.814	179.362	176.888	175.405	172.990	24,3%
% bambini	13,92%	14,25%	14,76%	15,21%	15,35%	15,11%	14,94%	14,71%	5,7%
N° pop 65 anni e più	167.187	182.982	199.636	211.815	224.973	236.087	240.350	244.436	46,2%
% anziani	16,71%	17,50%	18,25%	18,43%	19,26%	20,17%	20,47%	20,78%	24,3%
indice vecchiaia (>=65/<15 anni)	120	123	124	121	125	133	137	141	17,7%
>=85 anni	18.237	18.197	21.461	26.111	30.318	33.435	34.655	36.020	97,5%
% grandi anziani	1,82%	1,69%	1,92%	2,26%	2,60%	2,86%	2,95%	3,06%	67,9%
N° nuovi nati	10.253	11.009	12.037	12.691	11.543	10.620	10.271	9.875	-3,7%
tasso natalità X 1.000	10,25	10,53	11,01	11,04	9,88	9,07	8,75	8,39	-18,1%
tasso fecondità grezzo	42,1	44,0	46,7	47,6	43,7	41,1	40,1	39,1	-7,2%
N° morti (integrazione con registro)	8.648	9.272	8.761	9.617	9.999	9.784	10.537	9.999	15,6%
Tasso grezzo mortalità	8,65	8,87	8,01	8,37	8,56	8,15	8,97	8,50	-1,7%
T. di crescita naturale	1,6	1,7	3,0	2,7	1,3	0,93	-0,23	-0,1	-106,6%
N° stranieri	39.580	71.278	109.953	154.756	169.398	167.834	170.360	170.091	329,7%
% stranieri	4,0%	6,8%	10,1%	13,5%	14,5%	14,3%	14,5%	14,5%	265,4%

## LA POPOLAZIONE STRANIERA

Alcune delle variazioni demografiche registrate negli ultimi anni sono da ascrivere ai mutamenti della popolazione straniera. Nel 2016 gli stranieri assistiti nella ATS di Brescia (esclusi coloro senza permesso di soggiorno) rappresentavano il 14,5% del totale, una percentuale quasi doppia rispetto a quella nazionale (8,3% nel 2015) e anche superiore a quella lombarda (11,5%).

La popolazione straniera, rispetto a quella italiana, presentava un profilo diverso:

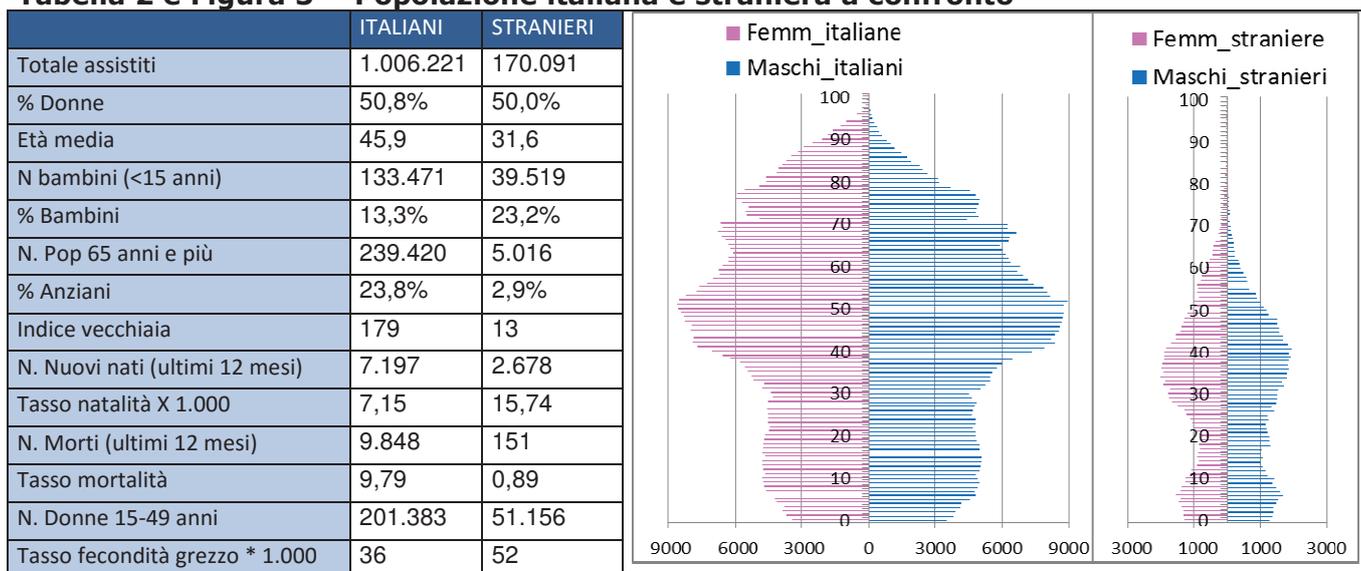
- l'età media risultava essere di 31,6 anni, molto più bassa rispetto ai 45,9 anni degli italiani;
- la percentuale di bambini era del 23,2% di 10 punti percentuali più elevata rispetto agli italiani;
- la percentuale di anziani era molto bassa (2,9% vs 23,8%);
- il tasso di natalità è di 15,7/1.000, vale a dire 2,2 volte più elevato rispetto a quello degli italiani; il 27,1% dei nuovi nati nella ATS di Brescia è straniero con un tasso di fecondità grezzo nelle donne straniere del 46% più elevato rispetto alle italiane.

Tra la popolazione italiana del 2016 sono compresi anche 23.605 assistiti (pari al 2% del totale) di recente naturalizzazione (trattasi di una stima minima ottenuta identificando coloro che erano presenti come stranieri nelle precedenti anagrafiche di ATS Brescia): è questa una sottopopolazione in crescita nettamente più giovane rispetto a quella italiana autoctona (età media=30,5 vs 46,2).

La popolazione straniera presenta un'elevata dinamicità ed nel periodo considerato, in particolare:

- la presenza di stranieri è più che quadruplicata passando dai 39.580 del 2000 ai 170.091 del 2016, ma l'incremento più rilevante vi è stato tra 2000 e 2008 (+258%) e si è poi ridotto fino ad arrestarsi negli ultimi anni: senza il contributo dei neonati stranieri venuti alla luce in Italia, si registrerebbe una flessione della popolazione straniera;
- si è passati da una presenza prevalentemente maschile (64% nel 2000) ad una paritaria (quota femminile è al 50,0% nel 2016);
- si è quintuplicata la presenza di bambini stranieri, da 8.329 nel 2000 a 39.519 nel 2016 e la stragrande maggioranza di essi è nata nel nostro paese.
- Nel 2016 il 27,2% dei nuovi nati è straniero: va però fatto rilevare che dal 2008 nella popolazione straniera è in atto una forte diminuzione sia del tasso di natalità (da 30,7 a 15,7 x 1.000) che del tasso di fecondità (da 114 a 52 x 1.000); il tasso di natalità tra la popolazione italiana è sceso invece dal 9,4 del 2000 al 7,1x1.000 del 2016 mentre il tasso di fecondità nelle donne italiane è diminuito solo in parte negli ultimi anni (da 39 a 36x1.000).

**Tabella 2 e Figura 3 - Popolazione italiana e straniera a confronto**



La popolazione di cittadinanza italiana è cresciuta dal 2000 al 2016 del 4,7%, ma ciò grazie all'immigrazione di cittadini italiani e alla naturalizzazione degli stranieri. Il saldo naturale dei soli

italiani (differenza tra il numero di nati ed il numero di morti) è stato infatti dopo il 2008 sempre pesantemente negativo.

Una forte influenza sul trend demografico futuro sarà data dal fatto che la popolazione di donne in età fertile italiane è in costante diminuzione: da 233.293 nel 2000 a 201.383 attuali e tale flessione continuerà ancora nei prossimi anni.

### **INNALZAMENTO PROGRESSIVO DELLA SOPRAVVIVENZA E CAUSE DI MORTALITÀ**

Lo studio dello stato di salute di una popolazione passa anche per l'analisi della mortalità, che fornisce informazioni sulle cause di morte (singole cause e grandi categorie) e sui "PYLL"<sup>1</sup> (Anni potenziali di vita persi). I dati di mortalità sono, quindi, indicatori fondamentali dello stato di salute di una popolazione e trovano un utilizzo anche nella programmazione e verifica delle attività di prevenzione attuate. I tassi grezzi di mortalità e l'età alla morte nei due sessi nel periodo 2000-2016 indicano che l'età media di morte si è progressivamente innalzata, aumentando di 5,6 anni nei maschi (pari a 4,2 mesi/anno) e di 4,0 anni nelle donne (3,0 mesi/anno) (Tabella3).

**Tabella 3 - Tassi grezzi mortalità annuale nei due sessi (X100.000) ed età di morte**

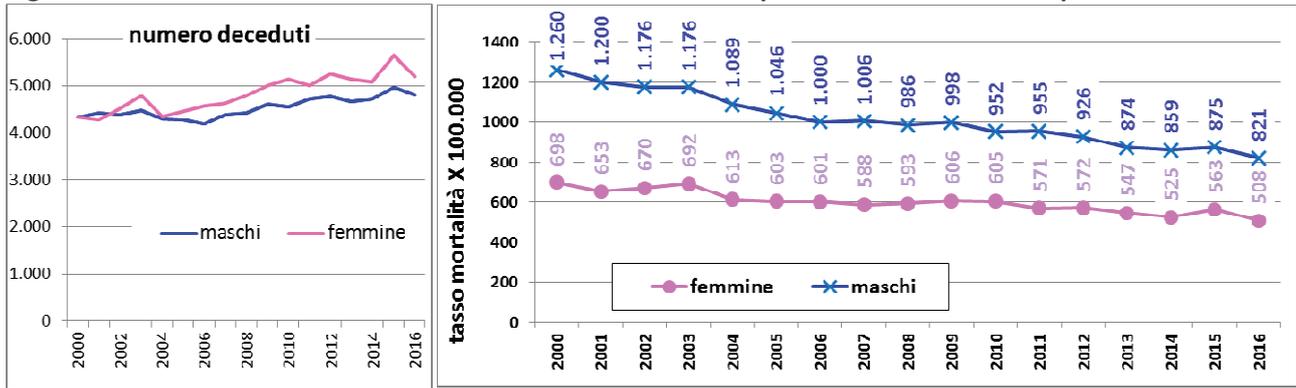
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
maschi	tasso grezzo	876	883	857	864	820	805	770	791	779	804	790	813	819	800	811	851	822
	età media di morte	71,0	70,8	71,7	72,1	72,3	73,0	73,0	73,4	74,1	74,2	74,5	75,1	75,3	75,7	75,8	76,6	77,5
donne	tasso grezzo	839	822	852	893	803	814	819	815	826	855	870	841	877	857	847	940	863
	età media di morte	79,6	79,9	80,1	80,8	80,5	80,6	80,8	81,6	81,6	81,8	81,9	82,3	82,7	82,7	83,0	83,6	83,9

Il numero assoluto dei deceduti ([Figura 4](#)) è cresciuto nel periodo considerato a causa dell'aumento sia della numerosità sia dell'età della popolazione, per esaminare il trend temporale di mortalità è necessario quindi utilizzare i tassi "corretti" per età tramite standardizzazione diretta per fasce d'età. Da tali dati, mostrati nei grafici sottostanti, emerge che:

- nelle femmine i tassi di mortalità sono notevolmente inferiori rispetto ai maschi;
- nel periodo vi è stata una significativa riduzione dei tassi di mortalità più evidente nei maschi (-35% complessivo) che nelle femmine (-27%).
- Pur essendovi un trend in chiara diminuzione vi sono stati due picchi di mortalità, uno nel 2003 (legato all'ondata di calore di quell'estate), ed uno più nel 2015 (dovuto ad un aumento della mortalità sia nel periodo invernale che estivo e riscontrato similmente in tutto il paese).

<sup>1</sup> PYLL (potential years of life lost) è una misura della mortalità prematura. Per ogni individuo l'età di morte è sottratta ad un'età di referenza (75 anni in genere nei paesi industrializzati); nel caso l'età di morte sia successiva all'età di referenza si attribuisce il valore "0", in modo da non avere valori negativi.

**Figura 4 - Numero deceduti e tassi di mortalità standardizzati per età nei due sessi nel periodo 2000-2016**

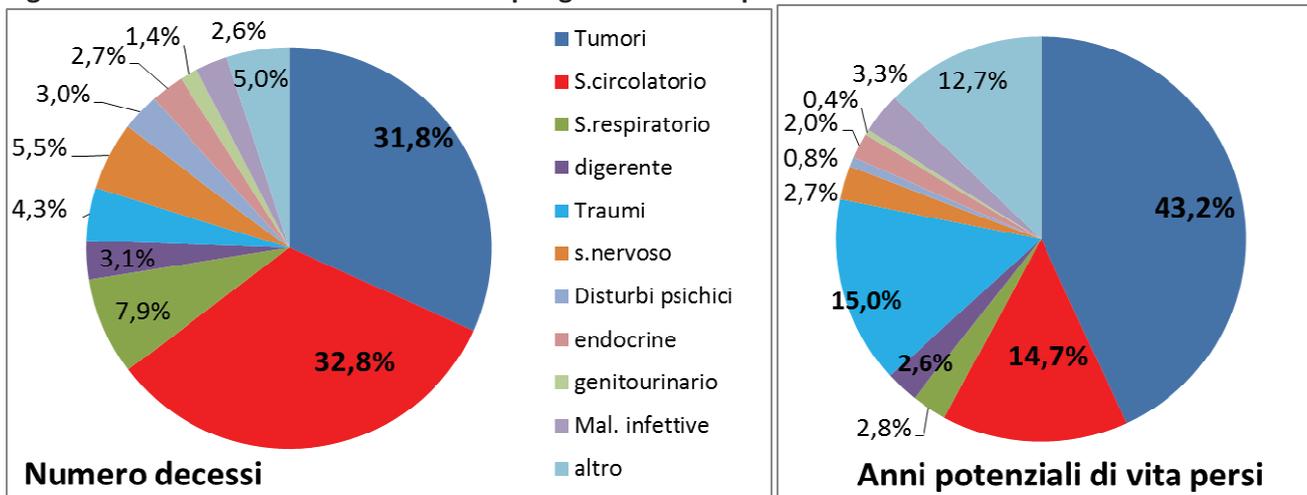


Nel corso del 2015 sono decedute 10.618 persone, 4.967 maschi (età media=76,6) e 5.651 femmine (età media=83,7), mentre gli anni di vita persi sono stati 35.478, per il 66% a carico dei maschi (23.484).

Il tasso grezzo di mortalità nella ATS di Brescia nel 2015 è stato di 835/100.000, inferiore sia rispetto ai dati nazionali (1.067/1.000) che regionali (994/1.000); ciò è solo in parte dovuto al fatto che la popolazione bresciana è più giovane, infatti il confronto con i tassi standardizzati nazionali (ultima pubblicazione ISTAT fa riferimento all'anno 2013) conferma una minor mortalità nella ATS di Brescia rispetto alla media nazionale sia nei maschi (874 vs 1.002) che nelle femmine (547 vs 634).

Come si può notare dal grafico sottostante (Figura 5) i Tumori e le patologie del sistema circolatorio causano da sole i 2/3 di tutte le morti. I traumi ed alcune altre cause (perinatali, malformazioni etc.) pur essendo responsabili di un limitato numero causano una perdita di anni potenziali molto più elevata dal momento che avvengono spesso in giovane età.

**Figura 5: Percentuale relativa dei decessi per grandi cause e percentuale relativa PYLL nel 2015**

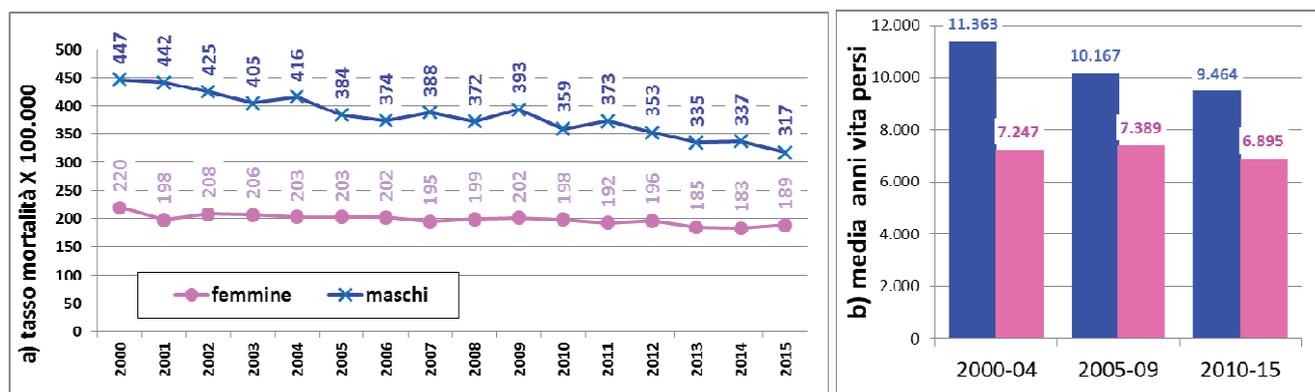


### PATOLOGIA TUMORALE

Si colloca al secondo posto nelle cause di morte (31,8%) e al primo posto come causa di anni di vita persi (43,2% dei PYLL). Nello specifico i tumori più rilevanti sia in termini di numero di decessi che di anni potenziali di vita persi, sono stati il tumore delle vie respiratorie (462 decessi e 2.229 PYLL nei maschi e 199 decessi e 1.073 PYLL nelle donne) e della mammella nelle femmine (236 decessi e 1.374 PYLL). Dopo questi tumori hanno avuto un forte impatto i tumori del colon/retto (302 decessi e 1.189), del fegato (273 decessi e 1.128 PYLL) e a seguire i tumori di pancreas, sistema emolinfopoietico, stomaco.

Il confronto con i dati nazionali e regionali più recenti mostrano come la mortalità per tumori nella ATS di Brescia sia superiore rispetto alla media nazionale in entrambi i sessi ma simile rispetto a quanto riscontrato a livello regionale. Il numero dei deceduti per tumori è in aumento, ma tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione i tassi di mortalità per tumori sono in significativa diminuzione soprattutto nei maschi (-2,2% annuo rispetto al -0,8% delle donne); similmente in diminuzione la perdita di PYLL.

Figura 6: Tumori- tassi di mortalità standardizzati per età (a) ed anni di vita persi (b) nei due generi



**PRESA IN CARICO** (fonte BDA-Banca Dati Assistiti). Nel 2016 ben 57.905 assistiti, pari al 4,82% del totale avevano ricevuto delle prestazioni sanitarie specifiche per la patologia tumorale (ricoveri, farmaci, prestazioni specialistiche, esenzione, etc): 32.264 (55,7%) erano donne e l'età media era di 64,4 anni per le donne e 67,6 per i maschi.

#### TIPOLOGIE TUMORALI PRINCIPALI

**Tumori delle vie respiratorie.** Il tumore delle vie respiratorie è nei maschi la singola causa più rilevante sia in termini di numero di decessi che di anni potenziali di vita persi. E' diminuita di 1/3 nei maschi comportando un analogo calo degli anni di vita persi; al contrario nelle femmine c'è stato un aumento sia del tasso di mortalità che degli anni di vita persi: tali trend riflettono in modo diretto la prevalenza del tabagismo con 20-30 anni di latenza. I tassi standardizzati della popolazione generale nella ATS di Brescia sono in entrambi i sessi simili rispetto ai tassi italiani e lombardi.

**Tumori della mammella.** Il tumore delle mammella è nelle donne la singola causa più rilevante sia in termini di numero di decessi che di anni potenziali di vita persi. Il trend di mortalità per questi tumori ha fatto registrare nel periodo una diminuzione media annua del -1,8% ( $P < 0,0001$ ), simile anche il miglioramento in termini di anni di vita persi (-22% nei 16 anni). I tassi standardizzati nelle donne della ATS di Brescia sono più elevati rispetto ai tassi italiani ma non presentano differenze statisticamente significative rispetto a quelli lombardi. L'incidenza per tumori della mammella è tra le più elevate della Lombardia.

**Tumori del colon retto.** Diminuzione sia dei tassi di mortalità sia degli anni di vita persi in entrambi i sessi (-3% annuo); il miglioramento più rilevante si riscontra per le categorie d'età inferiori ai 75 anni. I tassi standardizzati della popolazione generale nella ATS di Brescia sono in entrambi i sessi più bassi degli analoghi tassi italiani e lombardi anche se la differenza non è statisticamente significativa.

**Tumori del fegato:** La mortalità per tumore del fegato è circa 3 volte più elevata nei maschi che nelle donne, in particolare: nei maschi il trend di mortalità per questi tumori è in evidente diminuzione (-2,3% annuo;  $p < 0,0001$ ); nelle donne è stabile. Com'è noto da tempo i tassi standardizzati della popolazione generale nella ATS di Brescia sono in entrambi i sessi più elevati rispetto agli analoghi tassi italiani e lombardi. In entrambi i sessi vi è una maggior mortalità ed incidenza nell'area della Francia Corta ed in alcune aree centro meridionali. Tali aree sono le stesse in cui vi è una più elevata prevalenza di epatite C e B.

**Mortalità per tumori dello stomaco:** continua la storica diminuzione di mortalità per questo tumore, in particolare nel periodo esaminato è diminuita di circa 1/3 in entrambi i sessi. I tassi di mortalità per tumore dello stomaco nella ATS di Brescia sono in entrambi i sessi più elevati rispetto agli analoghi tassi italiani e simili rispetto a quelli lombardi.

**Mortalità per tumori del pancreas.** Il tasso di mortalità per tumore del pancreas è più elevato di un 50% nei maschi rispetto alle donne, ed in entrambe i sessi il trend è rimasto stabile senza alcuna diminuzione né in termini di tassi né di anni di vita persi. I tassi di mortalità per tumore del pancreas nella ATS di Brescia sono in entrambi i sessi più elevati rispetto agli analoghi tassi italiani e simili rispetto a quelli lombardi.

**Tumori maligni del tessuto linfatico ed ematopoietico.** Il tasso di mortalità per tumori maligni del tessuto linfatico ed ematopoietico è più elevato di un 50% nei maschi rispetto alle donne. I tassi standardizzati nel periodo sono diminuiti complessivamente con una media annua

del -1,4% nei maschi e del -2,7% nelle donne. I tassi nella ATS di Brescia sono in entrambi i sessi più bassi sia rispetto agli analoghi tassi italiani che a quelli lombardi, una caratteristica che ci accomuna alle province di Bergamo e Trento.

