



# PIANO DEI CONTROLLI – ANNO 2024

CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO .....	2
Demografia .....	2
L'evoluzione demografica negli ultimi anni.....	3
AREA SANITARIA.....	5
Contesto .....	5
PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI VIGILANZA.....	5
PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA RICOVERI.....	7
PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO PRESTAZIONI AMBULATORIALI.....	11
AREA SANITARIA - CONTROLLO TEMPI DI ATTESA .....	13
RILEVAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA .....	14
AREA SANITARIA – VERIFICA RETI CLINICHE .....	14
AREA SOCIO SANITARIA .....	14
Contesto .....	14
PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI VIGILANZA.....	15
PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA.....	17
AREA SOCIALE.....	22
CONTESTO .....	22
PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI VIGILANZA.....	23
CONTROLLO REQUISITI SOGGETTIVI E DI CONTRATTUALIZZAZIONE .....	24
AREA FARMACEUTICA .....	25
CONTESTO .....	25
PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ.....	26
FARMACIE PUBBLICHE E PRIVATE APERTE AL PUBBLICO E DISPENSARI .....	26
STUPEFACENTI .....	27
WORKFLOW .....	28
DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC).....	28
ATTIVITÀ CONTROLLO APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA.....	29
PIANI TERAPEUTICI.....	30
AREA FARMACEUTICA OSPEDALIERA .....	30
CONTROLLI FILE F. ....	30
AREA PROTESI ASSISTENZA INTEGRATIVA.....	31
MONITORAGGIO E CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA PROTESI .....	31
MONITORAGGIO E CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA EROGATIVA.....	32
AREA PROTESI MAGGIORE .....	32

Il presente piano dei controlli, che delinea la programmazione territoriale dell'attività di controllo sulla rete degli erogatori sanitari, sociosanitari e sociali afferenti alla ATS di Brescia per l'anno 2024, è redatto secondo le indicazioni della D.G.R. n. XII/1827 del 31/01/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024" e della nota ACSS prot. n. acssl.2024.0000246 del 08.02.2024.

## CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO

Il territorio dell'ATS di Brescia si estende su un'area di 3.465 km<sup>2</sup>, che comprende 164 Comuni, organizzati in 11 Distretti afferenti al polo territoriale delle 3 Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) presenti nel territorio di ATS Brescia.

I residenti al 01/01/2023 sono 1.159.296, di cui il 50,4% femmine (Fonte: Istat). La densità di popolazione media è di 334 abitanti per Km<sup>2</sup>, con l'area cittadina che 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, mentre le zone montane sono quelle con la minor densità abitativa.

Entro i confini dell'ATS vi sono tre laghi principali (Lago di Garda, Lago d'Iseo 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.

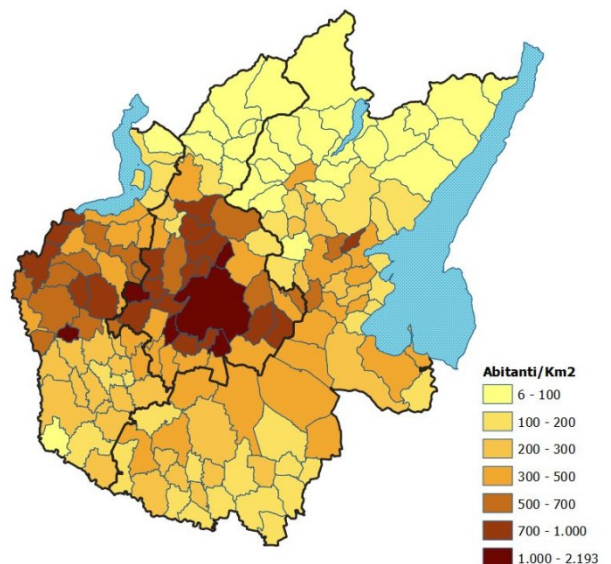
### *Demografia*

Le persone assistite, iscritte al Servizio Sanitario Regionale, sono più numerose di quelle residenti: al 31/12/2023 il numero di assistiti era 1.180.697, di cui l'1,6% non residente (18.561 persone). In aggiunta a questo numero vi sono 26.684 soggetti che sono stati assistiti nel corso dell'anno, ma non lo sono più alla data del 31 dicembre 2023 poiché deceduti (10.510), emigrati (5.295) o non più presenti per altri motivi e con tessera sanitaria non più attiva (Fonte: NAR, Nuova Anagrafe Regionale).

Osservando la piramide demografica della popolazione assistita è evidente come la maggior parte delle persone si concentri nelle fasce d'età centrali, mentre poche sono le persone giovani. Negli ultimi anni si sta verificando un continuo assottigliamento della base della piramide, che ha assunto così un aspetto "a botte" tipico delle popolazioni anziane. Tale evoluzione è da ricondurre ad una serie di fattori tra cui l'aumento del tasso di sopravvivenza, il calo delle nascite e del tasso di fecondità, l'immigrazione degli anni passati soprattutto da parte di giovani.