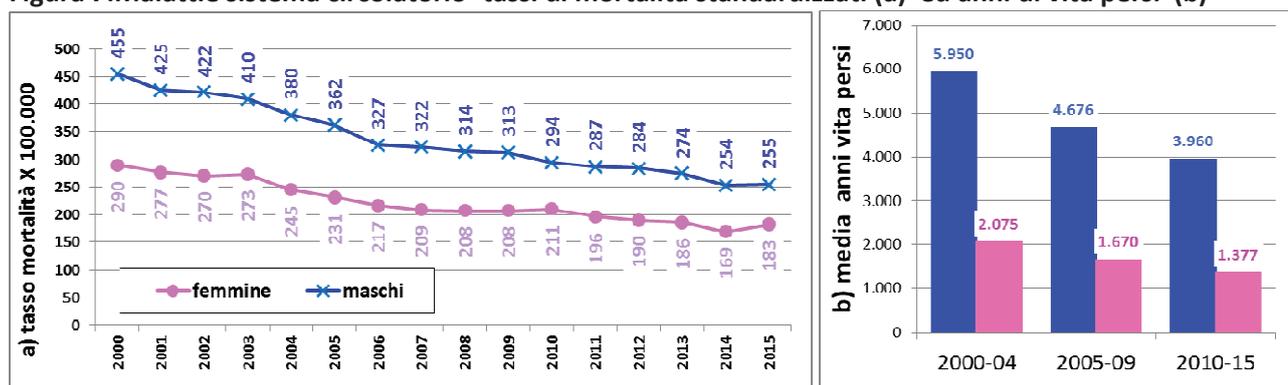
### PATOLOGIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Pur essendo al primo posto come causa di morte nelle donne (36,5%) e al secondo negli uomini (28,6%), hanno un minore impatto in termini di PYLL (14,7% del totale), soprattutto nel sesso femminile dove l'età media di morte per queste cause è assai avanzata (87,4 anni).

La mortalità per malattie del sistema circolatorio è inferiore rispetto ai dati nazionali per entrambi i sessi ed in linea con i dati lombardi.

Il numero dei deceduti per malattie del sistema circolatorio è stabile, ma i tassi di mortalità aggiustati per età si sono ridotti di più di 1/3 in entrambi i sessi nel periodo (-3,8% annuo nei maschi e -3,3% nelle femmine); simile anche la diminuzione dei PYLL.

Figura 7: Malattie sistema circolatorio- tassi di mortalità standardizzati (a) ed anni di vita persi (b)



### EVENTI CCV ACUTI.

In base ai dati incrociati dei ricoveri e della mortalità è stato possibile stimare incidenza e letalità di Infarto Miocardico Acuto (IMA) e dell'Ictus per il periodo 2001-2015.

Annualmente si verificano circa 3.000-3.500 episodi di IMA, di cui circa il 40% con esito letale e circa 2.600 episodi di Ictus, di cui circa 1/3 letale. Vi sono più IMA nei maschi e più Ictus nelle femmine, ma i tassi sono fortemente influenzati dall'età; a parità di età sono sempre più elevati nei maschi soprattutto nelle classi d'età più giovani. I tassi degli eventi totali standardizzati mostrano, per entrambi i sessi e per entrambe le patologie, una significativa diminuzione nel periodo considerato, in particolare per IMA -22% in entrambi i sessi e per ICTUS -29% nei maschi e -32% nelle femmine.

### I TRAUMI E GLI AVVELENAMENTI

Hanno causato 456 decessi (il 59,4% nei maschi), ma dal momento che una buona parte di questi avviene in giovane età, sono stati per i maschi la seconda causa di perdita di anni di vita e, considerando entrambi i sessi, hanno causato la perdita di 5.309 anni (15,0%). In particolare nei maschi si è notata una forte perdita di anni a causa degli incidenti di trasporto (1.604 PYLL per 56 casi) e dei suicidi (1.205 PYLL per 58 casi).

La mortalità per cause esterne nella ATS è inferiore rispetto alla media nazionale e simile rispetto alla media regionale.

Un importante fattore di cui bisogna tener conto è che nei giovani i traumi sono il risultato di un evento "esterno", mentre per gli anziani sono spesso conseguenza di una condizione di "fragilità" dell'individuo:

- nella popolazione giovane-adulta le cause esterne colpiscono soprattutto i maschi ma vi è un trend in chiara diminuzione, in gran parte grazie alla riduzione della mortalità per incidenti stradali in entrambi i sessi (un trend che si rileva anche a livello nazionale)
- negli anziani e nei grandi anziani vi è un aumento della mortalità per cause esterne legate all'aumento della popolazione fragile (fratture patologiche etc.)

### LE PATOLOGIE CRONICHE

L'integrazione dei vari flussi informativi nati con uno scopo amministrativo-gestionale consente di mappare e monitorare la situazione epidemiologica delle principali malattie croniche tramite la

Banca Dati Assistiti (BDA). Nel corso del 2016 sono state assistite dalla ATS di Brescia 1.200.806 persone, di cui 370.578 (30,86%) risultano presi in carico nel 2016 per almeno una delle 15 condizioni patologiche considerate, di questi, 206.414 presentano una sola patologia, 98.686 due patologie, mentre 65.478 ne associano un numero superiore. Le combinazioni con cui le diverse patologie possono presentarsi nella stessa persona sono numerosissime potendosi osservare la presenza contemporanea di più patologie nello stesso soggetto. Il numero di patologie concomitanti può essere considerato come un indice di gravità e complessità clinico-terapeutico-assistenziale del singolo soggetto: in totale si possono contare 627.563 situazioni patologiche individuate, pari ad una media di 1,69 se rapportato ai soli assistiti presi in carico per almeno una patologia (era di 1,50 nel 2003).

La Tabella 4 sottostante presenta i dati dei presi in carico per ognuna delle condizioni patologiche esaminate in ordine decrescente di presa in carico; è inoltre riportato il numero di portatori della patologia isolata. Nella Tabella 5 vengono riportate le prevalenze per i vari gruppi di patologie e la variazione annuale per il periodo 2003-2016.

**Tabella 4 – Presa in carico delle singole patologie. BDA 2016, ATS di Brescia**

	Persone prese in carico		Persone prese in carico per la condizione isolata		
	Numero	Presa in carico (x 1000)	Numero	Presa in carico (x 1000)	% forme isolate sul totale
<b>Cardiovascolopatie</b>	239.025	199,1	101.896	84,9	42,6%
<b>Diabete</b>	69.635	58,0	13.226	11,0	19,0%
<b>Dislipidemie</b>	62.404	52,0	7.614	6,3	12,2%
<b>Neoplasie</b>	57.905	48,2	18.781	15,6	32,4%
<b>Broncopneumopatie</b>	36.276	30,2	15.278	12,7	42,1%
<b>Malattie endocrine</b>	32.342	26,9	10.872	9,1	33,6%
<b>E/G/Duodenopatie</b>	33.274	27,7	4.345	3,6	13,1%
<b>Neuropatie</b>	24.150	20,1	6.396	5,3	26,5%
<b>Epato-enteropatie</b>	18.364	15,3	8.232	6,9	44,8%
<b>M. psichiatriche gravi</b>	12.910	10,8	4.412	3,7	34,2%
<b>Malattie autoimmuni</b>	15.275	12,7	4.906	4,1	32,1%
<b>M. rare</b>	13.070	10,9	7.820	6,5	59,8%
<b>Insufficienza renale</b>	7.155	6,0	294	0,2	4,1%
<b>HIV/AIDS</b>	3.638	3,0	2.201	1,8	60,5%
<b>Trapianti</b>	2.140	1,8	141	0,1	6,6%
<b>totale patologie</b>	627.563				
<b>Totale persone con patologia cronica</b>	370.578	308,6			
<b>Senza patologia cronica</b>	830.228	691,4			
<b>Di cui nessun contatto</b>	204.499	170,3			
<b>Totale assistiti</b>	1.200.806				

**Tabella 5 – Presa in carico delle singole patologie nel tempo (2003-2016)**

	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	prevalenza	n° assoluto assistiti
Cardiovascolopatie	173,4	185,1	188,1	188,8	194,1	197,0	198,6	199,1	15%	31%
Diabete	38,9	43,4	45,8	48,7	52,4	55,4	57,4	58,0	47%	69%
Dislipidemie*	29,2	39,0	43,5	38,8	43,9	48,1	50,9	52,0	75%	100%
Neoplasie	35,0	35,5	38,3	38,9	40,8	43,9	47,0	48,2	34%	53%
Broncopneumopatie	30,3	31,6	31,0	28,3	28,4	28,9	29,8	30,2	-2%	13%
Malattie endocrine	14,5	16,9	18,6	20,5	23,1	26,1	25,3	26,9	74%	99%
E/G/Duodenopatie	9,7	12,6	13,3	14,4	20,2	25,2	28,7	27,7	197%	240%
Neuropatie	16,0	17,2	17,1	17,4	18,1	18,7	19,7	20,1	23%	41%
Epato-enteropatie	10,6	12,2	13,1	13,2	14,0	14,4	15,0	15,3	42%	63%
M. psichiatriche gravi	7,7	8,5	9,5	9,7	9,9	9,8	10,6	10,8	37%	57%
Malattie autoimmuni	3,7	4,6	5,4	6,8	8,4	10,5	12,2	12,7	231%	279%
M. rare	2,6	3,9	4,9	6,0	7,4	8,9	10,2	10,9	301%	359%
Insufficienza renale	3,6	4,3	4,7	4,6	5,0	5,3	5,7	6,0	58%	81%
HIV/AIDS	2,2	2,4	2,6	2,7	2,8	2,9	3,0	3,0	40%	60%
Trapianti*	0,6	0,7	1,1	1,2	1,4	1,5	1,7	1,8	190%	232%
Con patologia cronica	251,8	266,2	272,1	275,7	286,5	297,1	305,1	308,6	21%	39%
senza patologia cronica	748,2	733,8	727,9	724,3	713,5	702,9	694,9	691,4	-7%	6%
di cui nessun contatto	161,9	168,0	170,0	159,8	162,5	162,6	163,4	170,3	0,9%	15,4%

Nel 2003 gli assistiti presi in carico per patologie croniche erano 251,8/1.000, passati a 308,6/1.000 nel 2016: un aumento del 21%. In termini assoluti l'aumento è stato ancora più rilevante, pari ad un +39% (da 263.936 a 370.578 assistiti). Per tutte le patologie (figura 1), ad eccezione delle Broncopneumopatie, vi è stato un aumento nel corso degli ultimi anni sia in termini assoluti che in termini di percentuale di presa in carico.

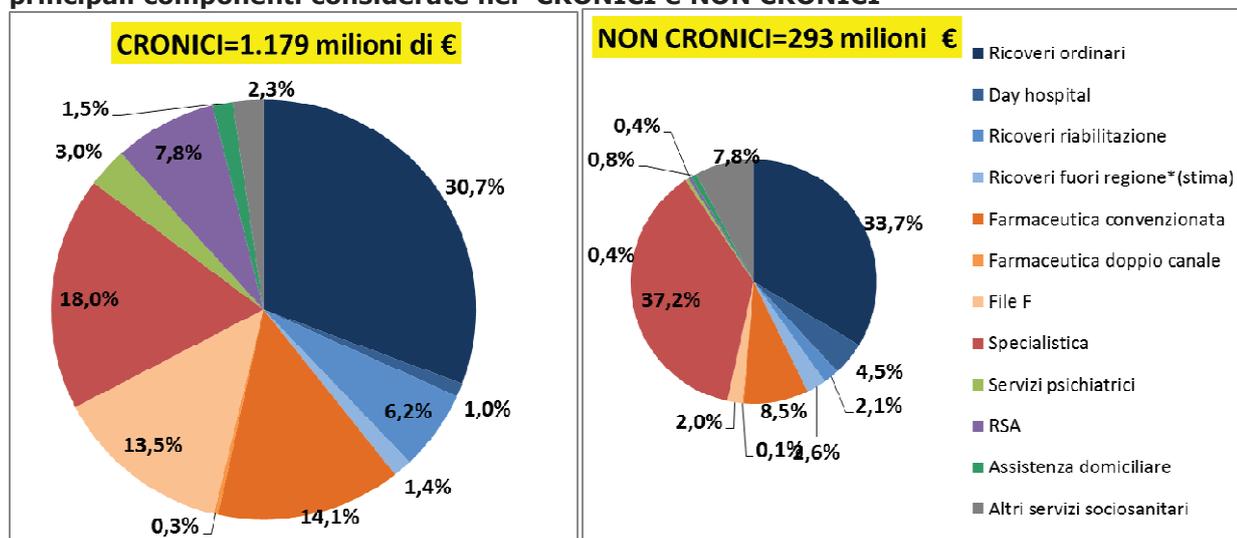
**CONSUMO DI RISORSE PER INTERA POPOLAZIONE**

Nel 2016 il consumo di risorse secondo BDA è stato di 1.472 milioni di euro, per un consumo medio pro-capite di 1.226 €.

I cronici che rappresentano il 30,9% della popolazione assistita hanno assorbito 80,1% delle risorse con un consumo medio pro-capite di 3.181 € mentre i non cronici (69,1% della popolazione) avevano un medio pro-capite di 353 €. Si deve tener conto comunque che l'età media in questo gruppo (34,7 anni) è notevolmente più bassa rispetto ai portatori di patologie croniche (63,3 anni).

In percentuale per i non cronici è relativamente più basso il consumo di farmaci (10,7% del totale) e più elevato quello per la Specialistica ambulatoriale (37,2%).

**Figura 8: BDA 2016 dell'ATS di Brescia: consumo di risorse sanitarie con ripartizione tra le principali componenti considerate nei CRONICI e NON CRONICI**

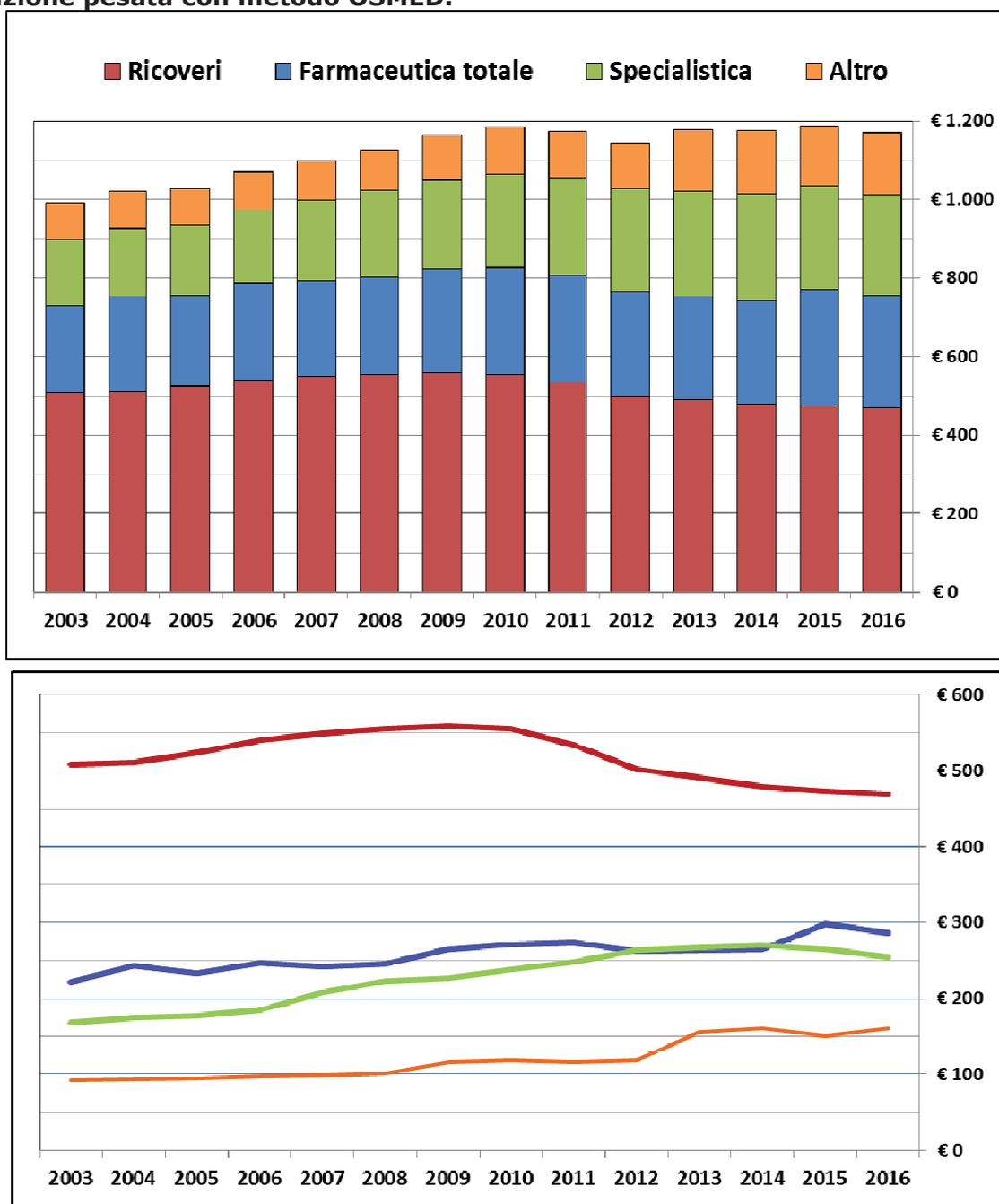


Nel periodo 2003-2016 si vede un aumento complessivo delle risorse complessive consumate fino al 2010, con valori relativamente stabili negli anni successivi (Figura 4). In particolare le risorse consumate per i ricoveri sono cresciute dal 2003 al 2010 e poi diminuite fino al 2016. Le risorse per la farmaceutica totale sono aumentate marcatamente fino al 2010 per poi rimanere stabili e riprendere a crescere dal 2015 (contributo farmaci File F). Più che raddoppiata la specialistica dal 2003 al 2014 con una stabilizzazione negli ultimi 2 anni. In costante crescita il consumo per "Altro".

Tale crescita risente però sia dell'aumento sia della numerosità della popolazione in ATS Brescia che del suo invecchiamento e per tale ragione si riportano gli stessi grafici riferiti al consumo pro-capite sulla popolazione aggiustata per età con metodo OSMED, in tale prospettiva è molto più evidente:

- il calo del consumo pro-capite per ricoveri dopo il 2010
- l'aumento della farmaceutica
- la stabilizzazione della specialistica nell'ultimo biennio dopo un periodo in cui era raddoppiata

**Figura 5: Consumo risorse pro\_capite nel periodo 2003-2016 nell'ATS di Brescia sulla popolazione pesata con metodo OSMED.**



## AREA CONTROLLI SUGLI EPISODI DI RICOVERO E CURA

L'attività di controllo che riguarda le prestazioni erogate in regime di ricovero presso le strutture pubbliche e private accreditate a contratto dell'ATS di Brescia è effettuata dall'UO Qualità e Appropriatelyzza delle Prestazioni di Ricovero e Cura.

Come per i quattro anni precedenti, anche per il 2017 si conferma l'indicazione che almeno il 14% delle attività di ricovero siano soggette a controlli.

In particolare la quota di controllo prevista al fine di raggiungere il valore complessivo del 14% è così composta:

- **quota fino al 3%** riferita ad autocontrollo della qualità della documentazione clinica effettuata a cura degli erogatori e selezionata con modalità di campionamento casuale dall'ATS;
- **quota di almeno il 7%** riferita ai controlli di congruenza e appropriatezza generica selezionata con campionamento mirato dall'ATS;
- **quota fino al 4%** riferita ad attività di autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica sulle prestazioni di ricovero effettuata a cura dei soggetti erogatori e selezionata da parte degli stessi con modalità da essi definite e dichiarate all'ATS con apposito Piano Controlli entro la fine di gennaio del 2017.

### SINTESI DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEL 2016

L'attività per l'anno 2016, iniziata a marzo e conclusa a fine febbraio 2017, ha previsto un controllo di almeno n. 27.919 pratiche, pari al 14% della produzione. Il controllo in modalità mirata, con verifica della congruenza di codifica della SDO e dell'appropriatezza generica/organizzativa ha riguardato in generale, oltre alle prestazioni oggetto di particolari disposizioni regionali, le tipologie di controllo già in essere nel 2015.

Nelle tabelle successive si riportano i risultati in termini numerici dei controlli effettuati fino al 28/2/2017 (Tabella n.4) ed il totale delle SDO/Cartelle Cliniche verificate in Autocontrollo e Mirato con la distribuzione delle valorizzazioni economiche pre e post-controllo (Tabella n. 3), nonché i controlli mirati suddivisi per area di ricovero e tipologie di campionamento (Tabella n. 1 e n. 2).

**Tabella n. 1 Controlli mirati per area di ricovero (dal 01/03/2016 al 28/02/2017)**

Ricoveri erogati	Cartelle controllate	Cartelle modificate	% Cartelle modificate
ricoveri programmati	5.235	527	10,0
ricoveri urgenti	5.985	440	7,3
day-hospital	1.886	317	16,8
sub-acuti	120	8	6,6
area riabilitazione	990	110	11,1
<b>Totale</b>	<b>14.216</b>	<b>1.402</b>	<b>9,9</b>

**Tabella n. 2 Controlli mirati per tipologia di campionamento (dal 01/03/2016 al 28/02/2017)**

Tipologia di campionamento	Cartelle controllate	Cartelle modificate	% Cartelle modificate
108 drg potenzialmente inappropriati	3.904	441	11,3
drg complicati	1.843	143	7,7
indicatori regionali	7.521	597	7,9

N.B. una cartella ispezionata può rientrare in più tipologie di campionamento.

**Tabella n. 3 Controlli sui ricoveri anno 2016**

	Cartelle controllate		Cartelle modificate		Cartelle modificate %	Decurtazione economica (%)
	N° cartelle	Valore originale	N° cartelle	Importo modificato		
autocontrollo 3%	5.769	€ 19.553.497,00	31	€ 88.598,40	0,5%	0,5%
autocontrollo 4%	7.934	€ 26.728.637,00	262	€ 222.469,40	3,3%	0,8%
congruenza mirata 7%	14.216	€ 64.210.550,00	1.402	€ 3.084.794,40	9,9%	4,8%
<b>Totale controlli</b>	<b>27.919</b>	<b>€ 110.492.684,00</b>	<b>1.695</b>	<b>€ 3.395.862,20</b>	<b>6,1%</b>	<b>3,1%</b>

**Tabella n. 4 Controlli sui ricoveri stratificato per tipo erogatore anno 2016**

	Cartelle controllate		Cartelle modificate		Cartelle modificate %	Decurtazione economica (%)
	N° cartelle	Valore originale	N° cartelle	Importo modificato		
<b>Privato</b>						
autocontrollo 3%	2.283	€ 8.681.214,00	11	€ 35.896,10	0,5%	0,4%
autocontrollo 4%	3.091	€ 11.335.895,00	65	€ 70.085,80	2,1%	0,6%
congruenza mirata 7%	5.624	€ 26.487.518,00	520	€ 1.077.713,90	9,2%	4,1%
<b>Totale controlli</b>	<b>10.998</b>	<b>€ 46.504.627,00</b>	<b>596</b>	<b>€ 1.183.695,80</b>	<b>5,4%</b>	<b>2,5%</b>
<b>Pubblico</b>						
autocontrollo 3%	3.486	€ 10.872.283,00	20	€ 52.702,30	0,6%	0,5%
autocontrollo 4%	4.843	€ 15.392.742,00	197	€ 152.383,60	4,1%	1,0%
congruenza mirata 7%	8.592	€ 37.723.032,00	882	€ 2.007.080,50	10,3%	5,3%
<b>Totale controlli</b>	<b>16.921</b>	<b>€ 63.988.057,00</b>	<b>1.099</b>	<b>€ 2.212.166,40</b>	<b>6,5%</b>	<b>3,5%</b>

Le maggiori criticità sono state rilevate, nell'ambito dei ricoveri programmati, dei DH, dell'area di riabilitazione e dei 108 drg potenzialmente inappropriati.