La forma della piramide demografica evidenzia una maggior numerosità di femmine (50,4%) in virtù di una loro maggior presenza nelle fasce oltre i 60 anni, evidenziata dalla asimmetria nella parte alta della piramide. Nelle classi sotto i 50 anni le femmine risultano sempre di poco inferiori rispetto ai maschi, la percentuale dei sessi è simile tra i 50enni, mentre il rapporto si inverte dopo i 60 anni, aumentando

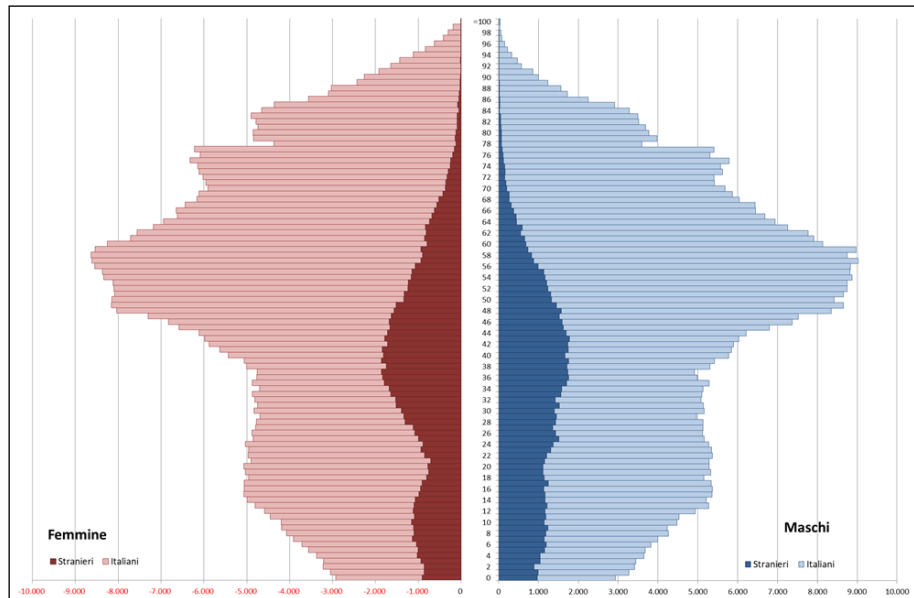
Figura 1 – Densità abitativa dei comuni di ATS Brescia al





progressivamente. La classe degli ultra85enni è per il 67,1% rappresentata da donne (27.914 contro 13.713 uomini).

Figura 2 - Piramide dell'età, popolazione assistita al 31/12/2023



L'età media della popolazione a dicembre 2023 era di 45,6 anni, più elevata nelle femmine (46,8 anni) che nei maschi (44,3 anni), inferiore a quella nazionale (46,4 anni al 1° gennaio 2023)<sup>1</sup> e a quella regionale (46,1 anni)<sup>1</sup>.

#### *L'evoluzione demografica negli ultimi anni*

La Tabella 1 riporta la variazione dei principali indici demografici negli ultimi 10 anni (2014-2023).

- La popolazione è complessivamente cresciuta dello 0,9% ed è aumentata anche l'età media (82 giorni in più ogni anno, dal 2014 al 2023). Questo progressivo invecchiamento della popolazione è dovuto alla contemporanea presenza di due fenomeni contrapposti e cioè l'aumento di anziani (+12,5%) e grandi anziani (+24,5%) e la diminuzione della popolazione giovane al di sotto dei 15 anni (-14,2%). Tale trend, con andamento piuttosto stabile nel tempo, ha però subito importanti variazioni in particolare nell'arco del 2020 e parte del 2021, a causa dell'emergenza Covid-19;
- Nel 2023 si è consolidato un nuovo aumento della popolazione anziana (+4.676 unità), già osservato nel 2022, dopo il calo osservato nel 2020 rispetto al 2019 a causa degli effetti dell'emergenza Covid-19;
- La popolazione dei grandi anziani (età superiore agli 84 anni) ha visto nel 2023 una forte ripresa (+2.373 unità) con percentuali superiori al periodo pre-pandemico, quando mediamente l'aumento era di circa 1.000 persone da un anno al successivo. Questa fascia di popolazione, pesantemente colpita dalla pandemia di Covid-19, ha subito una perdita tra il 2019 e il 2020 di 475 persone (-1,2% rispetto al 2019), con una ripresa solo parziale nel 2021 e 2022.