L'attività di Autocontrollo della qualità della documentazione clinica, a cura dei soggetti erogatori (come da DGR VIII/10077 del 07 agosto 2009) e con successiva verifica ATS, conferma anche quest'anno il trend positivo registrato negli anni precedenti. Dall'introduzione di tale tipologia di controllo, nel corso degli anni si è rilevato un graduale e costante miglioramento nella gestione della cartella clinica, con una buona compliance alle indicazioni regionali in materia. Il livello di concordanza riscontrato con maggior frequenza nel 2016, come per gli anni precedenti, è stato "Massimo".

Per quanto riguarda le verifiche per l'autocontrollo 4% di congruenza, finora non sono emerse particolari criticità, anche in considerazione del fatto che le stesse sono state introdotte per la prima volta quattro anni fa.

#### **SANZIONI NELL'AMBITO DELL'ATTIVITA' ISPETTIVA DI RICOVERO E CURA**

Le sanzioni sono state irrogate in quanto le prestazioni erogate non sono state correttamente codificate/rapresentate.

<b>Sanzioni Attività Ricovero e Cura</b>		
<b>Struttura</b>	<b>N. Strutture</b>	<b>n. Sanzioni</b>
Pubblica	2	2
Private	2	2

## PIANIFICAZIONE 2017

L'attività di controllo per l'anno 2017 è rivolta alla verifica delle attività erogate e poste a carico del SSR, dando la priorità alla verifica della produzione dell'anno in corso e agli Enti Erogatori Accreditati insistenti sul territorio dell'ATS di Brescia.

La pianificazione dei controlli 2017 terrà conto delle indicazioni e raccomandazioni contenute nel Piano Controlli Quadro dell'ACSS.

Si prevede il controllo di almeno il 14% dell'attività di ricovero, così come indicato dalla DGR X/5954 del 5/12/2016, calcolato sulla produzione 2016, confermando così la percentuale di controlli fissata nei quattro anni precedenti.

Si prevedono quindi l'attività di Autocontrollo inerente alla completezza della documentazione clinica e l'attività di Autocontrollo di congruenza di codifica/appropriatezza generica (o organizzativa), con successive e specifiche verifiche da parte dell'ATS, nonché l'attività di controllo di tipo Mirato, dando la priorità alle prestazioni erogate nel corso dell'esercizio 2017. Le attività di controllo si chiuderanno entro fine febbraio 2018.

In particolare, nell'ambito di tutte le tipologie di controllo, in caso di riscontro di gravi carenze documentali rispetto ai requisiti previsti dalla normativa vigente, si procederà alle decurtazioni economiche previste dalla DGR 621/2010.

L'ATS produrrà trimestralmente una relazione all'ACSS dove saranno esplicitati i criteri utilizzati per la composizione dei campioni, con evidenza delle tipologie di interesse locale e delle motivazioni che hanno condotto alla loro individuazione.

L'ATS trasmetterà altresì mensilmente alla Regione ed alla ACSS le informazioni relative alle diffide ed alle sanzioni amministrative e comunque sarà prontamente segnalato ogni evento di particolare rilevanza in merito ai controlli.

Il preavviso della visita ispettiva e la trasmissione degli elenchi delle pratiche soggette a controllo non saranno inoltrate dalla ATS alle Strutture prima delle 48 ore precedenti il controllo, secondo quanto ribadito nel Piano Controlli Quadro dell'ACSS.

### **Autocontrollo:**

- è prevista una quota fino a 3 punti percentuali riferita ad attività di controllo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e successiva verifica, con selezione del campione di tipo casuale effettuata da parte dell'ATS, così come esplicitato dalla DGR X/5954/2016 e secondo la check-list prevista nel Piano Controlli Quadro della ACSS;
- è prevista una quota fino a 4 punti percentuali riferita ad attività di controllo di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti erogatori con criteri definiti nel Piano di Controllo Aziendale trasmesso all'ATS entro il 31/01/2017 e successiva validazione da parte del Responsabile NOC. In merito alla modalità ed alla tempistica della verifica di tipo casuale si rimanda alla normativa regionale: DGR n. IX/4334/2012 e sua circolare attuativa, DGR 1185/2013, sub all.3, DGR 4702/2015 e DGR 5954 del 05/09/2016.

### **Controlli di tipo Mirato**

- è stabilita una quota di verifica del 7% come da DGR X/5954/2016, riferita all'attività di controllo con campionamento di tipo mirato per la verifica della congruenza di codifica e dell'appropriatezza generica/organizzativa.

Si prevede che i monitoraggi/controlli siano, soprattutto, in merito a:

- indicazioni già pubblicate dallo strumento "Interpello" della Direzione Generale Welfare, anche per quanto stabilito dai verbali del "Gruppo di Lavoro Regionale per l'Accreditamento, l'Appropriatezza e il Controllo delle Prestazioni Sanitarie di Ricovero ed Ambulatoriali";
- indicatori Regionali, così come specificati dalla DGR IX/2633 del 06 dicembre 2011, calcolati e forniti dalla Direzione Generale Sanità, I1-percentuale di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni, I2-percentuale casi complicati, I3-incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa, I4-percentuale di ricoveri ripetuti per la stessa MDC e nello stesso ospedale, I5-percentuale di ricoveri ripetuti all'interno dello stesso ospedale, I6-numero di accessi per record di day

- hospital, I7-percentuale di procedure effettuate in ambulatorio, I8-importo medio per reparto, I9-percentuale di casi ordinari con degenza 4/5 giorni;
- tipologia di campione (ex Fattispecie) 1- Ricoveri ripetuti per acuti, 2- Ricoveri con assegnazione di DRG complicato, 3- Ricoveri per acuti con attribuzione di DRG anomalo, 4- Ricoveri ordinari per acuti, di durata inferiore a 4 giorni, con presenza in diagnosi principale di patologia neoplastica ed assegnazione di DRG non chirurgico, 5- Ricoveri in DH per motivi diagnostici, con esecuzione di nessuna o una sola procedura, 6 (ex eventi 6 e 7) - Ricoveri di Riabilitazione;
  - 108 DRG a rischio di inappropriata di cui al Patto per la Salute 2010 – 2012 come da DGR X/5954/2016 - LEA medici e/o chirurgici, con particolare riferimento a quelli programmati ed afferenti all'area medica;
  - ricoveri a tariffa più remunerativa, anche per superare la quota di 1,3 di peso medio DRG delle cartelle controllate, secondo quanto indicato dall'ACSS nel Piano Controlli Quadro.
  - Incremento dei controlli sui DRG 169, 408, 576 e 359 in modo da poter superare la quota di frazione di campionamento fissata dalla ACSS nel Piano Controlli Quadro (rispettivamente 46%, 23%, 12% e 8%).
  - riduzione dei controlli sui DRG 365, 430, 270, 104, 014, 428, 260, 256, 443, 149, 266 in modo da non superare la quota di frazione di campionamento stabilita dalla ACSS nel Piano Controlli Quadro (rispettivamente 11%, 12%, 24%, 16%, 9%, 14%, 14%, 5%, 16%, 7%, 19%).
  - attività di cure SubAcute, per la verifica della corretta eleggibilità dei pazienti e della corretta attribuzione dell'indice di intensità assistenziale ( DGR n.1479 del 30/3/2011).
  - area riabilitativa;
  - Day Hospital, per appropriatezza del livello assistenziale;
  - aree di interesse locale ed eventuali criticità emerse anche sulla base delle precedenti attività ispettive.

**Indicatore:** Obiettivo Regionale = 14%, calcolato sulla produzione 2016.

## AREA CONTROLLI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

La produzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSR ha visto negli ultimi anni una graduale diminuzione da un punto di vista numerico. In contrapposizione, l'attività di controllo è in continua evoluzione sia in termini di tipologia sia di metodologia di lavoro.

La prescrizione su ricetta dematerializzata (DEM) di prestazioni specialistiche ambulatoriali è ormai diffusa su tutto il territorio regionale, facendo emergere nuove problematiche operative sia in fase di erogazione sia in fase di controllo.

In questo momento di transizione si rilevano fisiologici disallineamenti tra le banche dati coinvolte (es. 28/SAN versus MEF) e incongruenze normative nei manuali applicativi di riferimento (es. regole MOSA e regole compilazione flusso 28/SAN).

Il panorama si caratterizza, inoltre, dalla recente introduzione del DPCM 12/01/2017 "*Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*" che va a ridefinire e aggiornare i livelli essenziali di assistenza, sia sul fronte della compartecipazione alla spesa, sia nell'introduzione di nuove prestazioni, coi relativi vincoli di appropriatezza e di regime di erogazione. Dal momento che i contenuti ministeriali non sono sempre sovrapponibili a quelli attualmente vigenti in Regione Lombardia, il tema dell'appropriatezza di cura dovrà essere nuovamente affrontato alla luce del recepimento dei nuovi indirizzi.

Bisogna considerare altresì la continua evoluzione dei sistemi applicativi disponibili, con la conseguente necessità di modificare in itinere la metodologia di lavoro.

A quanto sopra descritto si aggiunge l'opportunità di integrare le attività di controllo con le competenze di altre articolazioni aziendali, nell'ottica di implementare la sinergia d'azione.

## SINTESI DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEL 2016

Nel corso dell'attività 2016 sono stati oggetto di controllo 199.500 record corrispondenti al 4% della produzione 2015, così come riportato nella tabella 1.

**Tabella 1**

PRODUZIONE 2015 (N. PRESCRIZIONI) REGIME DI EROGAZIONE 1,7,8,9,C, TIPO PRESTAZIONE O,U,Z	NUMERO ATTESO PER L'ESERCIZIO 2016 (3,5%PRODUZIONE)	NUMERO CONTROLLATO AL 28/02/2017	CONTROLLATO AL 28/02/2017
<b>5.017.998</b>	<b>175.630</b>	<b>199.500</b>	<b>4,0%</b>

L'effetto dell'attività di controllo ha comportato una decurtazione economica pari al 4,6% del valore originale come riportato nella tabella 2.

**Tabella 2**

TOTALE RECORD CONTROLLATI	IMPORTO ORIGINALE	DECURTAZIONE	DECURTAZIONE	CONFERMATE
<b>199.500</b>	<b>€ 15.883.276,05</b>	<b>€ 736.804,80</b>	<b>4,6%</b>	<b>85%</b>

L'attività ispettiva in sei situazioni ha rilevato carenze/inesattezze configuranti una decurtazione economica  $\geq$  al 5% della valorizzazione dell'intero campione esaminato, così come definito dalla DGR IX/2057 del 28/07/2011. I procedimenti sanzionatori sono stati avviati per presidio ospedaliero come da DGR X/1185/2013 e ai sensi dell'art. 17 della L.R. 33 del 30 dicembre 2009 così come modificata dell'art. 27 quinquies della L.R. 23 del 11/08/2015 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità comma 1, punti e/f).

### **SANZIONI NELL'AMBITO DELL'ATTIVITA' ISPETTIVA DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

Le sanzioni sono state irrogate a seguito di errori di codifica e di non corretta rappresentazione delle prestazioni nel flusso 28/SAN e per inosservanza delle disposizioni relative al rispetto dei criteri di appropriatezza di erogazione delle prestazioni.

<b>Sanzioni Attività Ambulatoriale</b>		
<b>Struttura</b>	<b>n. Strutture</b>	<b>n. Sanzioni</b>
Pubblica	3	4
Private	2	2

La tabella 3 raffigura l'esito dei controlli sulle prestazioni ambulatoriali sia dal punto di vista quantitativo, sia dal punto di vista economico. Come da Regole di Sistema si è privilegiato il controllo statistico-formale.

**Tabella 3**

<b>TIPOLOGIA DI CONTROLLO</b>	<b>NUMERO RECORD</b>	<b>IMPORTO ORIGINALE</b>	<b>DECURTAZIONE</b>
CONTROLLI IN LOCO	34.520	€ 7.024.209,61	€ 345.644,44
CONTROLLI STATISTICO FORMALI	164.980	€ 8.859.066,44	€ 391.160,36
<b>TOTALE</b>	<b>199.500</b>	<b>€ 15.883.276,05</b>	<b>€ 736.804,80</b>

La tabella 4 riepiloga i controlli delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per tipologia di struttura.

**Tabella 4**

<b>TIPO STRUTTURA</b>	<b>CONTROLLATI</b>	<b>IMPORTO ORIGINALE</b>	<b>DECURTAZIONE</b>	<b>DECURTAZIONE</b>	<b>CONFERMATE</b>
STRUTTURE PUBBLICHE	99.466	€ 7.901.948,45	€ 366.786,65	4,6%	88,3%
STRUTTURE PRIVATE	100.034	€ 7.981.327,60	€ 370.018,15	4,6%	81,4%
<b>TOTALE</b>	<b>199.500</b>	<b>€ 15.883.276,05</b>	<b>€ 736.804,80</b>	<b>4,6%</b>	<b>84,9%</b>

### **SINTESI DEGLI ASPETTI PIÙ SIGNIFICATIVI DELL'ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2016**

Per quanto concerne l'esercizio 2016, l'attività di controllo si è concentrata prevalentemente su tipologie di interesse locale, in cui confluiscono le risultanze dei controlli degli anni precedenti e delle specifiche emerse dalle diverse strutture erogatrici.

#### **Prestazioni odontoiatriche**

Complessivamente la produzione ambulatoriale odontoiatrica a carico del SSR nell'anno 2015, erogata dalle strutture accreditate e a contratto del territorio ATS Brescia (3 ASST e 2 private), selezionata tramite il codice disciplina 035 - odontostomatologia, consta di 103.001 prestazioni, pari a 63.220 prescrizioni (81,8% strutture pubbliche e 18,2% strutture private) per un valore lordo di 2.249.543,14 €, così come riportato nella tabella n.5.

**Tabella 5**

<b>TIPO STRUTTURA</b>	<b>PRESTAZIONI</b>	<b>PRESCRIZIONI</b>	<b>VALORE</b>
STRUTTURE PUBBLICHE	84.281	50.991	€ 1.803.631,85
STRUTTURE PRIVATE	18.720	12.229	€ 445.911,29
<b>TOTALE</b>	<b>103.001</b>	<b>63.220</b>	<b>€ 2.249.543,14</b>

Le prestazioni odontoiatriche nel periodo osservato rappresentavano lo 0,48 % della produzione ambulatoriale complessiva sul territorio di competenza, corrispondente allo 0,65% del valore economico complessivo.

Durante l'attività ispettiva 2016 sono state campionate 2.299 prescrizioni, pari al 3,6% della produzione specifica, i cui esiti sono riportati nella tabella n.6.

**Tabella 6**

<b>TIPO STRUTTURA</b>	<b>PRESCRIZIONI CONTROLLATE</b>	<b>IMPORTO ORIGINALE</b>	<b>DECURTAZIONE</b>	<b>DECURTAZIONE</b>	<b>CONFERMATE</b>
STRUTTURE PUBBLICHE	1.799	€ 105.850,91	€ 40.771,09	38,5%	57,6%
STRUTTURE PRIVATE	500	€ 25.948,36	€ 1.039,52	4,1%	91,6%
<b>TOTALE</b>	<b>2.299</b>	<b>€ 131.799,27</b>	<b>€ 41.810,61</b>	<b>31,7%</b>	<b>65,0%</b>

## Principali criticità rilevate

- Errori di compilazione nel Flusso 28/SAN dei campi "data contatto" e "data fine" che hanno reso difficile la puntuale correlazione delle prestazioni erogate nel periodo di riferimento.
- Incongruo utilizzo del codice "visita di controllo" per la mera lettura dell'ortopanoramica (OPT) richiesta in occasione del primo accesso.
- Documentazione clinica scarsa e poco fruibile allo scopo di valutare la congruenza e l'appropriatezza rispetto all'accesso nei LEA odontoiatrici con riferimento principalmente a:
  - la valutazione dello status odontoiatrico del paziente al momento dell'accesso;
  - l'indice dmft/DMFT utile a identificare il rischio nell'età evolutiva;
  - l'indice di necessità di trattamento ortodontico (IOTN) nell'età evolutiva;
  - il piano terapeutico ed eventuali variazioni/aggiornamenti;
  - la frequente assenza delle radiografie endorali diagnostiche come parte integrante della documentazione clinica che costituisce la cartella ambulatoriale.
- Prestazioni non inserite nel Nomenclatore Tariffario Regionale (NTR) in quanto già ricomprese nella tariffa della conseguente prestazione, rendicontate in 28/SAN con codici "assimilati" (esempio "impronte in alginato" per successiva inserzione di protesi o "test di studio" per successivi trattamenti ortodontici).
- Lo "studio del caso ortognatodontico" nei pazienti in età evolutiva, erogato in regime di solvenza, malgrado rappresenti parte integrante del trattamento ortodontico (cod. 24.70.1, cod. 24.70.2, cod. 24.70.3) e sia garantito dal SSN ai soggetti con indice IOTN = 4 o 5.
- Il posizionamento della diga, erogato in regime di solvenza benché, qualora necessario, sia da considerarsi ricompreso nell'ambito della prestazione odontoiatrica.
- La rendicontazione del trattamento di "terapia canalare" cod. 23.71.1 anche per i denti decidui, benché i programmi di tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva prevedano la terapia delle lesioni cariose della dentatura decidua con tecniche minimali (restauri atraumatici), riservando le terapie canalari alle lesioni dei denti permanenti.
- Prestazioni "aggiuntive" o duplicate in occasione di terapia canalare in denti monoradicoliati (cod. 23.71.1) o pluriradicoliati (cod. 23.71.2). Incongrua aggiuntiva rendicontazione del cod. 96.59 "altra irrigazione di ferita" a fronte di una o più medicazioni canalari, effettuate sul medesimo elemento dentale trattato, o doppia rendicontazione dei codici della terapia canalare qualora effettuata in sedute diverse. Nel NTR le tariffe corrispondenti sono da intendersi per l'esecuzione del trattamento completo sul dente, esclusa l'otturazione, a prescindere dal fatto che venga effettuata in una o più sedute.
- Utilizzo del cod. 23.19 "altra estrazione chirurgica di dente" (odontectomia NSA, rimozione di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo mucoperiostale) anziché il codice congruo 23.09 "estrazione di dente permanente".
- Rendicontazione dei codici 96.54.3 "cura di stomatite, gengivite, alveolite", cod. 96.59 "irrigazione ferita" e cod. 93.56.1 "fasciatura semplice" in assenza di evidenza documentale.
- Rendicontazione del cod. 89.01.E "visita odontostomatologica di controllo" durante l'accesso per la rimozione dei punti di sutura conseguente ad estrazione dentaria/radici.
- Rendicontazione del cod. 96.54.1 "ablazioni del tartaro" con quantità corrispondente al numero delle sedute di trattamento o per arcata.
- Frammentarietà prescrittiva, mediante compilazione di più richieste anche limitate a singole prestazioni che ha reso complesso ricostruire il percorso di cura del paziente, benché su una

medesima ricetta possono essere prescritte più prestazioni della stessa disciplina, come previsto nel piano terapeutico, fino ad un massimo di otto, da eseguirsi presso la stessa struttura in momenti successivi.

I controlli hanno evidenziato la necessità per il futuro di selezionare tutta la casistica relativa al singolo assistito anziché le singole prescrizioni, in quanto solo attraverso l'intero percorso di cura è possibile discriminare in modo mirato errori di congruenza e non appropriatezze.

### **Monitoraggio incruento della saturazione arteriosa in PS (cod. 89.65.5)**

Dai monitoraggi effettuati sulle prestazioni di PS erogate nel 2015 si è riscontrato un utilizzo del codice in oggetto con percentuali variabili dal 20% al 90% per struttura, rispetto al numero di accessi. I conseguenti controlli esterni hanno evidenziato che alcuni erogatori rendicontano in modo non appropriato la prestazione anche in caso di accessi per traumi minori, distorsioni, corpi estranei oculari, sciatalgie, ecc., e talora più di una volta nello stesso accesso. Le prestazioni non ritenute appropriate al fine del giudizio clinico correlato alla patologia specifica sono state annullate.

### **Ecografia ostetrica**

Prevalentemente in pronto soccorso si è rilevato l'utilizzo del codice 88.78 "ecografia ostetrica" per pazienti in gravidanza a termine o a rischio, a fronte di annotazioni nel verbale di PS riportanti la dicitura "ECO OFFICE, ECO VITALITY o ECO FAST".

Le linee guida della Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologica (SIEOG) del 2015 definiscono l'eco-office un esame di supporto alla visita ostetrico-ginecologica, diverso dall'esame "standard", e pertanto non richiedente una refertazione specifica. La paziente deve essere informata degli scopi e dell'utilità di tale metodologia di esame nonché dei suoi limiti in modo da consentire da parte della stessa un assenso consapevole.

Per tali motivazioni non si è ritenuto corretta l'assimilazione con l'ecografia ostetrica "standard" cod. 88.78, anche in analogia a quanto già stabilito da Regione Lombardia per l'ecografia fast impiegata nell'area dell'emergenza - urgenza (GdL 09/05/2012).

### **Utilizzo dell'urgenza differibile (bollino verde)**

Il monitoraggio 2016 sugli effetti delle indicazioni fornite nel corso dell'anno 2015, nell'ambito del gruppo di esperti istituito presso ATS per il corretto utilizzo dell'urgenza differibile, evidenzia rispetto al 2015 una diminuzione di 8.060 prescrizioni tipologia prestazione "U", pari al 18,8%.

Ciò nonostante, persistono ancora errori prescrittivi fra cui, di particolare rilievo, l'utilizzo dell'urgenza differibile per la prescrizione di visite di controllo al fine di ovviare alle tempistiche delle liste d'attesa. Si rileva la non appropriatezza d'utilizzo anche per prestazioni che "storicamente" sono effettuate in accesso senza prenotazione, quali RX torace di routine, presumibilmente indotta da dinamiche organizzative di alcune Strutture.