<sup>1</sup> Annuario statistico italiano, 2023. [https://www.istat.it/storage/ASI/2023/ASI\\_2023.pdf](https://www.istat.it/storage/ASI/2023/ASI_2023.pdf)



- L'indice di vecchiaia, calcolato rapportando la popolazione con età di 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni, è rimasto stabile dal 2000 al 2011, anni di forte immigrazione, mentre è cresciuto negli anni successivi. Complessivamente tale indicatore si è mantenuto sempre inferiore al dato nazionale e regionale.
- Il dato che più balza all'occhio è il picco di mortalità che si è concentrato nell'anno 2020 a causa della pandemia Covid-19. Complessivamente dal 2012 al 2021 il numero di decessi è aumentato del 18,2%, ma dal 2019 al 2020 l'aumento è stato del 37,1%, mentre fino ad allora vi era un incremento medio annuo di poco superiore all'1%. Nel 2021 il numero di decessi è tornato a valori più simili al periodo pre-pandemia e tale trend si è confermato anche nel 2022 con un'ulteriore diminuzione del numero dei decessi, pari a 11.679.
- La percentuale di stranieri si è mantenuta stabile dal 2014 su valori pari al 14% circa, con varie oscillazioni da un anno all'altro. Il 2020 ha visto una forte flessione degli assistiti stranieri (-3.287 persone rispetto al 2019), seguito da una parziale ripresa nel 2021 e 2022. A fine 2023 si è però registrato un nuovo calo, con 1.849 assistiti stranieri in meno rispetto al 2022. La quota di stranieri è costantemente superiore a quella lombarda e ancor più al dato nazionale.
- Il numero di nuovi nati è in continuo lento calo, mentre è in crescita l'età materna alla prima gravidanza.

Figura 3 - Trend indice di vecchiaia in ATS e confronto con Regione Lombardia e Italia

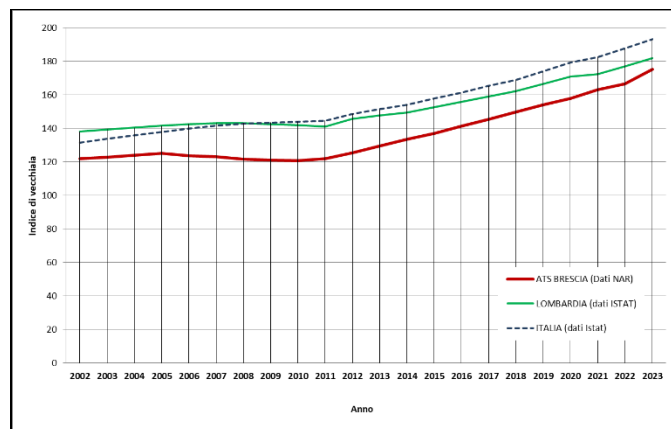
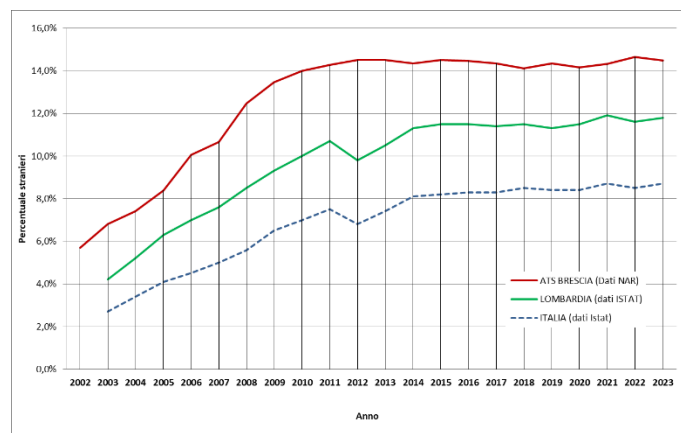


Figura 4 – Quota di stranieri in ATS Brescia, Regione Lombardia e in Italia





## AREA SANITARIA

### Contesto

Le strutture sanitarie autorizzate e accreditate sul territorio ATS (pubbliche/private) al 01.01.2024 sono riportate nella tabella seguente.

Strutture sanitarie autorizzate e accreditate al 01.01.2024

<b>Strutture / attività</b>	<b>pubbliche</b>	<b>private</b>	<b>totale</b>
Struttura di ricovero e cura (P.O.)	15	14	29
- Attività di riabilitazione (Degenze)	6	14	20
- Attività di cure subacute (Degenze)	3	3	6
- Attività di medicina dello sport	2	-	2
- Attività di diagnostica per immagini	11	10	21
- Attività di laboratorio clinico	8	4	12
Strutture di ricovero e cura a ciclo diurno extraosp.	0	7	7
Strutture ambulatoriali extraospedaliere	5	10	15
- attività di odontoiatria in strutture ambulatoriali	3	1	4
- attività di diagnostica in strutture ambulatoriali	2	8	10
- attività di laboratorio clinico	0	1	1
Strutture ambulatoriali extraospedaliere di medicina dello sport	0	7	7
Medicina di laboratorio extraospedaliero	1	5	6
Punto Prelievi	27	67	94
Comunità e Centri diurni psichiatrici	23	21	44
Comunità e Centri diurni NPIA	1	6	7

Di seguito si riportano le strutture del sistema sangue e PMA accreditate sul territorio ATS (pubbliche/private) al 01.01.2024 sono riportate nella tabella seguente.

<b>Strutture / attività</b>	<b>pubbliche</b>	<b>private</b>	<b>totale</b>
SIMT	3	0	3
CLV	1	0	1
UdR	7	15	22
PMA	2	4	6

### PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI VIGILANZA

I controlli di vigilanza sono eseguiti con sopralluogo, con possibilità di verifiche solo documentali per le istanze di riclassificazione, eseguite anche da remoto.

Le basi dati/flussi utilizzati sono ASAN, FIM e banche dati Ordini professionali.

Le modalità di campionamento sono quelle indicate dal DPR 14/01/1997 e dalla DGR XI/7315/2022, con una periodicità dei controlli almeno quinquennale.



Il n. delle verifiche programmate per l'anno 2024 sono declinate per tipologia di struttura come segue:

<b>Strutture oggetto di vigilanza</b>	<b>pubbliche</b>	<b>private</b>	<b>totale</b>
Ricovero e cura	15	14	<b>29</b>
Strutture di ricovero e cura a ciclo diurno extraosp.		2	<b>2</b>
Strutture ambulatoriali extraospedaliere	1	5	<b>6</b>
Strutture ambulatoriali extraospedaliere di medicina dello sport	0	2	<b>2</b>
Comunità e Centri diurni psichiatrici	0	4	<b>4</b>
Comunità e Centri diurni NPJA	0	1	<b>1</b>

Tutte le strutture di ricovero e cura sono oggetto di vigilanza. Essendo presenti più unità operative/macroattività, il campione riguarda le unità operative/macroattività non vigilate negli ultimi quattro anni.

Le verifiche previste con cadenza biennale per le strutture appartenenti al Sistema Sangue e per i Centri di Procreazione Medicalmente Assistita sono le seguenti:

<b>Strutture oggetto di vigilanza</b>	<b>pubbliche</b>	<b>private</b>	<b>totale</b>
SIMT	1	0	<b>1</b>
CLV	0	0	<b>0</b>
UdR	3	5	<b>8</b>
PMA	1	0	<b>1</b>

Le verifiche programmate come da scadenza specifica indicata dalla DGR 7044/2022 e s.m.i. relative alla riclassificazione dei Laboratori Clinici sono le seguenti:

<b>Strutture oggetto di vigilanza</b>	<b>pubbliche</b>	<b>private</b>	<b>totale</b>
Medicina di laboratorio ospedaliere	8	4	<b>12</b>
Medicina di laboratorio extraospedaliere	1	5	<b>6</b>
Punti Prelievo	0	2	<b>2</b>

Come previsto dalla DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 sono programmate le seguenti verifiche:

- n. 3 strutture per la conclusione della riclassificazione delle Terapie Intensive e Semi intensive;
- n. 5 strutture per la riclassificazione della Neuroriabilitazione;
- n. 7 strutture per la riclassificazione delle Terapie Intensive Neonatali e area materno infantile.

Come strumenti operativi vengono impiegate le check list ASAN, con i requisiti oggetto di verifica, allegate ai verbali.

Viene inoltre garantita la seguente attività:

- gestione del 100% delle SCIA/istanze di autorizzazione/istanze di accreditamento;
- gestione del 100% delle volture/variazioni relative a enti e strutture;



- monitoraggio dei requisiti strutturali del 100% delle strutture in proroga ai sensi della D.G.R. XII/1827/24, per le relative strutture afferenti;
- vigilanza sul 100% delle segnalazioni pervenute;
- verifiche sul 100% delle istanze per rilascio o rinnovo di parere di idoneità alla conduzione di sperimentazioni cliniche;
- attività di verifica di routine in ordine:
  - o alla gestione con raccolta, verifica e inserimento a sistema dei Flussi Informativi Ministeriali (FIM) nell'ambito della SC Accreditamento strutture sanitarie e sociosanitarie;
  - o alla verifica e monitoraggio dell'avvenuto caricamento/aggiornamento del Flusso informativo Ministeriale Grandi Apparecchiature sanitarie obbligatorio per le strutture sanitarie, per cui ATS vigila, coerentemente con quanto dichiarato agli atti;
  - o alle verifiche in ordine all'avvenuto adempimento alla Valutazione Esterna di Qualità (VEQ) dei Servizi di Medicina di Laboratorio;
  - o alle autocertificazioni annuali inviate da tutte le strutture sanitarie autorizzate e/o accreditate e/o a contratto ai sensi dell'art. 18 della D.G.R. 3312/01;
  - o alle autocertificazioni quadrimestrali ai sensi della D.G.R. 2877/01 per le strutture di ricovero e cura secondo le specifiche indicazioni regionali.