Poiché il Decreto DG Welfare n. 9607 del 03.10.2016 indicava come obiettivo regionale la prosecuzione, anche in collaborazione con i competenti uffici regionali, delle attività per il controllo dei comportamenti prescrittivi non appropriati, si è proseguito il lavoro con prescrittori ed erogatori nell'ambito del gruppo di esperti istituito a tal fine dalla Direzione Sanitaria dell'ATS di Brescia. In tale contesto sono state esaminate le problematiche residuali ed è stata elaborata una informativa sulle classi di priorità e sul corretto utilizzo del codice "U", diffusa tramite mailing list ai medici delle cure primarie, pubblicata sul sito ATS alla sezione Operatori, Medici Cure Primarie e Medici delle Strutture, pubblicata sul periodico "Assistenza Primaria" e inviata alle strutture erogatrici.

Per uniformare indicazioni e modalità di comportamento tra le diverse ATS, il lavoro svolto è stato condiviso a livello di un incontro regionale.

## **PIANIFICAZIONE 2017**

L'attività di controllo per l'anno 2017 sarà rivolta alla verifica dei record prodotti e posti a carico del SSR nel corso del 2017 (compatibilmente con i dati disponibili) e del 2016 e/o degli esercizi precedenti, qualora emergessero criticità meritevoli di approfondimento, dando la priorità alla verifica degli enti erogatori accreditati e a contratto insistenti sul territorio dell'ATS di Brescia.

L'attività 2017 privilegerà i controlli di tipo statistico-formale, per verificare l'eventuale occorrenza di situazioni ad alto rischio di non appropriatezza e/o di errata modalità di

erogazione/rendicontazione delle prestazioni, nel rispetto delle indicazioni regionali, fornite con le regole di esercizio 2017 (DGR X/5954 del 05/12/2016 e ss.mm.ii.).

I controlli delle prestazioni ambulatoriali saranno svolti sulle prestazioni che le strutture possono erogare per conto del SSR tenendo in considerazione gli assetti accreditati e a contratto.

Le aree d'interesse, in linea con le indicazioni regionali, riguarderanno prevalentemente argomenti già sviluppati negli scorsi anni, integrabili qualora si riscontrassero anomalie di comportamento da parte degli erogatori e/o segnalazioni da parte dei prescrittori o dell'utenza.

Il piano controlli 2017 prevede:

- il controllo di almeno il **3,5%** della produzione delle Strutture, come da DGR X/5954 del 05/12/2016, calcolato sulla produzione 2016 secondo i criteri specificati dalla DG Welfare con email del 07/04/2016 oggetto "Atteso controllo specialistica ambulatoriale 2017" prot. ATS Brescia n. 0034384/17 del 10/04/2017 (atteso controlli n. 166.652), favorendo la modalità di tipo statistico-formale
- almeno un controllo per ciascuna struttura erogatrice nel corso dell'esercizio 2017
- l'estrazione della casistica in modalità mirata; nel caso in cui non emergano situazioni di criticità, saranno previsti controlli di tipo casuale.

Le tipologie di controllo riguarderanno le fattispecie di seguito elencate:

- controlli sulla corretta modalità di rappresentazione dell'attività erogata
- controlli sulla congruenza tra prescrizione, attività erogata e relativa rendicontazione della stessa; prevede verifiche puntuali su tipologie di prestazioni individuate dalle ATS.

Sono stabilite le seguenti tipologie di controlli:

### **1. Controlli sulla corretta modalità di rappresentazione dell'attività erogata**

La verifica sarà attuata tramite incrocio tra i dati valorizzati dalla DG Welfare concernenti le attività di specialistica ambulatoriale (flusso informativo 28/SAN) e i dati che si riferiscono alle attività di ricovero (flusso SDO), con riferimento anche a quanto previsto dall'allegato 3 della DGR VII/8078/2002 (criteri X Y W) e dalla DGR VIII/10804/2009:

- prestazioni erogate in PS e seguite da ricovero;
- prestazioni ambulatoriali trasmesse con tracciato 28/SAN ss.mm.ii. erogate in corso di ricovero;
- prestazioni ambulatoriali ricomprese nel costo del DRG.

### **2. Controlli sulla congruenza tra prescrizione, attività erogata e relativa rendicontazione della stessa**

Saranno promosse verifiche sui gruppi di prestazioni individuate dalla DGR VIII/10804/2009 e ss.mm.ii. con le seguenti modalità:

- controllo statistico-formale mirato a popolazioni di record potenzialmente errati riferiti ai criteri A/N e ai punti O/V (indicatori regionali);
- verifica di record riferiti a problematiche locali eventualmente rilevate (criterio Z), e a prestazioni oggetto d'indicativi scostamenti tra volumi attesi di attività e volumi osservati, come da monitoraggio;
- verifica della corretta compilazione dei campi 28/SAN "data contatto" e "data fine erogazione", pena l'annullamento delle prestazioni effettuate in date non corrispondenti;
- verifica della congruenza tra prescrizioni DEM e rendicontazione in 28/SAN;
- verifica della congruenza tra i contenuti del flusso 28/SAN ambulatoriale e del flusso 6/SAN del pronto soccorso.

### **3. Controlli sull'appropriatezza**

I controlli legati all'appropriatezza clinica ed erogativa hanno il compito, fra l'altro, di evitare la dispersione di risorse, garantendo al cittadino, a parità di beneficio di cura, il percorso clinico ottimale eseguito nel setting più opportuno.

#### Argomenti d'interesse

- Prestazioni incluse nei LEA, soggette a vincoli di erogazione, così come indicato dal DPCM 29/11/2001 e ss.mm.ii.:
  - prestazioni odontoiatriche, per il cui controllo è stato recentemente fornito un supporto tecnico-scientifico con la DGR X/6006 del 19/12/2016;
  - prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ai sensi delle indicazioni contenute nella DGR 3111/2016 e ss.mm.ii.;

- densitometria ossea ai sensi del DPCM 5 marzo 2007 e ss.mm.ii.;
- chirurgia refrattiva con laser a eccimeri ai sensi del DPCM 5 marzo 2007 e ss.mm.ii..
- Presenza sulle impegnative del sospetto/quesito diagnostico formulato in maniera chiara e specifica come indicato nella DGR VIII/8501/2008 e ss.mm.ii.; le prestazioni prive di adeguato quesito diagnostico non potranno rappresentare un costo per il SSR.
- Prime visite ripetute medesimo paziente presso la stessa struttura e stessa disciplina.
- Appropriatezza prescrittiva riferita alle prestazioni diagnostiche oggetto di vincoli/indicazioni secondo le disposizioni delle DGR X/2313/2014, DGR X/3993/2015 e DGR X/4702/2015.
- Prestazioni di genetica medica di cui alle DGR IX/4716/2013, DGR X/3993/2015, DGR X/6006/2016.
- Prestazioni riguardanti la "Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale" (BIC).
- Prestazioni afferenti alla "Macroattività Ambulatoriale ad alta Complessità Assistenziale" (MAC), con particolare riguardo alla verifica del setting assistenziale delle MAC riabilitative
- Prestazioni a carico del SSR di medicina sportiva erogate da strutture accreditate e a contratto.
- Prestazioni termali.
- Prestazioni oggetto di disposizioni/indicazioni della DG Welfare, Agenzia dei Controlli, GdL, ecc..
- Ulteriori controlli potranno essere effettuati qualora scaturiscano anomalie di comportamento da parte degli erogatori.

#### **4. Controlli sulla qualità**

L'adeguata e completa compilazione della documentazione clinica si configura come il presupposto indispensabile allo svolgimento dell'attività di controllo, oltre che rappresentare per il professionista il modo per dare evidenza di quanto fatto nel pieno rispetto della responsabilità professionale ed etica, anche a fini medico-legali. I requisiti della documentazione sanitaria sono esplicitati nella DGR IX/4659 del 9 gennaio 2013.

**Indicatore:** Obiettivo Regionale = 3,5%, calcolato sulla produzione 2016.

## **AREA ACCREDITAMENTO SANITARIO**

### **SINTESI DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEL 2016**

#### Attività previste nei confronti delle Strutture di Ricovero e Cura:

- sono state gestite entro i termini tutte le istanze di trasferimento e di trasformazione pervenute per le Unità Operative di ricovero e cura e/o per branche ambulatoriali e in strutture già accreditate e a contratto;
- sono state gestite le istanze presentate per l'apertura di posti tecnici di BIC e MAC, in linea con la valutazione di eventuali ambiti carenti e la programmazione della rete d'offerta;
- sono state gestite entro i termini le istanze, presentate dalle ASST, relative a progetti strategici finanziati e già approvati con specifici provvedimenti regionali che hanno comportato l'attivazione di ampliamenti e ristrutturazioni con le relative modifiche di assetto;
- è stata condotta la verifica delle "Autocertificazioni quadrimestrali", ai fini del mantenimento dei requisiti organizzativi specifici, indicati dal Decreto Regione Lombardia n. 2877/2001, utilizzate nel corso delle verifiche ispettive quali strumenti di analisi e confronto di situazioni specifiche in cui si rilevino criticità;
- sono state valutate e condotte le verifiche ispettive presso le strutture sanitarie che hanno presentato istanza di proroga entro il 31/12/2015 ai fini dell'adempimento dei "Requisiti Tecnologici e Strutturali delle strutture sanitarie di diritto pubblico e privato" ai sensi della DGR IX/898/2010, secondo le modalità e le tempistiche fornite dalle indicazioni regionali. La documentazione a supporto delle istanze è stata valutata anche in considerazione delle

nuove disposizioni normative sopravvenute soprattutto in materia di prevenzione incendi, mentre ci si è riservati la valutazione nello specifico del requisito di protezione antisismica in attesa di specifiche indicazioni regionali;

- sono stati acquisiti e valutati gli estratti della relazione annuale dell'Organismo di Vigilanza di cui al Decreto Legislativo 231/2001, per le strutture di ricovero e cura previste dall'Allegato 1 alla DGR X/4606/2012-punto 1;
- è stata valutata nel corso dei sopralluoghi ispettivi effettuati presso tutti gli erogatori privati accreditati la documentazione in riferimento al requisito **OGPAZ03** "La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza che specifichi la tipologia delle prestazioni erogate, gli operatori responsabili delle prestazioni, gli orari, i costi?" anche alla luce della futura riorganizzazione delle reti territoriali e, in caso di rilevazione di criticità, monitorate le eventuali azioni correttive adottate;
- le verifiche condotte presso le UU.OO./Dipartimenti medici e/o chirurgici, nelle strutture di ricovero e cura per acuti, pubbliche e private, sono state condotte valutando anche la sicurezza del percorso clinico-assistenziale del paziente durante il periodo di ricovero. In linea con le indicazioni nazionali e regionali la valutazione, nell'ambito della gestione del rischio clinico, particolare attenzione è stata rivolta alla sicurezza dei processi clinico-assistenziali, prendendo in esame alcuni dei requisiti generali di seguito riportati:  
**OGPRO01:** "In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali, è favorito l'utilizzo delle Linee guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche?"  
**OGPRO02:** "Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità?"  
**OGPRO03:** "Ogni unità organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni e linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo), informando il personale sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili?"  
**OGPRO04:** "La raccolta di regolamenti interni e linee guida per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo) sono confermate o aggiornate almeno ogni tre anni?"  
**OGVQA07:** "Esistono almeno due programmi di miglioramento della qualità all'anno, uno dei quali riguarda una delle seguenti aree: - uso del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati; - controllo delle infezioni ospedaliere; - razionale utilizzo dei farmaci; - appropriatezza dei ricoveri; - appropriatezza delle indagini diagnostiche ad alto costo (TAC, RMN, Angioplastica, ecc.)?"

#### Attività previste nei confronti dei Servizi di Medicina di Laboratorio e Trasfusionali:

- gestione delle istanze di accreditamento di nuovi punti prelievo collocati in struttura dedicata o presso strutture poliambulatoriali come da DGR VII/3313/01 e ss.mm.ii. di SMEL del territorio di competenza ATS Brescia o di altre ATS regionali.
- verifica dell'avvenuto caricamento su portale delle prestazioni erogate per conto del SSR in sede ed in service secondo le nuove indicazioni nazionali e regionali, caricate sulla piattaforma informatica del Centro di Riferimento regionale per la qualità degli SMEL (CRESMEL);
- prosecuzione dell'attività di verifica della sussistenza dei requisiti minimi vigenti con cadenza biennale, da parte di personale presente nell'elenco nazionale dei "Valutatori del Sistema Sangue" con specifica formazione, attraverso visite ispettive nelle Strutture Trasfusionali regionali e nelle Unità di Raccolta Sangue ed Emocomponenti a gestione associativa per il raggiungimento del 100% delle verifiche biennali previste dall'Accordo Stato-Regioni 16.12.2010 (recepito con DGR IX/3465/12) e ss.mm.ii.

#### Attività previste nei confronti dei Poliambulatori accreditati e a contratto:

- sono state programmate ed effettuate visite ispettive presso le strutture ambulatoriali presso le quali vi è stata rilevazione di criticità. Ad esempio per l'attività ambulatoriale di odontoiatria gestita in maniera diretta o in outsourcing, sono state necessarie azioni correttive nei confronti di criticità specifiche rilevate, e il monitoraggio del ripristino dei requisiti.
- il 100% delle strutture presso cui è stata svolta attività ispettiva è stata verificata la sussistenza del requisito OGPAZ03 "La Direzione predispone materiale informativo a

*disposizione dell'utenza che specifichi la tipologia delle prestazioni erogate, gli operatori responsabili delle prestazioni, gli orari, i costi?" e, in caso di rilevazione di criticità, monitorate le eventuali azioni correttive adottate.*

<b>Verbali di Verifica</b>	<b>Numero Istruttorie</b>	<b>Procedimenti Sanzionatori</b>
Procedimenti documentali con verifiche inerenti istanze per modifiche di assetto accreditato, rimodulazione degli spazi, variazioni amministrative, flussi informativi	25	
Eventi ispettivi/sopralluoghi da piano controlli o da richieste da parte di altri enti o su segnalazioni	53	6
Verbali di verifica per pareri obbligatori per progetti/finanziamenti pubblici	1	
Verbali di ricognizione/incontro in sede con le singole Strutture per problematiche specifiche inerenti i requisiti di autorizzazione/accreditamento	26	
<b>TOTALE</b>	<b>105</b>	<b>6</b>

## **PIANIFICAZIONE 2017**

Tutta l'attività, compresa la verifica dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie, è svolta dalla "U.O. Autorizzazione e Accreditamento degli Erogatori Sanitari" nel rispetto delle determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario emanate da Regione Lombardia, di concerto con gli uffici regionali competenti e nel rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente.

La funzione di vigilanza delle Strutture Erogatrici, già autorizzate/accreditate, si esplica attuando interventi ispettivi con finalità di verifica del mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento, come disposto nel Piano Controlli Annuale, e in seguito a richieste e segnalazioni da parte di Regione e altri organismi di controllo, nelle more della definizione del piano quadro dei controlli definito dall'Agenzia dei Controlli.

L'unità operativa predispone ed attua anche il controllo e la gestione di flussi informativi e amministrativi, le istruttorie di procedimenti relativi alla presa in carico di istanze di autorizzazione e/o accreditamento relative a strutture sanitarie erogatrici.

Ai sensi della DGR X/5954 del 05/12/2016 e nelle more di ulteriori indicazioni regionali, circa gli ambiti in cui sarà possibile ampliare l'offerta di nuovi accreditamenti ed orientare le trasformazioni degli assetti accreditati, non saranno possibili nuovi accreditamenti per le attività di ricovero e cura per acuti, riabilitativi ma esclusivamente la possibilità di trasformazioni e riconversioni.

Per i Servizi di Medicina di Laboratorio (SMeL) potranno essere valutate le istanze per l'attivazione di punti prelievo esterni, accessibili a tutti i cittadini presso le RSA ed i CDI, di cui all'allegato 3B della DGR VII/3313/01 in struttura sanitaria o socio-sanitaria con pari status organizzativo.

Sono confermate sospese, nelle more della ridefinizione dei criteri autorizzativi:

- le autorizzazioni relative all'attivazione di nuovi laboratori e di nuove sezioni specializzate (comprese le trasformazioni), per quanto riguarda le branche di "Genetica Medica e Citogenetica" e di "Anatomia Patologica";
- le procedure per il rilascio di nuove autorizzazioni ed accreditamenti per le attività di PMA, come già richiamato dalla DGR X/4103/2015.

Nel corso del 2017 verrà infine affrontata, qualora fossero perfezionati i percorsi per la definizione dei requisiti per l'accreditamento, la rivisitazione di:

- Laboratori di elettrofisiologia;
- Centri per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA);

- Servizi di Medicina di Laboratorio specialistici di Genetica Medica e Citogenetica e di Anatomia Patologica;
- Farmacie Ospedaliere;
- Cure Palliative.

La riclassificazione potrà comprendere la rivisitazione anche con l'adeguamento degli assetti delle strutture in riferimento alle Reti di Patologia secondo il disposto regionale.

Potranno essere intraprese per l'accreditamento di strutture sanitarie e sociosanitarie l'armonizzazione dei requisiti (es. subacuti e cure intermedie).

Si conferma infine, per le strutture sanitarie, la possibilità di utilizzare per i ricoveri a carico del SSN, quindi sia per pazienti lombardi che per pazienti fuori regione, esclusivamente i posti letto accreditati ed a contratto.

Per l'anno 2017 si programmano le seguenti attività di verifica:

#### Programmazione integrata interventi

Attivazione di un processo ben definito per la condivisione problematiche e reciproca segnalazione delle criticità tra Servizi dell'ATS con possibili sopralluoghi di verifica su segnalazione/condivisione delle problematiche.

#### Utilizzo di ASAN per ispezioni/esiti

Tracciabilità e compilazione delle verifiche per il flusso ispezioni/esiti.

#### Servizi trasfusionali e unità di raccolta sangue ed emocomponenti

Completamento della conferma biennale di verifiche sul mantenimento dei requisiti previsti dall'Accordo Stato-Regioni 16/12/2010 (recepito con DGR IX/3465/12) e ss.mm.ii. in particolare il DM Salute del 02/11/2015 "Disposizioni relative ai requisiti di Qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".

Entro la fine del 2017, a completamento dell'iter di verifica del mantenimento dei requisiti previsti, già avviato nel 2016, con frequenza bi-annuale, si provvederà alla verifica delle UdR e SIMT/CLQV.

#### Ricoveri e specialistica

- Verifica della corrispondenza tra agli assetti accreditati e a contratto formalizzati sulla piattaforma ASAN e le prestazioni erogate per le UU.OO. per le quali viene programmata la verifica secondo la metodologia di interscambio che verrà definita nel corso dell'anno.
- Prosecuzione delle verifiche sulle branche ambulatoriali di Odontostomatologia-Chirurgia, Maxillo-Facciale anche alla luce delle nuove disposizioni regionali in materia.
- Prosecuzione delle verifiche rivolte al settore della specialistica ambulatoriale anche alla luce degli ultimi aggiornamenti normativi regionali in materia.

#### Servizi di medicina di laboratorio

- Programmazione verifiche sulla base delle segnalazioni e della conseguente valutazione con confronto con il Centro di Riferimento regionale per la qualità degli SMeL (CRESMeL).
- Prosecuzione delle verifiche ispettive rivolte al settore della specialistica di Laboratorio secondo quanto previsto dal Piano Controlli Quadro dell'ACSS.
- Verifiche inerenti l'attuazione delle precisazioni espressi in DGR X/5954 del 05/12/2016 sulle soglie minime di prestazioni da eseguire in sede per le strutture, anche solo autorizzate, che erogano prestazioni esclusivamente per utenti ambulatoriali, riservandosi la verifica a seguito della definizione dei requisiti minimi autorizzativi per i Laboratori specializzati in Genetica Medica e/o Anatomia Patologica.

#### Centri per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

Sopralluoghi di verifica del possesso e mantenimento dei requisiti minimi di cui ai DLgs 191/2007 e 16/2010, svolte nei Centri per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) dai Valutatori Nazionali specificatamente formati con il Centro Nazionale Trapianti nelle more della definizione dei nuovi requisiti autorizzativi e di accreditamento da parte di Regione Lombardia.

#### Verifica dei requisiti gestionali/organizzativi

In ordine al mantenimento dei requisiti gestionali/organizzativi verrà effettuata la verifica sul possesso degli specifici titoli abilitanti per i vari profili professionali del personale sanitario

impiegato nelle Strutture sanitarie, con particolare riferimento alla copertura di ruoli apicali e/o di rilevanza strategica nella organizzazione aziendale, ai sensi della normativa nazionale e regionale; verrà data prevalente attenzione all'esame delle posizioni di nuova nomina, alle UO oggetto di istanza/comunicazione/intervento programmato ovvero su richiesta, alle strutture non recentemente ispezionate, a quelle che hanno evidenziato negli anni precedenti criticità di carattere gestionale.

Verrà data evidenza alle verifiche effettuate, con acquisizione agli atti della relativa documentazione utile di merito, incluse le attestazioni di non incompatibilità.

#### Monitoraggio requisiti strutturali e tecnologici specifici (SGTEC)

Espressione di parere alla prosecuzione del percorso di adeguamento dei requisiti per le strutture sanitarie che hanno presentato istanza di proroga (DGR IX/898/2010) secondo le eventuali direttive regionali in materia per la presentazione della documentazione completa in materia di antisismica.

## AREA CURE PRIMARIE

In considerazione di quanto esplicitato nel Piano Controlli Quadro dell'ACSS, si resta in attesa di indicazioni in merito alla predisposizione di un sistema di flussi strutturato per la rendicontazione delle attività oggetto di controllo.

## AREA PROTESICA MAGGIORE

Regione Lombardia ha definito i criteri sperimentali di "accreditamento" per i Fornitori di protesica di cui all'Elenco 1 del D.M. 332/99 e per i Centri di prescrizione e ne ha indicata l'iniziale applicazione tramite autocertificazione, affidandone conseguentemente la verifica alle ASL (Nota DG Sanità - Regione Lombardia prot. n. H1.2011.27302 del 19.09.2011 - Applicazione delle determinazioni predisposte dalla Commissione denominata "Qualità: accreditamento fornitori", in attuazione della DGR 22 dicembre 2008, n. 8730 e Nota DG SALUTE - Regione Lombardia prot. H1.2013.7354 del 04.03.2013 - Documento "Requisiti richiesti per le strutture sanitarie e i medici specialisti prescrittori di assistenza protesica").

I controlli circa il possesso e il mantenimento dei requisiti regionali sperimentali nei confronti dei Fornitori di ausili protesici compresi nell'Elenco 1 del D.M. n. 332/99 sono stati avviati dall'ASL di Brescia a partire dal 2013 e nei confronti dei Centri di prescrizione a partire dall'anno 2014.

Fatte salve diverse determinazioni regionali, l'attività di controllo di ATS è stata programmata in continuità con gli anni precedenti e sarà assicurata dal personale del Servizio Farmaceutico con la collaborazione, per gli aspetti igienistici, del Tecnico di Prevenzione del Servizio.

In considerazione del numero di Strutture da controllare e del turnover delle stesse, per entrambe le tipologie è stata pianificata un'attività di controllo basata su un ciclo pluriennale (almeno un controllo per ciascuna Struttura ogni 5 anni).