#### COMPOSIZIONE EQUIPE

n. 2 Dirigenti Medici, n. 2 Infermieri, n. 2 Tecnici della Prevenzione

#### CRONOPROGRAMMA:

Le attività di controllo saranno distribuite durante tutto l'arco dell'anno, programmate in base alle scadenze prefissate dalle disposizioni vigenti in merito al singolo item e alle scadenze dettate da altre attività/procedimenti in carico all'Accreditamento sanitario.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Vigilanza strutture/attività sanitarie
MODALITÀ	Sopralluogo e verifica documentale
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 74
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	ASAN, FIM, banche dati Ordini professionali
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Periodicità secondo normativa, scadenze da programmazione regionale, aspetti/criticità delle attività
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Utilizzo check list ASAN

#### PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA RICOVERI

L'attività di controllo, che riguarda le prestazioni erogate in regime di ricovero presso le Strutture pubbliche e private accreditate a contratto insistenti sul territorio dell'ATS di Brescia, è effettuata dall'SS Qualità ed Appropriatelyzza delle Prestazioni Sanitarie di Ricovero secondo le modalità stabilite dalla DGR n. XII/1827 del 31/01/2024. Il controllo viene effettuato in loco e, laddove possibile, da remoto su documentazione in formato digitale.

Il volume di verifica sulle prestazioni di ricovero è determinato in almeno il 12,5% (pari a **168.023 cartelle** - *numerosità provvisoria in attesa del validato regionale*), così suddiviso:





- quota fino al 3% riferita ad autocontrollo della qualità della documentazione clinica effettuata a cura degli erogatori e selezionata con modalità di campionamento casuale da ATS;
- quota fino al 3,5% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica/organizzativa 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 nel Piano di Controllo redatto dalle singole Strutture e successivamente validate da ATS.
- quota fino al 6% riferita ai controlli di congruenza e appropriatezza generica/organizzativa selezionata con campionamento mirato da ATS;

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 n. IX/621 del 13 ottobre 2010.

L'ATS produrrà trimestralmente una relazione all'ACSS, con evidenza delle tipologie di interesse locale.

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

#### Autocontrollo

Si esplicitano di seguito le disposizioni per le attività di autocontrollo da parte degli Erogatori come da DGR n. XII/1827 del 31/01/2024:

Autocontrollo qualità documentale Ricoveri (3%) – dimessi dal 1° gennaio 2024.

ATS:

- campionamento casuale (numerosità = 3% produzione 2023) su gennaio-marzo 2024;
- invio ad Erogatori elenchi cartelle cliniche campionate.

Erogatore:

- invio esiti autocontrollo solo in ATS (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2024.

ATS:

- campionamento quota parte del 3% iniziale, per verifica di concordanza;
- in concordanza, no sanzionamento per errore;
- in discordanza, estensione a intero campione autocontrollo e sanzionamento per errore (se decurtazione economica  $\geq 5\%$ );
- invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10/01/2025 (con possibilità di correggere errori fino al 10/02/2025).

Autocontrollo congruenza e appropriatezza generica Ricoveri (3,5%) - dimessi dal 1° gennaio 2024.

Erogatore:

- Piano di Controllo di Struttura (inviato in ATS entro il 15 febbraio 2024);
- campionamento (numerosità = 3,5% produzione 2023) su gennaio-aprile 2024;
- invio in ATS elenchi cartelle cliniche campionate;
- invio esiti autocontrollo solo in ATS (NO correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2024.





## ATS:

- eventuale segnalazione criticità Piano di Controllo di Struttura;
- campionamento quota parte del 3,5% iniziale, per verifica di concordanza;
- in concordanza, no sanzionamento per errore;
- in discordanza, estensione a intera produzione disponibile e sanzionamento per errore (se decurtazione economica  $\geq 5\%$ );
- invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10/01/2025 (con possibilità di correggere errori fino al 10/02/2025).

Controlli di tipo mirato

In ottemperanza alla DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 si stabilisce una quota di verifica del 6% riferita all'attività di controllo con campionamento di tipo mirato per la verifica della congruenza di codifica e dell'appropriatezza generica/organizzativa.

Nella fase di campionamento si terrà conto della graduazione del rischio (come da proposta ACSS 2018) ai fini di ottimizzare e razionalizzare le procedure di verifica, con particolare riferimento a:

- indicatori Regionali, così come specificati dalla DGR n. IX/2633 del 06/12/2011, calcolati e forniti dalla Direzione Generale Welfare,
  - 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)
  - Ricoveri ripetuti per acuti,
  - Ricoveri con assegnazione di DRG complicato,
  - Ricoveri per acuti con attribuzione di DRG anomalo,
  - Ricoveri ordinari per acuti, di durata inferiore a 4 giorni, con presenza in diagnosi principale di patologia neoplastica ed assegnazione di DRG non chirurgico,
  - 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 inappropriatazza - LEA medici e/o chirurgici;
- attività di cure sub-acute, per la verifica della corretta eleggibilità dei pazienti e della corretta attribuzione dell'indice di intensità assistenziale (DGR n. IX/1479 del 30/03/2011);
- area riabilitativa (in particolare Programma/progetto Riabilitativo Individuale e SDO-R di nuova introduzione);
- Day Hospital, per appropriatezza del livello assistenziale;
- aree di interesse locale (ad es. artrodesi vertebrale, chirurgia bariatrica) ed eventuali criticità emerse anche sulla base delle precedenti attività ispettive;



- Controllo endoprotesi come da DGR n. XI/285 del 15/05/2023 ed eventuali successive indicazioni regionali.