#### **DATI DI CONTESTO al 31.03.2017**

- Centri di prescrizione: n. **26** Centri di prescrizione attivi afferenti a n. **10** Strutture di ricovero e cura pubbliche o private accreditate.
  
- **72** Ditte fornitrici di ausili, presidi e protesi di cui all'Elenco 1 del DM n. 332/99
  - n. 24 Aziende Ortopediche
  - n. 23 Esercizi di Ottica
  - n. 25 Aziende Audioprotesiche

## SINTESI ATTIVITA' 2016

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi	Rendicontazione al 31.12.2016
Effettuazione sopralluoghi presso aziende ortopediche per verifica possesso criteri autocertificati.	Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni.	<b>Ciclo 2013-2017</b> Sopralluogo presso la sede di n. 6 aziende ortopediche	N. 6 sopralluoghi effettuati / N.6 sopralluoghi programmati (100%).
Effettuazione sopralluoghi presso aziende audioprotesiche per verifica possesso criteri autocertificati.	Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni.	<b>Ciclo 2013-2017</b> Sopralluogo presso la sede di n. 6 aziende audioprotesiche	N. 6 sopralluoghi effettuati / N. 6 sopralluoghi programmati (100%). Un esercizio è stato depennato dell'elenco per irreperibilità.
Effettuazione sopralluoghi presso esercizi di ottica per verifica possesso criteri autocertificati.	Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni.	<b>Ciclo 2013-2017</b> Sopralluogo presso la sede di n. 6 esercizi di ottica	N. 6 sopralluoghi effettuati / N. 6 sopralluoghi programmati (100%).
Effettuazione sopralluoghi presso Centri di prescrizione per verifica possesso criteri autocertificati.	Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni	<b>Ciclo 2013-2017</b> Sopralluogo presso la sede di n. 8 Centri di Prescrizione	N. 8 sopralluoghi effettuati / N. 8 sopralluoghi programmati (100%).

## PIANIFICAZIONE ANNO 2017

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi
Effettuazione sopralluoghi presso aziende ortopediche per verifica possesso criteri autocertificati.	Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni.	<b>Ciclo 2013-2017</b> Sopralluogo presso la sede di n. 6 aziende ortopediche. (25%)
Effettuazione sopralluoghi presso aziende audioprotesiche per verifica possesso criteri autocertificati.	Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni.	<b>Ciclo 2013-2017</b> Sopralluogo presso la sede di n. 6 aziende audioprotesiche. (26%)
Effettuazione sopralluoghi presso esercizi di ottica per verifica possesso criteri autocertificati.	Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni.	<b>Ciclo 2013-2017</b> Sopralluogo presso la sede di n. 6 esercizi di ottica. (24%)
Effettuazione sopralluoghi presso Centri di prescrizione per verifica possesso criteri autocertificati.	Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni	<b>Ciclo 2013-2017</b> Sopralluogo presso la sede di n. 8 Centri di Prescrizione. (30%)

## AREA FARMACEUTICA

1. Farmaceutica Territoriale: Vigilanza Farmacie, Parafarmacie, Grossisti e Strutture Sanitarie
2. Farmaceutica Territoriale: Controllo appropriatezza farmaceutica
3. Farmaceutica Ospedaliera: Controllo File F

### 1. FARMACEUTICA TERRITORIALE

#### VIGILANZA FARMACIE E DISPENSARI FARMACEUTICI, PARAFARMACIE, GROSSISTI E STRUTTURE SANITARIE

##### DATI DI CONTESTO al 31.03.2017

- 301 farmacie convenzionate private e pubbliche;
- 12 dispensari farmaceutici;
- 44 parafarmacie;
- 12 distributori all'ingrosso.

#### SINTESI ATTIVITA' 2016

Obiettivi	Indicatori quantitativi	Rendicontazione al 31.12.2016
<b>FARMACIE e DISPENSARI Farmaceutici</b> Effettuazione controlli sulle farmacie convenzionate e dispensari previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> <li>- vigilanza ispettiva ordinaria</li> <li>- vigilanza ispettiva straordinaria</li> <li>- vigilanza preventiva per rilascio autorizzazioni per nuova apertura/trasferimento/ampliamento locali farmacie e dispensari;</li> <li>- vigilanza per constatazione e affido stupefacenti scaduti/non vendibili;</li> <li>- vigilanza sul collaboratore farmacista</li> </ul>	<b>Biennio 2015/2016</b>  Effettuazione di n. <b>158</b> visite ispettive nel 2016 (50%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 158 visite ispettive effettuate</li> <li>- n. 158 verbali di accertamento</li> <li>- n. 95 verbali di constatazione e affido stupefacenti</li> <li>- n. 71 verbali di contestazione</li> <li>- n. 71 sanzioni amministrative per un importo notificato di euro 125.011</li> </ul> n. 4 Notizie di reato
<b>PARAFARMACIE</b> Effettuazione controlli sulle parafarmacie previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> <li>- vigilanza ispettiva ordinaria</li> <li>- vigilanza ispettiva straordinaria</li> </ul>	<b>Biennio 2015/2016</b>  Effettuazione di n. <b>21</b> visite ispettive nel 2016 (50%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 21 visite ispettive effettuate</li> <li>- n. 21 verbali di accertamento</li> <li>- n. 1 verbali di contestazione</li> <li>- n. 1 sanzione amministrativa</li> <li>- n. 1 notizia di reato in data 29.11.2016 (prot. n. 0105269/16)</li> </ul>
<b>GROSSISTI</b> Effettuazione controlli previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> <li>- vigilanza ispettiva ordinaria</li> <li>- vigilanza ispettiva straordinaria</li> <li>- vigilanza preventiva per rilascio autorizzazioni per nuova apertura / trasferimento / ampliamento locali / estensione area geografica</li> <li>- vigilanza per constatazione e affido stupefacenti scaduti/non vendibili</li> </ul>	<b>Biennio 2015/2016</b>  Effettuazione di n. <b>6</b> visite ispettive nel 2016 (50%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 6 visite ispettive effettuate</li> <li>- n. 6 verbali di accertamento</li> <li>- n. 1 verbali di contestazione</li> <li>- n. 1 sanzione amministrativa per un importo notificato di euro 6.016,00</li> <li>- nessuna notizia di reato</li> </ul>

<p><b>STRUTTURE SANITARIE</b> Effettuazione sopralluoghi presso Strutture di Ricovero e Cura, Carceri, RSA e Sert. SMI e Ambulatori Veterinari che richiedono la constatazione e affido di sostanze stupefacenti da avviare alla distruzione.</p>	<p>Evasione del 100% delle richieste di affido pervenute nel corso dell'anno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 8 visite ispettive effettuate (pari al 100% delle richieste pervenute al 31.12.2016);</li> <li>- n. 8 verbali di accertamento</li> <li>- n. 0 verbali di contestazione</li> <li>- n. 0 sanzioni amministrative</li>   <li>- n. 1 segnalazione di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria in data 28.10.2016 (prot. n. 0095321/16)</li> </ul>
---	---	--

### PIANIFICAZIONE ANNO 2017

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi
<p><b>FARMACIE e DISPENSARI Farmaceutici</b></p> <p>Effettuazione controlli sulle farmacie convenzionate e dispensari previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vigilanza ispettiva ordinaria</li> <li>- vigilanza ispettiva straordinaria</li> <li>- vigilanza preventiva per rilascio autorizzazioni per nuova apertura/trasferimento/ampliamento o locali farmacie e dispensari;</li> <li>- vigilanza per constatazione e affido stupefacenti scaduti/non vendibili;</li> <li>- vigilanza sul collaboratore farmacista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita ispettiva presso la farmacia secondo le modalità previste dalla normativa vigente;</li> <li>- Stesura di verbale di accertamento in loco con eventuali prescrizioni correttive e preventive;</li> <li>- Stesura di verbale di constatazione e affido stupefacenti scaduti non vendibili in loco;</li> <li>- Irrogazione di eventuale sanzione amministrativa con separato verbale di contestazione (come da Decreto DG n. 124 del 01.04.2016);</li> <li>- Segnalazione eventuali notizie di reato all'Autorità giudiziaria competente secondo le modalità precisate dalla Direzione Amministrativa - U.O. Affari Generali con note prot. N.0134122 del 23/10/2015 e prot. n. 0150994 del 27/11/2015.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Biennio 2017/2018</b></p> <p>Effettuazione di n. <b>151</b> visite ispettive nelle farmacie e n. <b>6</b> visite nei dispensari (50%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. visite ispettive con redazione di verbale di accertamento</li> <li>- n. verbali di accertamento con prescrizione / n. verbali di accertamento</li> <li>- n. verbali di constatazione e affido stupefacenti</li> <li>- n. verbali di contestazione</li> <li>- n. sanzioni amministrative per un importo notificato di euro</li> <li>- n. segnalazioni di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria</li> </ul>
<p><b>PARAFARMACIE</b></p> <p>Effettuazione controlli sulle parafarmacie previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vigilanza ispettiva ordinaria</li> <li>- vigilanza ispettiva straordinaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita ispettiva presso la parafarmacia secondo le modalità previste dalla normativa vigente;</li> <li>- Stesura di verbale di accertamento in loco con eventuali prescrizioni correttive e preventive;</li> <li>- Irrogazione di eventuale sanzione amministrativa con separato verbale di contestazione (come da Decreto DG n. 124 del 01.04.2016);</li> <li>- Segnalazione eventuali notizie di reato all'Autorità</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Biennio 2017/2018</b></p> <p>Effettuazione di n. <b>22</b> visite ispettive (50%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. visite ispettive con redazione di verbale di accertamento</li> <li>- n. verbali di accertamento con prescrizione / n. verbali di accertamento</li> <li>- n. sanzioni amministrative</li> <li>- n. segnalazioni di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria</li> </ul>

	giudiziaria competente secondo le modalità precisate dalla Direzione Amministrativa - U.O. Affari Generali con note prot. N.0134122 del 23/10/2015 e prot. n. 0150994 del 27/11/2015.	
<b>GROSSISTI</b> Effettuazione controlli previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> <li>- vigilanza ispettiva ordinaria</li> <li>- vigilanza ispettiva straordinaria</li> <li>- vigilanza preventiva per rilascio autorizzazioni per nuova apertura/trasferimento/ampliamento o locali /estensione area geografica</li> <li>- vigilanza per constatazione e affido stupefacenti scaduti/non vendibili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita ispettiva presso il magazzino secondo le modalità previste dalla normativa vigente;</li> <li>- Stesura di verbale di accertamento in loco con eventuali prescrizioni correttive e preventive;</li> <li>- Stesura di verbale di constatazione e affido stupefacenti scaduti non vendibili in loco;</li> <li>- Irrogazione di eventuale sanzione amministrativa con separato verbale di contestazione (come da Decreto DG n. 124 del 01.04.2016);</li> <li>- Segnalazione eventuali notizie di reato all'Autorità giudiziaria competente secondo le modalità precisate dalla Direzione Amministrativa - U.O. Affari Generali con note prot. N.0134122 del 23/10/2015 e prot. n. 0150994 del 27/11/2015.</li> </ul>	<b>Biennio 2017/2018</b> Effettuazione di n. <b>6</b> visite ispettive (50%) <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. visite ispettive con redazione di verbale di accertamento</li> <li>- n. verbali di accertamento con prescrizione / n. verbali di accertamento</li> <li>- n. verbali di contestazione</li> <li>- n. sanzioni amministrative per un importo notificato di euro</li> <li>- n. segnalazioni di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria</li> </ul>
<b>STRUTTURE SANITARIE</b> Effettuazione sopralluoghi presso Strutture di Ricovero e Cura, Carceri, RSA e Sert. SMI e Ambulatori Veterinari che richiedono la constatazione e affido di sostanze stupefacenti da avviare alla distruzione.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controllo presso la struttura richiedente della tenuta del registro degli stupefacenti;</li> <li>- Stesura di verbale di constatazione e affido stupefacenti scaduti non vendibili in loco;</li> <li>- Irrogazione di eventuale sanzione amministrativa con separato verbale di contestazione (come da Decreto DG n. 124 del 01.04.2016);</li> <li>- Segnalazione eventuali notizie di reato all'Autorità giudiziaria competente secondo le modalità precisate dalla Direzione Amministrativa - U.O. Affari Generali con note prot. n. 0134122 del 23/10/2015 e prot. n. 0150994 del 27/11/2015.</li> </ul>	Evasione del 100% delle richieste di affido pervenute nel corso dell'anno con redazione di relativo verbale. <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. verbali di contestazione</li> <li>- n. sanzioni amministrative</li> <li>- n. segnalazioni di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria</li> </ul>

## 2. FARMACEUTICA TERRITORIALE

### CONTROLLO APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA

#### SINTESI ATTIVITA' 2016

Obiettivi	Indicatori quantitativi	Rendicontazione al 31.12.2016
<p><b>Report personalizzati per Medici Convenzionati (Scheda Medico)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettuazione di interventi di verifica e sensibilizzazione nei confronti di MMG/PLS:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• non aderenti agli obiettivi regionali in materia di prescrizione di farmaci equivalenti</li> <li>• individuati come iperprescrittori secondo i criteri concordati in seno al Comitato Aziendale della Medicina Generale del 13/11/2006 in attuazione delle linee di indirizzo di cui alla DDGS n. 9900 del 2006</li> </ul> </li> <li>- Elaborazione di report informativi in materia di aderenza terapeutica e persistenza della prescrizione su specifiche categorie di medicinali di rilevante interesse clinico-epidemiologico e ad elevato impatto di spesa.</li> </ul>	<p>Messa a disposizione dei report personalizzati ai MMG/PLS su portale GURU.</p> <p>Sensibilizzazione del 100% di MMG/PLS non aderenti agli obiettivi su farmaci equivalenti</p> <p>Convocazione, verifica e sensibilizzazione del 100% di MMG/PLS individuati come iperprescrittori</p>	<p>Restituiti a MMG/PLS i dati relativi ai 4 trimestri del 2015 e intero anno 2015, per il tramite del Dipartimento Cure Primarie.</p> <p>Evidenza: nota ATS prot. n. 0060648 del 05/07/2016.</p> <p>Predisposto, per ciascun medico, report informativo personalizzato sulla aderenza delle statine rilevata sull'anno 2015.</p> <p>Il report è stato reso disponibile ai medici mediante pubblicazione sul portale GURU.</p> <p>Evidenza: nota ATS prot. n. 0109380 del 12.12.2016.</p>
<p><b>Controllo Piani terapeutici per eritropoietina, leuprorelina, goserelina e triptoreliona (periodo: anno 2015)</b></p>	<p>Predisposizione del 100% dei report per MMG / PLS.</p>	<p>Messa a disposizione dei report personalizzati per prescrittore (MMG/PLS) tramite portale aziendale GURU (nota ATS prot. n. 0115622 del 30.12.2016).</p> <p>Raccolta e registrazione degli eventuali PT non pervenuti ad ATS inviati dai MMG/PLS.</p>
<p><b>Conguaglio Contabile</b></p>	<p>Evasione del 100% delle richieste di contraddittorio delle Farmacie, con stesura di verbale, per le quali risulta differenza contabile su anni 2006/2007 entro 31/12/2016.</p>	<p>Avviato il Progetto "Un Team per le ASL" di cui alla DGR n. 3940 del 31.07.15, secondo Piano operativo prodotto da Santer Reply per la ATS di Brescia (Atti ATS prot. n. 0035554 del 19.04.16), che prevede l'accertamento delle differenze contabili riferite al biennio 2006/2007.</p> <p><u>ANNO 2006</u> Effettuato il controllo sulle differenze contabili delle ricette farmaceutiche dell'anno 2006</p>

		<p>per 276 farmacie (99,6%), con verbalizzazione degli esiti. Non è stato possibile effettuare il conguaglio contabile di una farmacia a causa di contenzioso legale aperto. Il totale del recupero economico risulta pari a € 58.731,71, che è stato addebitato alle Farmacie con la distinta contabile di dicembre 2016. L'esito dell'attività condotta è stato comunicato a Regione Lombardia con nota prot. n. 0000925 del 05.01.2017. Evidenza: nota prot. n. 0000925 del 05.01.2017.</p> <p><u>ANNO 2007</u> Come da Piano Operativo "Un Team per le ASL" è stata data comunicazione alle farmacie del valore delle differenze contabili dell'anno 2007 nella prima decade del mese di novembre 2016, come da indicazioni di Santer Reply del 11.10.2016, prot. n. 0089231. E' stato effettuato il controllo sul 2007 per 279 farmacie (99,6%) con verbalizzazione degli esiti. Non è stato possibile effettuare il conguaglio contabile di una farmacia a causa di contenzioso legale aperto. La conclusione della procedura con recupero del credito sarà effettuata con la distinta contabile di aprile 2017 e comunicato a Regione Lombardia. Evidenza: Mail Santer del 11.10.2016, prot. n. 0089231</p>
--	--	--

## PIANIFICAZIONE ANNO 2017

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi
<p><b>Report personalizzati per Medici Convenzionati (Scheda Medico)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Produzione di report personalizzati per MMG e PLS (Scheda Medico) per individuazione:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>non aderenti alle indicazioni regionali in materia di prescrizione di farmaci equivalenti</i></li> <li>• <i>individuati come iperprescrittori secondo i criteri concordati in seno al Comitato Aziendale della Medicina Generale del 13/11/2006 in attuazione delle linee di indirizzo di cui alla DDGS n. 9900 del 2006</i></li> </ul> </li> <li>➢ Elaborazione di report informativi in materia di appropriatezza prescrittiva su specifiche categorie di medicinali di rilevante interesse clinico-epidemiologico e ad elevato impatto di spesa.</li> </ul>	<p>Messa a disposizione dei report personalizzati per MMG e PLS per la Direzione SocioSanitaria (Dipartimento Cure Primarie), che provvede alla pubblicazione sul portale GURU e successiva verifica e sensibilizzazione dei medici (sia per farmaci equivalenti che per iperprescrittori).</p> <p>Messa a disposizione dei report personalizzati per MMG e PLS per la Direzione SocioSanitaria (Dipartimento Cure Primarie) che provvede alla successiva pubblicazione sul portale GURU.</p>	<p>Produzione e invio alla Direzione SocioSanitaria (Dipartimento Cure Primarie) del 100% delle Schede Medico per i 4 trimestri 2016 e relativa scheda annuale, comprensive del trend di andamento prescrittivo in materia di farmaci equivalenti.</p> <p>Predisposizione e invio alla Direzione Socio-Sanitaria (Dipartimento Cure Primarie):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• del file iperprescrittori per analoghi trimestri, per ATC A, C, J, M e tutti i farmaci.</li> <li>• invio alla Direzione Socio-Sanitaria (Dipartimento Cure Primarie) dei report per il 100% dei MMG/PLS.</li> </ul>
<p><b>Controllo Piani terapeutici relativi a prescrizioni di somatotropina (periodo: anno 2016)</b></p>	<p>Produzione di report informativi personalizzati per prescrittore (MMG/PLS/Specialista) di medicinali in assenza di PT registrato.</p> <p>Messa a disposizione dei report personalizzati per prescrittore (MMG/ PLS/ Specialista) per la Direzione SocioSanitaria (Dipartimento Cure Primarie).</p>	<p>Predisposizione del 100% dei report per MMG / PLS / Specialista.</p> <p>Invio alla Direzione SocioSanitaria (Dipartimento Cure Primarie) del 100% dei report per MMG/PLS.</p> <p>Invio alle Strutture ospedaliere del 100% dei report degli Specialisti prescrittori.</p> <p>Raccolta e registrazione degli eventuali PT non pervenuti ad ATS inviati dai MMG/PLS e Strutture.</p>
<p><b>CONTROLLO NOTE AIFA</b></p>	<p>Verifica sul 100% delle ricette con nota AIFA errata / omessa relative agli anni 2015 e 2016.</p> <p>Le ricette con nota AIFA omessa vengono inviate alle Farmacie per eventuale regolarizzazione.</p> <p>La ricetta con nota AIFA errata vengono inviate alla Direzione SocioSanitaria (Dipartimento Cure Primarie) per eventuale regolarizzazione da parte dei MMG/PLS.</p>	<p>Controllo del 100% delle ricette con nota AIFA omessa trasmesse alle Farmacie (n. ricette regolarizzate, n. ricette addebitate).</p> <p>Trasmissione del 100% delle ricette con nota AIFA errata alla Direzione SocioSanitaria (Dipartimento Cure Primarie) per eventuale regolarizzazione da parte del MMG/PLS.</p>

	Addebito alla Farmacia se non regolarizzate.	
<b>COMMISSIONI FARMACEUTICHE AZIENDALI</b>	<p>Verifica sulle ricette SSR / moduli AIR restituiti da Lombardia Informatica perché ritenuti irregolari.</p> <p>Le ricette/moduli confermati come irregolari vengono inviati al Servizio Farmaceutico per l'addebito alla Farmacia.</p>	<p>Controllo del 100% delle ricette pervenute alle CFA entro il termine di prescrizione (un anno dalla ricezione in CFA).</p> <p><b>n. sedute CFA Pubblica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. ricette / moduli vagliati dalla CFA Pubblica</li> <li>- n. ricette / moduli addebitati</li> </ul> <p><b>n. sedute CFA Privata</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. ricette/moduli vagliati</li> <li>- n. ricette / moduli addebitati</li> </ul>
<b>CONGUAGLIO CONTABILE</b>	Verifica delle differenze contabili a partire dal 2007 elaborate da Santer Reply S.p.A/LISPA in contraddittorio con Farmacie secondo il Nuovo Piano Operativo in fase di predisposizione da parte di LISPA/Santer	Evasione del 100% delle richieste di contraddittorio delle Farmacie, con stesura di verbale, per le quali risulta differenza contabile, secondo calendario regionale, come da Progetto regionale "Un Team per le ASL" di cui alla DGR n. 8247/2015 (Approvazione del documento tecnico "Protocollo operativo regionale per l'applicazione uniforme delle procedure di verifica e controllo sulle ricette SSR" ai sensi dell'allegato 4 - DGR n. 3940 del 31.07.15).

### 3. FARMACEUTICA OSPEDALIERA

#### CONTROLLO FILE F

#### SINTESI ATTIVITA' 2016

Obiettivi	Indicatori quantitativi	Rendicontazione trimestrale
<p><b>CONTROLLO FILE F</b></p> <p>Controllo della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2, 1 o 18) così suddiviso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- farmaci per HCV: 100%</li> <li>- farmaci oncologici: 85%.</li> </ul> <p>Controllo formale del tracciato del File F</p> <p>Controllo dei prezzi rendicontati in File F</p> <p>Controllo della targatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% per i farmaci HCV erogati nel 2016</li> <li>- 85% per i farmaci oncologici erogati nel 2016.</li> </ul>	<p><b><u>Nuovi Farmaci per HCV</u></b></p> <p>Effettuato il controllo su n. 5.149 prescrizioni/erogazioni dei nuovi farmaci per HCV ( pari al <b>100%</b> dei record) rendicontati nel periodo gennaio-dicembre 2016, con presenza di scheda AIFA , con correzione di n. 5 record errati per dati anagrafici. Per tutti i record è stata rilevata la presenza del dato di targatura, senza rilevare anomalie.</p> <p>Evidenze documentali:</p> <p>Nota ATS alle Strutture prot. n.0060990 del 06.07.2016.</p> <p>Nota ATS prot. n.0057479 del 23.06.2016.</p> <p>Nota ATS prot. n.0074187 del 19.08.2016 e Nota prot. n. 0096036 del 02.11.2016</p>

		<p>Nota ATS prot. n.0099625 del 10.11.2016. Nota ATS prot. n.002518 del 11.01.2017</p> <p><b>Farmaci oncologici</b> Effettuato il controllo su n. 23.479 prescrizioni/erogazioni dei farmaci oncologici (pari al <b>86,86%</b> dei record) con correzione di 134 record (dati anagrafici, tipologia, data di erogazione) e 12 record annullati. Evidenze documentali: Nota ATS prot. n.0061020 del 06.07.2016. Nota ATS prot. n. 0101493 del 16.11.2016 Nota ATS prot. n.0002520 e prot. n. 0002521 del 11.01.2017</p>
--	--	--

### PIANIFICAZIONE ANNO 2017

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi
Controllo del 100% delle prescrizioni/erogazioni dei <b>farmaci per HCV</b> effettuate nell'anno 2017	<p>Verifica presenza/assenza della scheda AIFA, anche tramite sistema informativo web di AIFA.</p> <p>Verifica della corretta compilazione del tracciato: verifica date somministrazione e dispensazione del farmaco ed eventuale presenza di farmaci con AIC revocati.</p> <p>Verifica della corretta applicazione dei prezzi massimi di acquisto periodicamente trasmessi da Reg. Lombardia sulla base degli accordi negoziati da AIFA con le Aziende Farmaceutiche</p> <p>Verifica della presenza del dato di targatura nell'apposito campo del tracciato record .</p>	Controllo sul 100% dei record prodotti dalla Struttura pubblica autorizzata (ASST Spedali Civili di Brescia).
Controllo del 75% delle prescrizioni/erogazioni in File F dei <b>farmaci oncologici</b> ad alto costo (tipologia 5, 2 e 1) effettuate nell'anno 2017	<p>Verifica presenza/assenza della scheda AIFA in cartella clinica (allegata).</p> <p>Verifica della corretta compilazione del tracciato: verifica date somministrazione e dispensazione del farmaco ed eventuale presenza di farmaci con AIC revocati.</p> <p>Verifica della corretta</p>	Controllo sul 75% dei record prodotti dalle strutture ospedaliere pubbliche e private insistenti nel territorio dell'ATS.

	applicazione dei prezzi massimi di acquisto periodicamente trasmessi da Reg. Lombardia sulla base degli accordi negoziati da AIFA con le Aziende Farmaceutiche.	
--	---	--

## AREA SALUTE MENTALE

### SINTESI DEGLI ASPETTI DEI CONTROLLI 2016

Nel corso dell'esercizio 2016 il controllo operato dall'Area Psichiatria è stato rivolto agli indicatori di monitoraggio derivabili dalla valutazione della documentazione clinica idonea al ricovero in Strutture della Riabilitazione Psichiatrica del territorio ATS-Brescia.

Uno dei documenti clinici oggetto di verifica è stato quello del Piano Terapeutico Individuale (PTI), in particolare negli aspetti formali inerenti la validità di durata del percorso, la presenza di adeguate indicazioni al ricovero, la presenza di sottoscrizione del Piano da parte dell'utente o del soggetto indicato per la Tutela, con allargamento alla cura.

Indicatore - CONTROLLI su PTI	1° trimestre 2016	2° trimestre 2016	3° trimestre 2016	4° trimestre 2016	totale anno 2016
n. PTI/Percorsi di Cura controllati	373	385	464	488	1710

Un controllo generale sull'appropriatezza, in ordine alla valutazione delle schede di invio per la proposta di ricovero in Strutture della Riabilitazione Psichiatrica a cura dei DSM invianti 46 SAN. Tale attività ha permesso di definire il flusso di attività generata dall'Area Psichiatria ATS-Brescia, a seguito delle richieste di ricovero pervenute nel corso dell'anno 2016, evidenziando una sostanziale difficoltà amministrativa nella gestione del processo di ricovero da parte delle ASST invianti. Tale dato di evince raffrontando il numero di ratifiche di ricovero rilasciate a seguito dei 1710 PTI controllati.

Attività specifica del Dirigente Medico Psichiatra	1° trimestre 2016	2° trimestre 2016	3° trimestre 2016	4° trimestre 2016	totale anno 2016
Valutazione Appropriatelyzza: numero di schede di invio per proposta ricovero in Strutture della Riabilitazione Psichiatrica a cura dei DSM invianti 46/SAN	163	149	160	162	634
Numero Relazioni cliniche di appropriatezza 43/SAN	8	11	12	15	46
<b>TOTALE</b>	<b>171</b>	<b>160</b>	<b>172</b>	<b>177</b>	<b>680</b>

## **PIANIFICAZIONE CONTROLLI 2017**

Gli ambiti di cui effettuare il monitoraggio da parte dell'Area Psichiatria dell'ATS-Brescia, nelle more delle indicazioni della LR 15/2016,

### **MONITORAGGIO AMBITI SEGNALATI**

Promozione della salute mentale nelle diverse età della vita: Diagnosi di inclusione, appropriatezza della terapia, percorsi di cura individualizzati appropriati:

- consulenza: valutazione dell'incidenza di accessi ai servizi territoriali (CPS) su invio di ambiti vari (prime tre valutazioni specialista psichiatra a compartecipazione "ticket" dell'utente)
- assunzione in cura: (massimo 5 valutazioni da parte di uno specialista psichiatra) prima diagnosi di ambito e di inclusione nei gruppi diagnostici prevalenti F20.x, F30.x, F60.x,
- presa in carico: gravità della presentazione del carico psicopatologico incluse le codiagnosi (dipendenza e disturbi dello sviluppo), necessità di interventi multidisciplinari, multiequipè sul caso, obbligatorietà del Piano Terapeutico Individualizzato (PTI), standard minimi per l'ingresso in Strutture della Riabilitazione Psichiatrica di ogni grado di intensità erogata (verifica PTRI di struttura). Ciò prevede la continuità della cura (durata massima PTI di 12 mesi, ripetibile).

Promozione della salute mentale e iniziative antistigma sociale progetti di prevenzione specificatamente dedicati alla popolazione femminile e valutazione congiunta tra DSM e area Materno Infantile per la prevenzione della depressione post partum.

Promozione della salute mentale e condivisione, in area adolescenziale, tra psichiatria adulti e neuropsichiatria infanzia adolescenza. Educazione alla salute in ambito sociale e scolastico: progetti di accoglienza e facilitatori per programmi di diagnosi precoce nella fascia di età 14-25 anni.

### **VERIFICA PRESENZA PROGETTI A CURA DELLE ASST DI ATS-BRESCIA**

Verifica dei progetti (innovativi) DSMD sui seguenti temi specifici:

- Inclusione sociale e inserimenti lavorativi per utenti con diagnosi psichiatrica tra quelle indicate (F20.x, F30.x, F60.x) e doppia diagnosi.
- Progetti di integrazione per utenti adolescenti (fascia 14-25 anni) in tutti gli ambiti previsti dal raggio di azione del Dipartimento vasto di Salute Mentale/Materno infantile e Dipendenze.
- Programmazione, a livello di Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale di modalità di integrazione della rete, coinvolgimento di tutti gli attori e promotori di Salute Mentale.

### **VERIFICA RAPPORTI DSMD E TERZO – QUARTO SETTORE**

Monitoraggio dello stato dell'arte delle integrazioni e promozioni di sperimentazioni gestionali, protocolli di intesa e cura della Salute Mentale nelle diverse età della vita, dall'infanzia alla senescenza.

## **AREA SOCIOSANITARIA E SOCIALE**

Il Piano dei Controlli dell'Area Socio Sanitaria e Sociale fa riferimento a quanto previsto dalle Regole 2017 e dalla normativa vigente in materia.

Si conferma il controllo di tutti i requisiti previsti sia per i format di verbali che per la percentuale di UdO da vigilare.

Si esplicita di seguito l'articolazione organizzativa che l'ATS ha adottato con Decreto D.G. n. 234 del 21/04/2017 a garanzia delle attività di vigilanza e controllo sulla rete sociosanitaria e sociale, la dotazione del personale e la dotazione di strumenti funzionale a supportare l'attività degli operatori.

## **ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA A GARANZIA DELLE ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO SULLA RETE SOCIOSANITARIA E SOCIALE**

Per l'attività 2017 in relazione all'approvazione dei nuovi POAS si rappresenta che la funzione vigilanza e controllo sulla rete sociosanitaria e sociale afferisce al Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (PAAPSS). Il Dipartimento si articola nelle seguenti strutture:

- Servizio Programmazione ed Acquisto Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (UOC)
- Servizio Autorizzazione e Accreditamento delle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie (UOC)
- Servizio Qualità ed Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (UOC)

Al Servizio Autorizzazione e Accreditamento delle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie (UOC) afferisce l'U.O. Abilitazione all'esercizio e Accreditamento Unità d'offerta Sociosanitarie (UOS) che concorre allo sviluppo della qualità erogatori sociosanitari mediante la gestione ed il controllo del sistema di messa in esercizio e di accreditamento delle Unità d'offerta Sociosanitarie.

Esercita le seguenti funzioni:

- verifica dei requisiti di esercizio al funzionamento e di accreditamento e gestione delle procedure connesse;
- verifica periodica dei requisiti organizzativi, gestionali, strutturali e tecnologici delle unità d'offerta socio-sanitarie, con valutazione dei titoli professionali del personale operante nelle stesse;
- vigilanza sulle unità d'offerta sociali in raccordo con il Servizio Igiene, Sanità Pubblica e IAN;
- gestione dei flussi regionali e ministeriali di competenza;
- aggiornamento periodico degli assetti delle unità di offerta socio sanitaria;
- gestione del contenzioso in contraddittorio con gli erogatori;
- effettuazione delle verifiche congiunte con altri Enti preposti al controllo;
- supporto al competente assetto dell'Agenzia nel procedimento di applicazione delle sanzioni amministrative e nei procedimenti presso l'Autorità Giudiziaria.

Al Servizio Qualità ed Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (UOC) afferisce l'U.O. Qualità ed Appropriatezza Prestazioni delle Unità d'offerta Sociosanitarie (UOS) che concorre allo sviluppo della qualità e appropriatezza delle prestazioni delle unità di offerta sociosanitarie, in accordo con l'Agenzia di Controllo del sistema sociosanitario lombardo.

Esercita le seguenti funzioni:

- verifica dell'appropriatezza generica e della congruenza;
- controllo delle prestazioni erogate per tutte le tipologie di unità di offerta;
- gestione del contenzioso in contraddittorio con gli erogatori;
- effettuazione delle verifiche congiunte con altri Enti preposti al controllo;
- supporto al competente assetto dell'Agenzia nel procedimento di applicazione delle sanzioni amministrative e nei procedimenti presso l'Autorità Giudiziaria.

Si rappresenta in Tabella la dotazione del personale adibito alle funzioni di vigilanza e controllo precisando che gli operatori hanno tutti un rapporto di dipendenza con l'ATS di Brescia e che verranno dotati di specifico badge di riconoscimento.

<b>TESTE EQUIVALENTI</b>	<b>QUALIFICA</b>
1	D-PERS.INFERM.- INFERMIERE - D4 (EX C)
1	D-COLLAB.PROF. ASSISTENTE SOCIALE D1(EX C)
1	D-PERS.TECN.PREV. ASSISTENTE SAN. - D6
1	D-PERS.INFERM.- INFERMIERE - D3 (EX C)
1	D-PERS.INFERM.- INFERMIERE - D3 (EX C)

1	DS-COLLAB. AMM/VO PROF. ESPERTO - DS3
0,5	D-PERS.TECN.PREV. ASSIST.SAN. (EX.C
1	10-DIRIGENTE MEDICO A RAPP.ESCLUSIVO (+15)
0,5	10-DIRIGENTE INGEGNERE
1	10-DIRIGENTE MEDICO A RAPP.ESCLUSIVO (5-15)
1	D-PERS.VIG.ISP.TECN.PREV.AMB./LAV D1(EX C)
0,5	D-PERS.TECN.PREV. ASSIST.SAN. - D4 (EX.C
1	D-PERS.TECN.PREV. ASSIST.SAN. - D4 (EX.C
1	9-DIRIGENTE MEDICO A RAPP.ESCLUSIVO (5-15)

### Programma di acquisizione di nuovi operatori

Con Decreto D.G. n. 197 del 31/03/2017, sono state attivate le procedure per l'acquisizione di due amministrativi per la vigilanza e controllo delle strutture socio assistenziali e per l'attività della gestione e coordinamento dei fondi regionali da ripartire agli ambiti territoriali.

### Dotazione strumenti di lavoro

A partire dall'anno 2015 è stato implementato e messo a regime il verbale informatico redatto con l'applicativo Tekne (ViVIDI), nel quale è inserita l'anagrafica di tutte le UdO Sociosanitarie che consente sia di ridurre i tempi per la compilazione del verbale che di archiviare informato file tutta la documentazione inerente l'attività di vigilanza. Nell'anno 2016 è stata implementata anche l'anagrafica delle UdO Sociali per le quali verrà redatto il verbale informatico dal 2017.

I verbali vengono formulati e compilati mediante l'utilizzo di tale applicativo informatico e le équipes di vigilanza sono dotate di n. 6 PC portatili con i quali, grazie ad una chiavetta Internet, possono connettersi e compilare online il verbale mediante l'accesso al portale suddetto. Si specifica che tale sistema è in continuo aggiornamento e che viene implementato sulla base delle modifiche della normativa di settore; inoltre l'implementazione avviene per renderne maggiormente funzionale l'utilizzo.

## ATTIVITA' DI VIGILANZA SULLA RETE DELLE UNITA' D'OFFERTA SOCIO SANITARIE

### SINTESI ATTIVITA' ANNO 2016

Nel territorio dell'ATS di Brescia è presente una diffusa rete di Unità d'Offerta socio sanitarie gestite sia da Enti privati (Tabella 1) che dalle ASST (Tabella 2); tale rete garantisce ai cittadini bresciani una offerta completa di prestazioni, in particolare per le persone fragili e con compromissioni importanti dello stato di salute. La numerosità delle UdO al 01/01/2017 è esposta nelle due tabelle sotto riportate.

**Tabella 1**

<b>UNITA' D'OFFERTA SOCIO SANITARIE PRIVATE TERRITORIO ATS DI BRESCIA</b>		
TIPOLOGIA STRUTTURA	N. Strutture autorizzate	N. Strutture accreditate (e contrattualizzate)
RSA	86	85*

CDI	54**	54**
Hospice	4	4
RSD	7	7
CDD	29	29
CSS	21	21
Cure Intermedie (di cui 2 ex post-acuti)	5	5
Riabilitazione ambulatoriale	4	4
Consultori Familiari (di cui 4 sedi distaccate)	20	19***
Comunità Dipendenze	22	20
Servizi Multidisciplinari Integrati	4	4
ADI (dei quali 23 accreditati all'ATS di Brescia)	32	32
Comunità Dipendenze bassa intensità	1	1

\*delle quali n. 84 a contratto

\*\*dal 30/01/2017 sono n.53 per chiusura di un Centro Diurno Integrato

\*\*\*n. 19 Consultori familiari sono anche contrattualizzati

**Tabella 2**

<b>UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIE GESTITE DIRETTAMENTE DALLE ASST DEL TERRITORIO DI BRESCIA</b>	
<b>TIPOLOGIA STRUTTURA</b>	<b>N. Strutture autorizzate ed accreditate</b>
RSD	1
Consultori Familiari (di cui 3 sedi distaccate)	16
Servizi Territoriali per le Dipendenze	8
ADI	3

Nell'anno 2016 sono stati sospesi i nuovi accreditamenti di tutte le tipologie di unità d'offerta sociosanitaria, fatte salve le istanze di accreditamento già presentate nel corso dell'anno 2015 e la prosecuzione dei percorsi di adeguamento e sviluppo già avviati, come previsto dalla DGR 4702/2015, ovvero sono state accreditate n.2 nuove RSD in quanto tali procedimenti erano già concordati e programmati con Regione Lombardia.

Dal 01.01.2016 sino al 31.12.2016 sono state verificate (Tabella 3) n.6 SCIA con contestuale richiesta di accreditamento, n.3 delle quali presentate nell'anno 2016 (n.2 RSD e n.1 CDD) e n.3 presentate nell'anno 2015 (n.2 da gestori di RSA e n.1 da gestori di Udo per Tossicodipendenti a bassa intensità assistenziale); inoltre sono state verificate nello stesso periodo n.6 voltture dell'accREDITAMENTO, cinque delle quali presentate nell'anno 2016 (n.2 presentate da gestori di Consultori Familiari e n. 2 da gestori di CSS e n.1 da RSA) ed una presentata nell'anno 2015 (da gestore ADI).

Per quanto riguarda le SCIA autorizzative, nell'anno 2016 sono state presentate n. 6 SCIA per le RSA (n. 2 per aumento posti letto e n. 4 per modifica dell'articolazione degli spazi), n. 4 SCIA per i CDI (n. 2 per aumento posti e n. 2 per modifica articolazione degli spazi), n. 1 SCIA per gli Hospice (per aumento posti letto), n.1 SCIA per i CSS (per modifica articolazione degli spazi), n. 1 SCIA per le Comunità Residenziali Dipendenze (autorizzazione nuova UdO) e n.1 SCIA per le RSD.

Con le SCIA suddette nell'anno 2016 sono aumentati i posti autorizzati di n.128 p.l. per le RSA, di n. 10 posti per i CDI, di n. 2 p.l. per gli Hospice e di n. 56 p.l. per le RSD, mentre si sono ridotti di

n. 23 p.l. per le Comunità Residenziali Dipendenze in quanto nella nuova UdO autorizzata sono stati accorpati i posti letto di due UdO esistenti che hanno cessato l'attività, riducendo i posti letto totali da n. 53 (delle due Comunità precedenti) a n. 30 p.l. (della nuova Comunità).

**Tabella 3 - SCIA, SCIA Contestuali e Volture verificate nell'anno 2016**

Tipologia UdO	N. SCIA	N. SCIA Contestuale	N. Voltura	Aumento posti UdO
RSD	1	2	/	n. 56 p.l. (accreditati e contrattualizzati)
CDD	/	1	/	/
CSS	1	/	2	/
RSA	6	2	1	n. 128 p.l. non a contratto (n.117 p.l. accreditati e n. 11 p.l. autorizzati)
CDI	4	/	/	n. 10 (autorizzati)
Comunità TOX	1	/	/	riduzione di 23 p.l. (autorizzati)
Comunità TOX bassa intensità	/	1	/	n. 16 accreditati e n. 8 contrattualizzati
Cons. Familiari	/	/	2	/
ADI	/	/	1	/
Hospice	1	/	/	n. 2 p.l. (solo autorizzati)

#### **VIGILANZA 2016 SULLE UNITA' D'OFFERTA SOCIO-SANITARIE**

Nel corso dell'anno 2016 per l'attività di vigilanza sulle Unità d'offerta socio-sanitarie è stata verificata l'applicazione della DGR 2569/2014 ed inoltre sono stati verificati i requisiti previsti dalle DGR specifiche di ogni singola tipologia di UdO.

Il piano controlli dell'ATS di Brescia prevedeva, nel corso del 2016, l'effettuazione di un numero di vigilanze pari ad almeno il 50% delle Unità d'offerta socio-sanitarie ovvero la verifica del 100% delle UdO nel biennio 2015-2016.

Per quanto riguarda le UdO pubbliche L'ATS di Brescia ha provveduto a vigilare le Unità di Offerta gestite direttamente dalle ASST del territorio afferente all'ATS di Brescia (ASST Spedali Civili, ASST Garda e ASST Franciacorta), secondo quanto previsto dal Piano Controlli 2016 (Tabella n. 4).

**Tabella 4 - Vigilanza UdO socio-sanitarie: confronto UdO vigilate al 31.12.2016 ed UdO pianificate per l'anno 2016**

Unità di Offerta	Obiettivo pianificazione 2016	N° Unità d'Offerta vigilate alla data del 31.12.2016
RSA	44	48
CDI	26	26
HOSPICE	2	2
RSD	2	2
CDD	13	14

CSS	10	10
CURE INTERMEDIE (di cui 2 ex post-acuti)	2	3
RIABILITAZIONE AMBULATORIALE	2	2
CONS. PRIVATI	11	11
COMUNITA' DIPENDENZE	12	12
SMI	2	2
ADI	12	14
COM. DIP. BASSA INTENSITA'	1	1
<b>ATTIVITA' INNOVATIVE</b>		
RESIDENZIALITA' ASSISTITA PER RELIGIOSI	1	1
MISURA 2 "RESIDENZIALITA' LEGGERA ASSISTITA"	6	2
MISURA 4 "RSA APERTA"	21	21
<b>STRUTTURE PUBBLICHE DELLE ASST DEL TERRITORIO DI BRESCIA</b>		
RSD	0	0
CONSULTORI FAMILIARI	8	9
SERT/NOA	6	6
ADI	1	1
<b>TOTALE</b>	<b>182</b>	<b>187</b>

Percentualmente l'equipe di vigilanza ha verificato complessivamente il 103% delle UdO programmate nel piano controlli 2016. Per quanto riguarda la Misura 2, sono state sottoposte a vigilanza n.2 UdO delle n.6 programmate in quanto in n.4 delle UdO programmate non risultavano attivate prese in carico per tale Misura e le restanti UdO erano già state verificate nell'anno 2015.

Le verifiche inerenti il mantenimento dei requisiti gestionali-organizzativi e strutturali tecnologici di autorizzazione e accreditamento hanno avuto esito positivo nel 90% delle UdO vigilate mentre nel 10% delle UDO sono state riscontrate carenze per le quali sono state emesse lettere di diffida e sono state irrogate sanzioni.

In particolare sono risultate carenti n. 6 RSA, n. 4 CDI, n. 3 Enti Gestori ADI, n. 2 Unità d'Offerta Residenziale per Tossicodipendenti e n. 3 CDD verso le quali sono state emesse prescrizioni, diffide e relativi verbali di contestazione. Durante l'anno 2016, nel 32% delle vigilanze sono state richieste integrazioni documentali inerenti i requisiti gestionali organizzativi e tecnico strutturali (Grafico 1).