**Indicatore:** numerosità cartelle campionate e verificate  $\geq 12,5\%$ , calcolato sulla produzione 2023 come da obiettivo regionale.

#### CONTROLLO MIRATO 6%

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Controllo mirato congruenza
MODALITÀ	In loco e, ove possibile, da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 10.126 cartelle (numerosità provvisoria in attesa del validato regionale)
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Flusso SDO, datawarehouse aziendale
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	indicatori regionali-tipologia di campione ex fattispecie-108 DRG a rischio di inappropriatelyzza-DH-eventuali indicatori di interesse locale-endoprotesi
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verbali di ispezione

#### AUTOCONTROLLO 3 %

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Controllo qualità documentale
MODALITÀ	In loco e, ove possibile, da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 1.197 cartelle (numerosità provvisoria in attesa del validato regionale)
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Flusso SDO
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	autocontrollo della qualità della documentazione clinica effettuata a cura degli erogatori (su produzione gennaio-marzo 2024) e controllo su quota parte selezionata con modalità di campionamento casuale da ATS
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verbali di ispezione

#### AUTOCONTROLLO 3,5%

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica/organizzativa
MODALITÀ	In loco e, ove possibile, da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 1.270 cartelle (numerosità provvisoria in attesa del validato regionale)
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Flusso SDO
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Campionamento effettuato a cura dei soggetti erogatori con modalità da essi definite e dichiarate all'ATS nel Piano di Controllo, e successivo controllo su quota parte selezionata con modalità di campionamento casuale da ATS
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verbali di ispezione



## COMPOSIZIONE EQUIPE:

L'equipe della SS Qualità ed Appropriatelyzza delle Prestazioni Sanitarie di Ricovero è composta da 3 dirigenti medici, 2 infermieri e 1 assistente amministrativa.

## CRONOPROGRAMMA:

L'attività si svolge dal 1° gennaio 2024 fino al 31 dicembre 2024. In linea di massima si prevedono 2 ispezioni per ogni struttura.

## PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO PRESTAZIONI AMBULATORIALI

L'attività di ATS Brescia privilegerà controlli statistico/formali relativi a situazioni ad alto rischio di opportunismo e/o di errata modalità di erogazione/rendicontazione delle prestazioni, nel rispetto delle indicazioni operative Regionali e di ACSS.

L'obiettivo dei controlli sulle prestazioni ambulatoriali prevede, per l'anno 2024, un volume di controlli pari al 3,5% come riportato nella D.G.R. n. XII/1827 del 31/01/2024, corrispondente a circa **237.131 pratiche**, calcolato secondo i criteri Regionali, sulla produzione 2023 (dato provvisorio).

Per l'attività sono utilizzati il flusso 28/SAN, il flusso SDO e il *data warehouse* aziendale.

## Modalità di campionamento e criteri di selezione dei campioni.

Particolare rilievo verrà riservato agli indicatori regionali ex D.G.R. n. VII/8078/2002, D.G.R. n. VIII/10804/2009, D.G.R. n. X/7683/2018 "Piano dei controlli e protocolli (P.C.P. 2018)" e D.G.R. XI/7315 del 14/11/2022, "Approvazione del Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022-2023)" che comprendono:

- controllo delle esenzioni, indicatore regionale "P" da D.G.R. n. VIII/10804 del 16/12/2009: esenzioni per patologia: verifica della congruenza tra il codice esenzione, le prestazioni rendicontate nel flusso 28/SAN – anno 2023 e la correttezza della valorizzazione del campo "ticket" (D.G.R. n. X/6800 del 30/06/2017 e s.m.i.).

Rispetto alle esenzioni per reddito, i controlli, l'eventuale processo sanzionatorio di cui alla legge 689/198 e il procedimento volto al recupero dei ticket sanitari non riscossi, sono effettuati nell'ambito del Servizio Affari Generali e Legali dell'Agenzia.