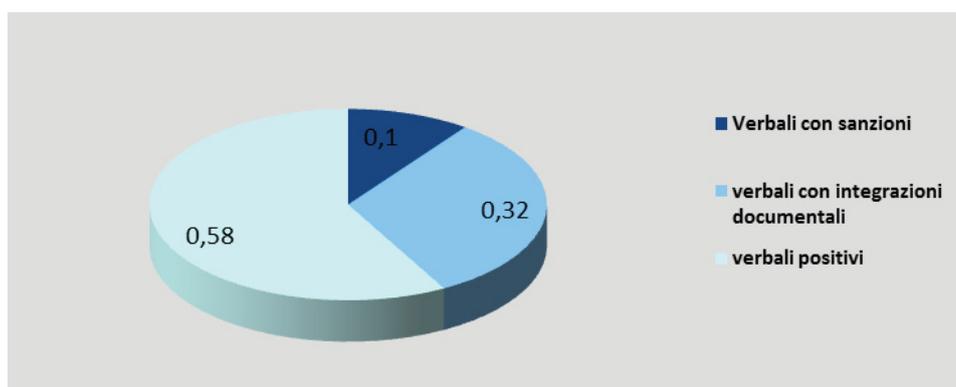


Grafico 1 – Esiti vigilanze anno 2016: con prescrizioni/sanzioni, con integrazioni documentali e senza criticità

#### **CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA ANNO 2016 - UDO SOCIO-SANITARIE**

Il controllo di appropriatezza ha riguardato tutte le tipologie di UdO socio-sanitarie nella misura del 50% delle Unità d'Offerta, in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR 1765/2014.

Il controllo di appropriatezza prevedeva tre fasi:

prima fase: visita dei locali della struttura al fine di verificare lo svolgimento delle attività assistenziali ed animative e poter meglio orientare il controllo di appropriatezza ed eventualmente acquisire altri fascicoli oltre ai FaSAS campionati;

seconda fase: analisi dei FaSAS campionati relativi all'anno 2015 non escludendo il controllo dei FaSAS anno 2016 ovvero di almeno il 15% dei FaSAS per quanto riguarda le UdO a carattere residenziale e semiresidenziale, selezionati sia sulla base di alcuni indicatori di rischio (criterio mirato) che con criterio casuale; il 5% per l'ADI e UdO a carattere ambulatoriale (consultori famigliari, SMI, SerT e Noa); il 10% per la Riabilitazione in regime residenziale (Cure Intermedie) ed infine il 3% per la riabilitazione ambulatoriale. Durante tale fase sono stati visionati anche i protocolli in uso;

terza fase: stesura e condivisione del verbale.

Il controllo di appropriatezza nell'anno 2016 è avvenuto nelle UdO riportate nella Tabella 5 secondo i criteri di campionamento previsti dalla DGR 4702/2015 e con le modalità declinate nel piano controlli (Decreto ATS n. 31 del 27/01/2016) ed ha riguardato le seguenti tipologie di UdO socio-sanitarie.

**Tabella 5 - Controllo di appropriatezza UdO socio-sanitarie: confronto UdO controllate entro il 31.12.2016 e UdO totali da controllare nell'anno 2016**

Tipologia Udo	Obiettivo pianificazione 2016	N° Unità d'Offerta controllate alla data del 31.12.2016
RSA	44	44
CDI	26	26
Hospice	2	2
Consultori familiari privati	7	7
Cure intermedie/riab. ambulatoriale	4	4
SMI	2	2
Comunità dipendenze	12	15
ADI	16	14
CDD	13	13
CSS	10	10
RSD	1	1
Tox BIA	1	1
Residenza ass. Religiosi	1	2
RSA Aperta	21	21
Residenzialità leggera	6	0
Consultori familiari pubblici	6	6
SerT pubblici	2	2
ADI pubblica	1	1
<b>TOTALE</b>	<b>175</b>	<b>171</b>

Come si evince dalla Tabella 5 per alcune UdO non è stato possibile effettuare il controllo per i seguenti motivi:

- per quanto riguarda l'ADI privata la percentuale di controllo rispetto all'obiettivo risulta dell'87% (n. 14 UdO/n. 16 UdO), in quanto 2 UdO non sono state verificate poiché una di queste ha cessato l'attività al 31/12/2015, mentre l'altra non aveva prese in carico;
- per la Misura 2 non è stato possibile effettuare il controllo di appropriatezza in quanto tutte le n.6 UdO campionate per l'anno 2016 non avevano attivato prese in carico e le restanti Unità d'Offerta erano già state controllate nell'anno 2015.

Pertanto il controllo è stato effettuato nel 100% delle UdO per le quali è risultato possibile effettuare la verifica di appropriatezza delle prestazioni con l'utilizzo degli indicatori e dei sottoindicatori previsti dalla DGR 1765/2014.

Nella Tabella 6 sono evidenziati il numero e la relativa percentuale di controllo sul totale programmato per il 2016 dei FaSAS controllati per ogni tipologia di UdO ispezionata.

Gli obiettivi sono pienamente raggiunti per tutte le tipologie di UdO.

Il controllo di appropriatezza nelle UdO Socio sanitarie è centrato principalmente sul fascicolo sociosanitario assistenziale che deve essere costituito da tutte le sezioni previste dalle DGR 1765/2014 e 2569/2014. Durante l'ispezione dei FaSAS sono state verificate la completezza, l'affidabilità, la correttezza e la congruenza delle informazioni contenute nel FaSAS, che contiene tutta la documentazione riferita ad ogni singolo utente atta a dare tracciabilità ed evidenza del percorso clinico/terapeutico e assistenziale fornito dall'unità d'offerta.

**Tabella 6 – numero e percentuale FaSAS verificati nelle UdO sottoposte a controllo di appropriatezza nell'anno 2016**

<b>Tipologia UdO</b>	<b>Obiettivo pianificazione 2016</b>	<b>N. FaSAS controllati per UdO al 31.12.2016</b>
RSA	767	767 (100%)
CDI	145	145 (100%)
Consultori familiari privati	389	389 (100%)
SMI	58	58 (100%)
Comunità dipendenze	58	67 (115%)
ADI-ADI Cure Palliative (somma controlli ex post ed in itinere)	33	62 (187%)
Hospice	55	55 (100%)
Cure intermedie	71	71 (100%)
Riabilitazione ambulatoriale/domiciliare	53	53 (100%)
CDD	85	85 (100%)
CSS	30	30 (100%)
RSD	23	23 (100%)
Consultori familiari pubblici	407	407 (100%)
ADI pubblica	37	37 (100%)
SerT/Noa	37	38 (103%)
<b>TOTALE</b>	<b>2248</b>	<b>2287</b>

## **CONTROLLI SULLE MISURE E SPERIMENTAZIONI AI SENSI DGR 2942/2014**

In relazione all'applicazione della DGR 2942/2014 (misure applicative della DGR 116/2013) sono state effettuate le vigilanze e il controllo di appropriatezza.

La vigilanza e controllo di appropriatezza sono stati effettuati sugli interventi attivati nell'anno 2016 in n. 21 UdO campionate e nel 15% dei FaSAS che avevano attivato le Misure 4; per quanto riguarda il controllo di appropriatezza della misura 2 (Residenzialità Leggera) non è stato possibile effettuare la verifica dei FaSAS nelle UdO campionate, in quanto non avevano attivato prese in carico per tale misura e le UdO con prese in carico erano già state controllate durante l'anno 2015; la vigilanza ha verificato i requisiti gestionali organizzativi in n.2 UdO.

Il controllo di appropriatezza ha riguardato un totale di n. 92 FaSAS per la Misura 4 e la check-list di verifica comprendeva:

- l'effettiva presenza di PAI per ogni soggetto beneficiario;
- la condivisione del PAI con il soggetto beneficiario/familiari;
- la coerenza tra i soggetti in carico e la tipologia di utenza prevista;
- la presenza delle figure professionali necessarie per l'erogazione dei servizi/prestazioni/attività individuati nel PAI;
- la presenza per tutto il personale del titolo professionale di legge e, dove previsto, dell'iscrizione al relativo albo/ordine.

## **PIANIFICAZIONE 2017**

Le attività di vigilanza e controllo sulle Unità d'Offerta sociosanitarie saranno attuate secondo la normativa regionale vigente e nel rispetto delle Regole di Sistema 2017 – DGR X/5954/2016.

Le vigilanze e i controlli di appropriatezza nel 2017 avverranno in tutte le UdO indipendentemente dallo status erogativo (autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione) e non tralasceranno eventuali attività sociosanitarie per le quali si presuppone l'assenza di una corretta abilitazione all'esercizio.

L'ATS garantirà, nel corso del 2017, la rendicontazione semestrale alla Direzione Generale Welfare dell'attività di vigilanza e controllo esercitata, secondo le modalità e le scadenze definite dalla stessa Direzione Generale.

Le vigilanze presso le UdO sono finalizzate all'obiettivo primario di tutela della salute e del benessere dell'utente e del cittadino in generale. Alla luce di tale obiettivo gli operatori della Vigilanza e controllo erogatori socio sanitari effettuano le verifiche presso le UdO garantendo l'omogeneità nei controlli.

Sono individuate alcune tipologie di vigilanze/verifiche documentali:

- vigilanze previste dal piano controlli per il raggiungimento degli obiettivi (anche dette routinarie) al fine del controllo del mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento (strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali), coinvolgendo, qualora se ne ravvisi l'utilità, gli operatori di altri Dipartimenti dell'ATS per verifiche contestuali. Per tali ispezioni non è previsto il preavviso;
- verifiche delle SCIA (Segnalazione Certificata di Inizio Attività), istanze di accreditamento, SCIA con contestuale richiesta di accreditamento e CPE per le UdO Sociali (Comunicazione Preventiva d'Esercizio). Per tali ispezioni è previsto il preavviso;
- vigilanze per il controllo di appropriatezza. Per tali ispezioni è previsto il preavviso;
- visite straordinarie, eseguite su segnalazioni o a seguito di richieste pervenute da altri Enti;
- per quanto riguarda i requisiti soggettivi per esercizio/accreditamento si procederà alle verifiche di legge a campione delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive inviate alla Vigilanza e controllo erogatori sociosanitari, mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i.;
- attività di controllo ai sensi dell'art. 23 e 25 del C.C. sulle Fondazioni svolta da una Commissione di vigilanza nominata con decreto n. 389 del 17.07.2014 e successive modifiche con decreto ATS n.335 del 22/08/2016 e decreto ATS n.10 del 13/01/2017.

## **ATTIVITA' DI VIGILANZA**

L'attività di vigilanza proseguirà nel corso del 2017 seguendo le indicazioni della DGR 2569/2014 e della DGR 5954/2016 e secondo le indicazioni del Piano Controlli Quadro.

Nella Tabella 1 è evidenziato il numero totale delle Unità d’Offerta censite al 01.01.2017 e il numero delle Unità d’Offerta da vigilare nel corso del 2017.

<b>ANNO 2017 - Strutture Private ATS di Brescia</b>			
<b>TIPOLOGIA STRUTTURA</b>	<b>N. Strutture autorizzate</b>	<b>N. Strutture accreditate</b>	<b>OBIETTIVO N. Strutture da vigilare anno 2017</b>
RSA	86	85	44
CDI	54	54	29
Hospice	4	4	2
RSD	7	7	3
CDD	29	29	14
CSS	21	21	11
Cure Intermedie (di cui 2 ex post- acuti)	5	5	2
Riabilitazione ambulatoriale	4	4	2
Consultori Familiari	20	19	10
Comunità Dipendenze	22	20	12
Servizi Multidisciplinari Integrati	4	4	2
ADI	23	23	12
Comunità Dipendenze Bassa Intensità	1	1	1
<b>ANNO 2017 – Attività innovative ATS di Brescia</b>			
Residenzialita' assistita per religiosi	3	3	1
Misura 2 "Residenzialita" leggera/assistita	6	6	3
Misura 4 "RSA Aperta"	42	42	21
<b>ANNO 2017- Strutture Pubbliche delle ASST di Brescia</b>			
RSD		1	1
Consultori Familiari		16	8
Servizi Territoriali per le Dipendenze		9	4
ADI		3	1
		<b>TOTALE</b>	<b>183</b>

## **ATTIVITÀ DI VIGILANZA SUL MANTENIMENTO DEI REQUISITI DI ESERCIZIO E ACCREDITAMENTO**

### **1) Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici**

La programmazione 2017 sulla vigilanza garantirà le verifiche del mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici su almeno il 50% delle Unità di Offerta in esercizio presenti sul territorio dell'ATS di Brescia, individuate in modo da comprendere tutte le unità d’offerta non sottoposte a verifica dei requisiti strutturali e tecnologici nel 2015.

Per le unità d’offerta con sedi di erogazione secondarie (periferiche o distaccate), saranno verificate tutte le sedi secondarie delle unità d’offerta scelte come oggetto di verifica ovvero le sedi distaccate dei consultori.

Saranno inoltre programmati ulteriori controlli nelle Unità d’Offerta in cui siano state riscontrate delle criticità nel corso del 2016.

Le verifiche sul mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento saranno svolte senza preavviso.

### **2) Vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali e organizzativi**

La programmazione 2017 sulla vigilanza garantirà le verifiche del mantenimento dei requisiti gestionali e organizzativi su almeno il 50% delle Unità di Offerta in esercizio presenti sul territorio dell'ATS di Brescia.

Saranno inoltre programmati ulteriori controlli nelle unità d’offerta in cui siano state riscontrate delle criticità nel corso del 2016.

Le verifiche sul mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento saranno svolte senza preavviso.

### 3) Vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi e di accreditamento

L'ATS di Brescia procederà alle verifiche di legge di almeno il 10% (calcolato sul numero degli Enti Gestori) delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive, mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione che i soggetti individuati dalla stessa DGR sono tenuti a presentare entro il mese di gennaio e in caso di nuove nomine, entro un mese dalla nomina secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i.

#### ATTIVITÀ DI CONTROLLO SULL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI EROGATE

La vigilanza ed il controllo di appropriatezza si compiranno attraverso ispezioni in loco disgiunte, non escludendo, in casi specifici, la concomitanza, al termine delle quali verranno redatti:

- il verbale di vigilanza che presenta tutti gli elementi previsti dalla DGR 2569/2014 e normative specifiche;
- la check-list di appropriatezza ai sensi della DGR 1765/2014, che diventa parte integrante del verbale di sopralluogo.

La Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato di Regione Lombardia, al fine di uniformare le vigilanze ed il controllo di appropriatezza in tutte le ATS presenti sul territorio Lombardo ha introdotto, dall'anno 2015, delle apposite check-list di appropriatezza e verbali di vigilanza per tutte le unità d'offerta (n. prot. ASL 016229/15 del 23/12/2015 e seguenti per la vigilanza e n. prot. ASL n.0023838/15 del 20/02/2015 e seguenti per il controllo di appropriatezza).

Per i controlli sull'appropriatezza delle prestazioni, si applicheranno sia gli indicatori generali e specifici per ogni tipologia di Unità d'Offerta previsti dalla DGR 1765/14 che le check-list regionali di verifica.

Il controllo di appropriatezza avverrà nel 50% delle UdO in esercizio presenti sul territorio dell'ATS di Brescia e nelle Strutture con criticità riscontrate nel corso dell'anno 2016.

I controlli di appropriatezza saranno effettuati con preavviso all'Ente Gestore nella giornata lavorativa antecedente la visita.

Le quattro fasi nelle quali si svolgerà il controllo saranno le seguenti:

**prima fase:** visita all'interno dell'UdO al fine di verificare direttamente lo svolgimento delle attività e dell'assistenza agli utenti e per poter meglio orientare il controllo di appropriatezza; infine in tale fase è possibile individuare altri utenti oltre a quelli già campionati e verificarne i relativi FaSAS;

**seconda fase:** analisi dei FaSAS campionati ovvero di almeno il 15% dei FaSAS relativi agli utenti rendicontati nell'anno 2016 per le UdO in regime residenziale e semiresidenziale; fanno eccezione per tali regimi i controlli per i CSS, CDD e RSD nei quali la quota di controllo sarà del 30% e per le strutture di Cure Intermedie la cui quota sarà del 10% degli utenti rendicontati nel 2016. Per quanto riguarda il regime ambulatoriale/domiciliare (SMI, SerT/Noa e ADI) la quota di controllo sarà del 5% degli utenti rendicontati nell'anno 2016; fanno eccezione le UdO di Riabilitazione ambulatoriale/domiciliare per le quali il campione sarà del 3% degli utenti 2016 e i consultori per i quali il campione, pur essendo anch'esso del 5%, sarà calcolato sui nuovi utenti che hanno usufruito di prestazioni ad elevata integrazione sociosanitaria; i campioni saranno selezionati per il 50% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel restante 50% con criterio casuale; solamente per le RSA la percentuale del campione sarà del 70% con criterio mirato e del 30% casuale. Si specifica che per tutte le tipologie di Unità d'offerta, fatti salvi i casi in cui il numero di fascicoli oggetto del campionamento sia inferiore a 30 e i casi in cui vi siano motivate ragioni, la percentuale di controllo non sarà superiore al 50% dei FaSAS della UdO, calcolato sul numero di utenti rendicontati nell'anno 2016.

Durante tale fase viene anche verificata l'applicazione dei protocolli in uso.

**terza fase:** in caso di incoerenze emerse dall'analisi dei FaSAS e dei protocolli si procederà ad approfondire con la persona assistita o con i suoi familiari l'appropriatezza nella valutazione dei bisogni e nell'erogazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PI/PAI;

**quarta fase:** stesura e condivisione del verbale secondo i contenuti e le modalità riportate nel par.4.4.

Le verifiche di appropriatezza saranno volte a verificare:

- la corretta classificazione degli ospiti nella rendicontazione dei flussi economici;

- la coerenza tra bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, progetto individuale, piano assistenziale individuale e azioni effettivamente eseguite risultanti dal diario assistenziale;
- la congruenza fra quanto rendicontato nei flussi e quanto emerso dalla verifica del FaSAS;
- l'appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014).

## **RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI (RSA)**

### **Campione da controllare**

Il campione sarà calcolato sul 15% degli utenti rendicontati nell'anno 2016; tale campione riguarderà utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017. I FaSAS saranno selezionati per il 70% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 30% con criterio casuale, procedendo alla verifica del 50% delle U.d.O; inoltre si verificheranno le RSA visitate nel 2016 nelle quali sono state riscontrate criticità.

### **Indicatori**

di rischio per la verifica di appropriatezza

Per definire il campione del 15% dei FaSAS da verificare nelle Strutture campionate si utilizzerà:

per il 30% dei FaSAS il criterio casuale;

per il 70% dei FaSAS il criterio mirato così suddiviso:

utenti per i quali sono state rendicontate nella scheda SoSIA: cadute, lesioni da pressione e applicazione di contenzione fisica;

utenti in classi SoSIA 7-8;

nuovi ingressi negli ultimi tre mesi;

età utenti  $\leq 65$  anni e  $\geq 95$  anni;

trasferimenti da altre Udo;

20% degli utenti in nucleo Alzheimer (quando questo è presente).

**Obiettivo anno 2017:** controllo del 15% dei FaSAS; le Strutture campionate sono il 50% delle RSA.

N. UdO da controllare (50%)	N. utenti rendicontati nel 2016 nel 50% UdO	N. FaSAS da controllare (15%)
44	4786	718

## **HOSPICE**

### **Campione da controllare**

Il campione sarà calcolato sul 15% degli utenti rendicontati nell'anno 2016; tale campione riguarderà utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017. I FaSAS saranno selezionati per il 50% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 50% con criterio casuale, procedendo alla verifica del 50% delle U.d.O

### **Indicatori di rischio per il campionamento della verifica di appropriatezza**

Per definire il campione del 15% dei FaSAS da verificare nelle Strutture campionate si utilizzerà:

- per il 50% dei FaSAS il criterio casuale;
- per il 50% dei FaSAS il criterio mirato ovvero:
  - utenti con ricoveri superiori ai 60 giorni di degenza,
  - utenti con ricoveri in diversi hospice;
  - utenti trasferiti da altre Udo;
  - utenti non oncologici;
  - utenti con modalità di dimissione diversa dal decesso;
  - utenti inseriti negli ultimi tre mesi.

**Obiettivo anno 2017:** controllo del 15% dei FaSAS calcolato sugli utenti dell'anno 2016 dei due Hospice campionati

N. UdO da controllare (50%)	N. utenti rendicontati nel 2016 nel 50% UdO	N. FaSAS da controllare (15%)
2	451	68

## **CENTRI DIURNI INTEGRATI (CDI)**

### ***Campione da controllare***

Il campione sarà calcolato sul 15% degli utenti rendicontati nell'anno 2016; tale campione riguarderà utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017. I FaSAS saranno selezionati per il 50% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 50% con criterio casuale, procedendo alla verifica del 50% delle U.d.O.

### ***Indicatori di rischio per il campionamento della verifica***

La scelta del campione del 15% di FaSAS sarà effettuata sia con criterio casuale (50%) che con criterio mirato (50%) utilizzando come criteri:

- nuovi ingressi negli ultimi tre mesi;
- età utenti  $\leq 65$  anni e  $\geq 95$  anni;
- l'incidenza/rischio di caduta;
- compromissione cognitiva e/o motoria;
- applicazione dei mezzi di protezione e tutela, con particolare attenzione alle persone con deterioramento cognitivo;
- trasferimento da altre Udo.

**Obiettivo anno 2017:** controllo del 15% dei FaSAS nei CDI campionati; le strutture campionate rappresentano il 50% dei CDI totali.

N. UdO da controllare (50%)	N. utenti rendicontati nel 2016 nel 50% UdO	N. FaSAS da controllare (15%)
28	818	122

## **UDO CURE INTERMEDIE e RIABILITAZIONE AMBULATORIALE**

Per le UdO Cure Intermedie il campione sarà calcolato sul 10% degli utenti rendicontati nell'anno 2016 e per quanto riguarda la Riabilitazione Ambulatoriale il campione sarà calcolato sul 3% degli utenti rendicontati nell'anno 2016; tali campioni riguarderanno utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017. I FaSAS saranno selezionati per il 50% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 50% con criterio casuale, procedendo alla verifica del 50% delle U.d.O.

### ***Indicatori di rischio per il campionamento della verifica***

La scelta dei FaSAS da controllare per le Cure Intermedie, oltre che su base casuale (50%), avverrà con criterio mirato nel 50% dei casi tenendo conto:

- utenti provenienti da altro percorso riabilitativo nella stessa Udo;
- ospiti minorenni;
- DRG con valorizzazione più elevata;
- ricovero/prestazione ripetuto nell'anno;
- indice di rotazione sul posto letto;
- percentuale di ospiti con durata del trattamento pari al valore di soglia;
- 20% del campione: pazienti con degenza superiore a 45 giorni;
- trasferimento da altre UdO.

La scelta dei FaSAS da controllare per l'ambulatoriale/domiciliare, oltre che su base casuale (50%), avverrà con criterio mirato nel 50% dei casi tenendo conto:

- utenti  $> 65$  anni;
- attesa superiore ai 6 mesi tra I visita e 1° ciclo di terapia;
- cicli ripetuti nel corso dell'anno
- percentuale di ospiti con durata del trattamento pari al valore di soglia;
- trasferimento da altre UdO.

**Obiettivo anno 2017:** controlli da effettuare nelle Strutture delle Cure Intermedie (ex riabilitazione e post-acuti) e nelle Strutture riabilitative ambulatoriali/domiciliari.

<b>CURE INTERMEDIE</b>		
N. UdO da controllare (50%)	N. utenti rendicontati nel 2016 nel 50% UdO	N. FaSAS da verificare (10%)
3	883	88

<b>AMBULATORIALE / DOMICILIARE</b>		
N. UdO da controllare (50%)	N. utenti rendicontati nel 2016 nel 50% UdO	N. FaSAS da verificare (3%)
2	2428	73

### **SERVIZI MULTIDISCIPLINARI INTEGRATI (SMI) – SerT – NOA**

Il campione sarà calcolato sul 5% degli utenti rendicontati nell'anno 2016; tale campione riguarderà utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017. I FaSAS saranno selezionati per il 50% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 50% con criterio casuale, procedendo alla verifica del 50% delle U.d.O.

#### **Indicatori di rischio per il campionamento della verifica**

Il campione da controllare sarà individuato con criterio casuale nel 50% dei casi e con criterio mirato nel restante 50%:

- utenti con un numero di prestazioni del tipo "management clinico telefonico di paziente" superiore alla media ATS per il 30%;
- utenti con maggiore frequenza di accessi al Servizio per il 20%;
- i gamblers per il 20%;
  - utenti recentemente dimessi per conclusione e/o abbandono del Progetto scelti durante il sopralluogo;
- nuovi ingressi negli ultimi tre mesi;
- utenti di età compresa tra i 18 e i 30 anni e utenti minorenni;
- utenti polidipendenti.

**Obiettivo anno 2017** : controlli da effettuare negli SMI.

Tipologia UdO	N. UdO DA CONTROLLARE (50%)	N. utenti rendicontati nel 2016 nel 50% UdO	N. FaSAS da verificare (5%)
<b>SMI</b>	2	867	43
<b>Ser.T</b>	2	708	35
<b>NOA</b>	2	636	32

### **SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI DELLE DIPENDENZE**

#### **Campione da controllare**

Il campione sarà calcolato sul 15% degli utenti rendicontati nell'anno 2016; tale campione riguarderà utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017. I FaSAS saranno selezionati per il 50% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 50% con criterio casuale, procedendo alla verifica del 50% delle U.d.O; inoltre si verificheranno le Comunità visitate nel 2016 nelle quali sono state riscontrate criticità.

#### **Indicatori di rischio per il campionamento della verifica**

La scelta del campione del 15% di utenti sarà effettuata sia con criterio casuale (50%) che con criterio mirato (50%) utilizzando come criteri:

- ospiti inseriti negli ultimi tre mesi;
- utenti di età compresa tra i 18 e i 30 anni e utenti minorenni;
- utenti polidipendenti;
- ospiti fine percorso terapeutico;
- trasferimento da altre UdO.
- utenti con durata della presa in carico superiore ai 18/36 mesi.

**Obiettivo anno 2017:** controlli da effettuare nei Servizi delle dipendenze.

N. UdO da controllare (50%)	N. Totale FaSAS Servizi Campionati	N. FaSAS da controllare (15%)
10	324	48

**SERVIZIO ADI** (Assistenza Domiciliare Integrata)

**Campione da controllare**

Il campione sarà calcolato sul 5% degli utenti rendicontati nell'anno 2016; tale campione riguarderà utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017; saranno esclusi gli utenti per i quali sono state rendicontate solamente monoprestazioni (prelievi a domicilio, sostituzione cateteri vescicali e somministrazione terapia insulinica); il controllo di appropriatezza sarà effettuato in parte ex-post, attraverso l'analisi alla fine del periodo di validità del singolo titolo assegnato, e in parte in itinere nel periodo in cui l'utente riceve la prestazione, procedendo alla verifica del 50% delle U.d.O.

Durante il controllo dei FaSAS si verificheranno sia gli indicatori generali che specifici previsti dalla DGR 1765/2014 per adi cure palliative e per adi ordinaria.

**Indicatori di rischio per il campionamento della verifica**

Gli utenti verranno selezionati nel 50% con criterio casuale e nel 50% con criterio mirato, ovvero:

- utenti con profili 3 e 4 ( verifica della coerenza con il profilo assegnato);
- utenti con >85 anni;
- utenti >70 anni con Voucher di Cure Palliative;
- utenti con profili multiprestazionali (interventi di almeno due professionisti);
- utenti in carico da più di 6 mesi;
- utenti in trattamento fisioterapico;
- Utenti con presenza di lesioni da decubito.

**Obiettivo anno 2017:** controlli da effettuare presso gli Enti Gestori ADI o in sede ATS se l'Ente risulta accreditato presso altra ATS lombarda.

	N. UdO DA CONTROLLARE (50%)	N. TOTALE UTENTI ADI nel 2016	N. FaSAS ADI CAMPIONATI (5%)
ADI Gestione ASST	1	221	7
ADI privata	17	1159	35

**CONSULTORI FAMILIARI**

**Il campione da controllare**

Il campione sarà calcolato sul 5% dei nuovi utenti rendicontati nell'anno 2016; tale campione riguarderà i nuovi utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017. I FaSAS delle sedi distaccate verranno verificati presso le sedi principali in quanto il campione è unico. Il controllo riguarderà le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria. I FaSAS saranno selezionati per il 50% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 50% con criterio casuale.

**Indicatori di rischio per il campionamento della verifica di appropriatezza**

Per definire il campione del 5% dei FaSAS da verificare nelle Strutture campionate si utilizzerà:

- per il 50% dei FaSAS il criterio casuale;
- per il 50% dei FaSAS il criterio mirato ovvero:
- utenti con situazioni complesse (visite a colloquio – cod 001; relazioni complesse 003);
- utenti con prestazioni rendicontate con codici 801 – 802 (Incontri con altri Enti);
- utenti con IVG (anche minorenni).

Nella selezione del campione verranno escluse le mono-prestazioni per le quali non viene redatto un FaSAS (colloqui di consultazione presso il consultorio, etc.) come previsto dalla DGR 2569/2014 allegato 1.

Si procederà al controllo del 5% dei FaSAS relativi agli utenti in carico nel 50% dei consultori privati e 50% dei consultori pubblici.

**Obiettivo anno 2017:** controlli da effettuare sia per i consultori privati accreditati che per i pubblici.

<b>N. UdO da controllare (50%) Privati</b>	<b>N. utenti rendicontati nel 2016 nel 50% UdO</b>	<b>N. FaSAS da controllare (5%)</b>
9	7020	351

<b>N. UdO da controllare (50%) Pubblici</b>	<b>N. utenti rendicontati nel 2016 nel 50% UdO</b>	<b>N. FaSAS da controllare (5%)</b>
7	7805	390

### **UdO-AREA DISABILITA'**

#### **Campione da controllare**

Il campione dei FaSAS nei CDD, CSS e RSD sarà calcolato sul 30% degli utenti rendicontati nell'anno 2016; tale campione riguarderà utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017.

#### **Indicatori di rischio per il campionamento della verifica**

La scelta del campione del 30% di utenti sarà effettuata sia con criterio casuale (50%) che sulla base di criteri mirati (50%), ovvero:

- nuovi ingressi negli ultimi tre mesi;
- incidenza/rischio di caduta;
- utenti con età < a 18 anni o > 65 anni;
- utenti complessi (classi SIDI 1 e 2);
- utenti classificati nelle classi SIDI estreme 1 e 5;
- utenti con doppia diagnosi;
- utenti con particolare criticità assistenziali e/o bisogni riabilitativi/fisioterapici e/o comportamenti auto/etero aggressivi(scelti direttamente in Struttura);
- applicazione dei mezzi di protezione e tutela, con particolare attenzione alle persone con deterioramento cognitivo;
- trasferimento da altre UdO
- utenti con passaggio di classe a seguito di rivalutazione da parte dell'ente gestore;
- utenti che usufruiscono dell'estensione dei giorni di assenza previsti dalla DGR 1953/2004.

**Obiettivo anno 2017:** controlli da effettuare presso gli Enti Gestori Area Disabilità

Tipologia UdO	N. UdO da controllare nell'anno 2017	N. utenti rendicontati nel 2016 nel 50% UdO	N. FaSAS da controllare nel 2017 (30%)
<b>RSD</b>	4	186	56
<b>CDD</b>	14	347	104
<b>CSS</b>	11	113	34

### **ATTIVITÀ DI CONTROLLO SULLE MISURE E SPERIMENTAZIONI**

Devono essere previste anche le verifiche sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative approvate dalla Regione e il controllo sulle misure applicative della D.G.R. 2942/2015 e D.G.R. 116/2013.

Per le modalità e le percentuali di verifica si applicano le regole previste per le altre unità d'offerta. I requisiti e gli standard da verificare sono quelli specifici definiti per la sperimentazione o la misura verificata.

La programmazione 2017 garantirà la verifica su almeno il 50% sulle sperimentazioni delle unità d'offerta innovative.

I soggetti gestori nel corso del 2017 sono tenuti ad attivare procedure di autocontrollo, al fine di monitorare i propri processi assistenziali e migliorare la qualità delle prestazioni e tale controllo non rientrerà comunque nel computo delle percentuali di verifica in capo alla ATS.

### **Attività di verifica dei requisiti connessa alla presentazione di SCIA e istanza di accreditamento**

#### **Requisiti soggettivi per l'esercizio e l'accreditamento**

In attuazione a quanto previsto dall'allegato 1 alla DGR 2569/2014 nell'anno 2017 si provvederà ad effettuare le verifiche di legge su un campione pari ad almeno il 10% delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione alle SCIA e pari ad almeno il 50% delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione alle domande di accreditamento mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i.;

#### **Requisiti organizzativi e gestionali e requisiti strutturali e tecnologici**

Saranno garantite le verifiche sul possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento nel 100% delle SCIA e delle istanze di accreditamento presentate.

Le verifiche documentali e i sopralluoghi atti alla verifica dell'esistenza dei requisiti a seguito di presentazione SCIA e istanze di accreditamento, esiteranno in una precisa e puntuale attestazione del possesso di ogni singolo requisito.

## **ATTIVITA' DI VIGILANZA SULLA RETE DELLE UNITA' D'OFFERTA SOCIALI**

### **SINTESI DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEL 2016**

Per motivi organizzativi e per quanto esposto in premessa, la vigilanza ha avuto inizio nel mese di aprile e come previsto dal piano controlli (decreto ATS n. 31 del 27/01/2016), ha riguardato tutte le tipologie di UdO sociali elencate nella DGR 7437/2008 e successive integrazioni, ovvero:

- Unità d'offerta per minori (nidi, micronidi, nidi famiglia, centri prima infanzia, centri ricreativi diurni, centri aggregazione giovanile, comunità familiari, comunità educative minori, alloggi per l'autonomia);
- Unità d'offerta per anziani (centri diurni, alloggi protetti);
- Unità d'offerta per disabili (centri socio educativi, servizi di formazione all'autonomia).

Come previsto dalla DGR 4702/2015 sono state escluse dal controllo le UdO a carattere temporaneo (Centri Ricreativi Diurni), ad eccezione delle nuove attivazioni tramite CPE.

Nel 2010 l'ex ASL ha predisposto il primo progetto di realizzazione di Comunità Residenziali per Anziani condiviso con Regione Lombardia. La prima Comunità ha iniziato l'attività nel 2011 sino ad arrivare alle n. 12 attualmente in funzione. Nel 2016 sono stati aggiornati i criteri con decreto ATS n. 260 del 23/06/2016. Durante l'anno sono state vigilate con sopralluogo preventivo (strutture in fase di progettazione) n. 3 Comunità per verificare la fattibilità dei progetti.

Per tutte le UdO sociali i controlli hanno riguardato gli aspetti strutturali, gestionali, tecnologici e organizzativi in conformità alla D.d.g. n. 1254 del 15/02/2010 avente ad oggetto "Prime indicazioni operative in ordine ad esercizio ed accreditamento delle unità d'offerta sociali" e alle normative specifiche di riferimento per ogni tipologia di UdO.

I controlli effettuati nelle nuove Unità d'Offerta, a seguito di presentazione CPE, sono stati programmati su richiesta dei Comuni. Per quanto riguarda la vigilanza routinaria, al fine di attuare il principio per il quale la periodicità dei controlli deve essere assicurata almeno ogni due anni, le ispezioni inerenti la verifica del mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali sono state effettuate per le Tipologie riportate nella *Tabella 1*.

Le équipes vigilanza nell'anno 2016 hanno effettuato il controllo delle Unità d'offerta nelle quali erano state attivate prese in carico per la Misura 6, come normate dalle DGR 856/2013 e DGR 2942/2014. Tali misure sono state attivate presso le comunità educative, le comunità familiari e gli alloggi protetti per l'autonomia e i controlli hanno riguardato n. 24 Unità d'Offerta (in 15 UdO è

stata effettuata anche la vigilanza ordinaria come indicato in *Tabella 1*) dove sono stati visionati n. 204 fascicoli personali degli utenti, nei quali si è proceduto alla verifica del progetto quadro, dell'eventuale decreto del tribunale, della presenza e coerenza del PEI redatto dalla Comunità con il progetto quadro, di interventi e/o percorsi psicoterapici sul minore in carico. In molti controlli è risultato assente il progetto quadro, che veniva sostituito da riunioni d'équipe avvenute con operatori esterni (es. Ass. Sociale Comune).

Nell'anno 2016, oltre ai controlli programmati (*Tabella 1*), sono stati effettuati n. 3 sopralluoghi preventivi presso Comunità Residenziali per Anziani (decreto ATS n. 260 del 23/06/2016).

**Tabella 1 - Vigilanza UdO sociali: confronto UdO controllate entro il 31/12/2016 e UdO totali da controllare nell'anno 2016**

TIPOLOGIA UNITA' D'OFFERTA SOCIALE	N. UDO SOCIALI DA VIGILARE NEL 2016	N. UDO SOCIALI VIGILATE 2016	
		N.	%
NIDI	65	82	126
MICRO NIDI	2	5	250
NIDI FAMIGLIA	14	16	114
CENTRI PRIMA INFANZIA	3	2	67
CENTRI AGGREGAZIONE GIOVANILE	38	38	100
COMUNITA' FAMILIARE	0	1	-
COMUNITA' EDUCATIVE MINORI	5	7	140
ALLOGGI PER L'AUTONOMIA	3	3	100
CENTRI DIURNI ANZIANI	10	10	100
CENTRI SOCIO EDUCATIVI DISABILI	10	10	100
SERVIZI DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA PER PERSONE DISABILI	7	7	100
ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI	4	7	175
<b>Totale UdO</b>	<b>161</b>	<b>188</b>	<b>117</b>

Come si evince dalla *Tabella 1* l'obiettivo previsto dal piano controlli 2016 è stato raggiunto per tutte le tipologie, con la specifica che un Centro Prima Infanzia, il cui controllo era programmato per l'anno 2016, non ha mai avuto utenza iscritta e l'Ente gestore ha presentato CPE di chiusura durante l'anno.

Dall'attività di vigilanza effettuata nel 2016 presso le Strutture presenti sul territorio dell'ATS di Brescia si evidenzia che, in merito ai requisiti strutturali e tecnologici, vi è stata difficoltà a visionare, in sede di sopralluogo, le certificazioni tecnico-strutturali, spesso non per mancanza delle stesse, ma per l'assenza di un metodo efficace nella conservazione documentale da parte degli Enti. In tali casi si è proceduto a richiedere integrazione delle certificazioni e a svolgere ulteriori approfondimenti documentali.

Le certificazioni strutturali risultate frequentemente assenti sono state quelle riguardanti la relazione antisismica e la relazione acustica, in quanto risultano particolarmente onerose per tali tipologie di Unità d'Offerta.

Come previsto dalle procedure tecnico operative in materia di vigilanza sociale, è stata data comunicazione ai Comuni delle carenze riscontrate affinché, in qualità di titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali, potessero assumere i provvedimenti previsti dalla Legge Regionale n. 3 del 12/03/2008 (art. 15 comma 3).

Come previsto dalla DGR n. 4702/2015 sono state valutate il 100% delle CPE pervenute con sopralluogo presso n. 30 UdO di cui: n. 20 asili nido, n. 1 micronido, n. 2 nidi famiglia, n. 2 CAG, n. 2 CSE, n. 1 SFA e n. 2 alloggi protetti per anziani.

## PIANIFICAZIONE ANNO 2017

La vigilanza sulle Unità d'offerta sociali per l'anno 2017, ai sensi della L.R. 3/2008, riguarderà tutte le tipologie di UdO sociali elencate nella DGR 7437/2008 e successive integrazioni, ovvero:

- Unità d'offerta per minori (nidi, micronidi, nidi famiglia, centri prima infanzia, centri ricreativi diurni, centri aggregazione giovanile, comunità familiari, comunità educative minori, alloggi per l'autonomia);
- Unità d'offerta per anziani (centri diurni, alloggi protetti);
- Unità d'offerta per disabili (centri socio educativi, servizi di formazione all'autonomia).

Si precisa che il Piano Controlli sulle Unità d'offerta sociali per l'anno 2017 è stato adottato con Decreto D.G. n. 57 del 31/01/2017 ai sensi della DGR X/5954 del 05/12/2016.

**Tabella 2 - Vigilanza UdO sociali: UdO presenti all'01/01/2017 e obiettivo di vigilanza per l'anno 2017**

TIPOLOGIA UNITA' D'OFFERTA SOCIALE	N. UDO SOCIALI AL 01/01/2017	N. UDO SOCIALI DA VIGILARE 2017 (50%)
NIDI	171	86
MICRO NIDI	23	11
NIDI FAMIGLIA	23	12
CENTRI PRIMA INFANZIA	3	1
CENTRI AGGREGAZIONE GIOVANILE	57	28
COMUNITA' FAMILIARE	4	2
COMUNITA' EDUCATIVE MINORI	21	11
ALLOGGI PER L'AUTONOMIA	9	5
CENTRI DIURNI ANZIANI	15	7
CENTRI SOCIO EDUCATIVI DISABILI	18	9
SERVIZI DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA PER PERSONE DISABILI	12	6
ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI	9	5
<b>Totale UdO</b>	<b>365</b>	<b>183</b>

Verrà garantita la verifica del 100% delle CPE pervenute anche per le UdO a carattere temporaneo, come previsto dalle Regole anno 2017.

Al fine di perseguire l'obiettivo prefissato, la programmazione 2017 sulla vigilanza garantirà le verifiche sul mantenimento dei requisiti nel 50% delle UdO sociali attive presenti sul territorio dell'ATS di Brescia (*Tabella 2*).

Durante l'anno saranno garantite le visite straordinarie eseguite su segnalazioni o a seguito di richieste pervenute da altri Enti.

Le équipes di vigilanza nell'anno 2017 dovranno effettuare il controllo di tutte le Unità d'offerta nelle quali sono attive prese in carico per la Misura 6, come normate dalle DGR 856/2013 e DGR

2942/14.

Come previsto dalla DGR X/5954/2016 saranno vigilate anche le unità d'offerta innovative a carattere sperimentale approvate dalla Regione, ovvero le "Comunità Residenziali per Anziani"; in particolare verranno effettuati sia sopralluoghi preventivi (per strutture in fase di progettazione) che sopralluoghi di vigilanza ordinaria nel 50% delle UdO presenti sul territorio (n. 6/12).

I controlli saranno programmati su richiesta dei Comuni, a seguito di presentazione di CPE per l'attivazione di una nuova UdO, e su iniziativa delle équipes di Vigilanza per quanto riguarda i controlli routinari nel rispetto degli obiettivi assegnati al fine della verifica del mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali.

Verrà garantita, nel corso del 2017 la rendicontazione dell'attività di vigilanza e controllo, effettuata presso le UdO sociali, alla Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale, mediante le schede di monitoraggio semestrale.

#### **UTILIZZO DELLE RISORSE ASSEGNATE PER LA VIGILANZA SOCIO ASSISTENZIALI**

Con Decreto del Direttore Generale dell'ATS di Brescia n. 19 del 21/01/2016 ad oggetto "Fondi regionali anno 2015 per il finanziamento delle funzioni trasferite in materia di vigilanza e controllo per la verifica dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle strutture socio assistenziali – Programma di utilizzo e trasferimento risorse agli Ambiti Territoriali", l'ATS ha preso atto delle risorse assegnate con Decreto della Direzione Generale Reddito e Autonomia n. 11036 del 04/12/2015 pari ad € 206.188 e ha provveduto a trasferire le quote assegnate agli Ambiti Distrettuali, pari ad € 97.622,00 nonché a definire il Piano Economico di utilizzo delle risorse di propria competenza, in conformità a quanto previsto nelle indicazioni relative al Piano Controlli 2016, come indicato nella tabella seguente:

<b>Ente</b>	<b>Contributo Regionale</b>	<b>Piano Economico di cui al Decreto n. 19 del 21/01/2016</b>	
Ambiti Territoriali	€ 97.622,00	€ 97.622,00	Trasferimento risorse agli Ambiti Territoriali
ATS Brescia	€ 108.566,00	€ 85.566,00	Personale a supporto delle funzioni in materia di vigilanza e controllo e formazione del personale
		€ 23.000,00	Attrezzature informatiche e adeguamento software

Le risorse assegnate all'ATS di Brescia sono state utilizzate sia per la dotazione di strumenti informatici che per la dotazione di personale atto a garantire quanto dovuto dai servizi di vigilanza e controllo. Sono stati in particolare destinati dei fondi per l'assunzione di personale interinale adibito alle funzioni di segreteria e di vigilanza. Nel corso del 2016 la spesa sostenuta è stata complessivamente pari ad € 67.000,00= di cui € 23.000,00= destinata ad attrezzature informatiche ed € 44.000,00 destinata all'acquisizione di personale a supporto delle funzioni di vigilanza e controllo (Decreti ASL n. 329 del 24.06.2015, n. 665 del 03.12.2015, Decreto ATS n. 242 del 16.06.2016 e Decreto ATS n. 225 del 10.06.2016).

Per quanto riguarda la dotazione di strumenti informatici a partire dall'anno 2015 è stato implementato e messo a regime il verbale informatico redatto con l'applicativo Tekne (ViVIDI), nel quale è inserita l'anagrafica di tutte le UdO Sociosanitarie che consente sia di ridurre i tempi per la compilazione del verbale che di archiviare informato file tutta la documentazione inerente l'attività di vigilanza. Nell'anno 2016 è stata implementata anche l'anagrafica delle UdO Sociali per le quali verrà redatto il verbale informatico dal 2017.

Ogni ulteriore dettaglio relativo alla rendicontazione economica dell'utilizzo delle risorse attribuite all'Agenzia sarà contenuto nel documento di bilancio dell'esercizio 2016.