- prestazioni non associabili – indicatori regionali A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, U, V e tabella prestazioni non associabili da allegato n. 3.C2 al P.C.P. 2018, con verifica che l'erogatore non abbia rendicontato nella stessa giornata, al medesimo paziente la prestazione "indice" e le prestazioni non associabili alla stessa, oppure già incluse.
- controlli di interesse locale, indicatore regionale "Z":
  - controlli prestazioni correlate a SARS-CoV-2: controlli incrociati Flusso 28/SAN e Flusso Regionale Esiti, con la collaborazione della S.S. Epidemiologico, relativi alle prestazioni TAMPONE NASO/FARINGEO cod. 91.12.1, TEST ANTIGENICI cod. 90.55.7 e cod. 90.55.8, secondo i criteri definiti con nota regionale G1.2021.0065064 del 22/11/2021. Non sono riconosciute a carico del SSR le prestazioni rendicontate nel flusso 28/SAN anno 2023 nei casi in cui il codice fiscale non sia presente nel Flusso Regionale Esiti, oppure sia presente con data ricevimento tampone superiore o uguale a quattro giorni rispetto alla data contatto in 28/SAN);



- macroattività di chirurgia a bassa intensità operativa ed assistenziale (BIC), prestazioni che vengono rendicontate nel flusso 28/SAN, pur essendo ricomprese nella tariffa delle BIC, per il medesimo paziente nei 20 giorni precedenti intervento (pre-BIC) e nei 20 giorni successivi all'intervento (post-BIC). Tabella n.4 C2 al P.C.P. 2018.;
- verifica dell'appropriata erogazione rispetto al setting prestazioni ambulatoriali ricomprese nel costo del DRG chirurgico/medico - Indicatori X, Y, W.

Con riferimento ai controlli sul criterio "X", secondo quanto previsto nell'allegato 3 della D.G.R. VII/8078/2002 e nella D.G.R. VIII/10804/2009, saranno ricercate le situazioni in cui un accesso di Pronto Soccorso si correla a un ricovero nelle 24 ore successive;

Con riferimento ai controlli sul criterio "Y", saranno ricercate le prestazioni ambulatoriali effettuate durante un ricovero (es. visite, accertamenti diagnostici, MAC, BIC) o prestazioni ambulatoriali seguite da ricovero motivato da fatto acuto insorto o riscontrato durante le procedure;

Con riferimento ai controlli criterio "W", a quanto previsto nell'allegato 3 della D.G.R. VII/8078/2002 e dalla D.G.R. VIII/10804/2009, saranno ricercati i casi di rendicontazione in 28/SAN di prestazioni erogate nei giorni antecedenti e successivi ad un ricovero a completamento dell'iter diagnostico/terapeutico.

- verifica della congruenza tra le branche specialistiche a contratto e l'erogazione delle prestazioni effettivamente erogate e rendicontate, in collaborazione con S.S. Accreditamento e vigilanza strutture sanitarie;
- verifica della appropriatezza e qualità documentale in loco (prescrizioni, referti, consensi informati, cartelle ambulatoriali) secondo indicazioni regionali e di ACSS;
- verifica dei dati relativi ai volumi delle prestazioni erogate nei diversi regimi con particolare attenzione alle prestazioni effettuate in regime libero professionale in coerenza con quanto presente sul flusso 28/san.

Per lo svolgimento dell'attività si utilizzano report in base a criteri mirati e strumenti (file/stampe) per i controlli statistico formali e in loco.

#### COMPOSIZIONE EQUIPE

3 medici e 2 amministrativi a tempo parziale



## CRONOPROGRAMMA

L'attività verrà svolta progressivamente dal 01/01/2024 al 31/12/2024.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Congruenza, appropriatezza e qualità documentale
MODALITÀ	Mista, tramite sopralluoghi in loco e verifiche statistico/formale
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	237.131 pratiche (in attesa del dato regionale ufficiale)
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Data warehouse aziendale, flusso 28/SAN, flusso esiti, flusso SDO
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Indicatori Regionali, esenzioni per patologia, prestazioni non associabili, prestazioni correlate a SARS-CoV-2: controlli incrociati Flusso 28/SAN e Flusso Regionale Esiti, DGR 8078/2002 (criteri X Y W), D.G.R. XI/7315 del 14/11/2022, "Approvazione del Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022-2023).
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Report in base a criteri mirati e strumenti (file/stampe) per i controlli statistico formali e in loco.

**AREA SANITARIA - CONTROLLO TEMPI DI ATTESA**

Obiettivo prioritario di ATS è la garanzia del rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero chirurgico programmato, in particolare di quelle contenute nel PNGLA e nel Piano Operativo Regionale per il contenimento dei tempi di attesa. Le verifiche riguardano i volumi prodotti e il rispetto delle soglie previste dalla normativa vigente, nonché la qualità dei dati trasmessi dagli Enti Erogatori tra cui, per il flusso ex ante, l'obbligo di valorizzare il numero di ricetta come indicato nella D.G..R n. XII/1827 del 31/01/2024, all.11.

Per quanto attiene ai ricoveri programmati, come indicato nel sopracitato all.11, le verifiche terranno conto del recepimento regionale delle Linee d'indirizzo per la gestione delle liste di attesa e corretta tenuta delle agende di prenotazione adottate con Decreto del Ministero della Salute.

La pianificazione delle attività di controllo dei flussi informativi trasmessi dagli Enti Erogatori avviene tramite l'analisi comparativa dei dati risultanti dall'attività di periodico monitoraggio sui flussi ex ante ed ex post. Il dettaglio delle attività di monitoraggio e controllo in essere, descritte nel Piano Territoriale 2022 per il governo dell'attività ambulatoriale e dei tempi di attesa ad oggi vigente, terranno conto di ulteriori indicazioni regionali, come previsto nella D.G.R n. XII/1827 del 31/01/2024.

In merito alle verifiche dei siti web ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, il periodico monitoraggio della presenza sui siti web degli Enti Erogatori di afferenza della sezione dedicata ai tempi di attesa sarà effettuato secondo le recenti Linee di indirizzo Ministeriali recepite dalla Regione.



ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Monitoraggio ex-post/ex-ante prestazioni ambulatoriali PNGLA erogate in regime istituzionale, controllo qualità flussi, monitoraggio sospensioni, monitoraggio siti web, verifica corretto rapporto tra volumi attività istituzionale e libero professionale
MODALITÀ	Da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Per ogni E.E. interessato verifica MTA mensile nelle giornate individuate da Regione e trimestrale nella settimana individuata dal Ministero e contestuale monitoraggio siti web; verifica semestrale per flusso sospensioni; verifica trimestrale per flusso ALPI prenotazioni e ALPI volumi
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Flusso 28/san; flusso SDO; flusso ex-ante; flusso sospensioni
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Periodico confronto con RUA degli Enti in merito ad eventuali criticità
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Monitoraggio dei tempi di attesa entro e fuori soglia per ogni classe di priorità; controllo del completo assolvimento del debito informativo e della tempestività, completezza e coerenza tra quanto pubblicato nei siti web degli E.E. Monitoraggio e confronto dell'andamento delle prestazioni specialistiche erogate in libera professione

### ***RILEVAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA***

Il processo di ricezione del flusso dei reclami e delle azioni di miglioramento è in capo all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) di ATS con cui si collabora nel fornire i riscontri al cittadino.

L'ATS garantisce che ogni segnalazione venga valutata e trattata dalle competenti articolazione aziendali, intraprendendo le necessarie attività di controllo e fornendo il dovuto riscontro al segnalante.

### ***AREA SANITARIA – VERIFICA RETI CLINICHE***

ATS assicura la verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti previsti per le strutture facenti parte di reti cliniche attive tramite sopralluoghi ad hoc e verifiche documentali da parte di equipe multidisciplinari.

### **AREA SOCIOSANITARIA**

#### *Contesto*

Nel territorio dell'ATS di Brescia è presente una diffusa rete di Unità d'Offerta socio sanitarie gestite sia da Enti privati che dalle ASST, riportata nella seguente tabella.



Unità d'offerta sociosanitarie accreditate al 01.01.2024

TIPOLOGIA UdO	N. UdO ABILITATE	N. UdO ACCREDITATE	N. UdO A CONTRATTO	N. UdO IN PIANO PROGRAMMA	N.POSTI ABILITATI	N. POSTI ABILITATI E ACCREDITATI	N. POSTI ABILITATI, ACCREDITATI E A CONTRATTO
RSA	90	87	85		7.155	6.595	6.200
RSD	9	9	8	1	455	449	440
CDD	29	29	29		757	757	738
CDI	54	53	49		1128	1053	892
CSS	22	22	22		212	211	208
CF	28	28	28	5			
CF (sedi second.)	6	6	6	1			
Cure Intermedie	3	3	3		170	167	167
Post acuti	2	2	2		37	37	37
RIA AMB-DOM/CDC	4	4	4		10	10	
RIA MIN	-	-	-	-	-	-	-
HOSPICE	4	4	4	2	44	44	44
UOCP	4	4	4		53	53	53
CDOM	34	30	29	3			
UCP-DOM	16	16	15	3			
SerD/SMI	11	11	11				
SerD / SMI (sedi Second.)	1	1	1				
Comunità dipendenze	22	20	19		460	384	362
Comunità Bassa Intensità	3	3	3		31	31	25
<b>Subtotale</b>	<b>342</b>	<b>332</b>	<b>322</b>				
RSA aperta	42	42	42				
Res. religiosi	3	3	3				
Res. leggera	6	6	6				
Case management							
Minori gravissimi							
Sperimentazione Villaggio Alzheimer	1	1	1				
<b>Subtotale</b>	<b>52</b>	<b>52</b>	<b>52</b>				
<b>Totale</b>	<b>394</b>	<b>384</b>	<b>374</b>				

### PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI VIGILANZA

L'attività di vigilanza 2024 sulle Unità d'Offerta sociosanitarie è attuata secondo la normativa regionale vigente e nel rispetto delle Regole di Sistema 2024 - DGR XII/1827 del 31.01.2024.

La funzione di vigilanza prevede la verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti generali e specifici di esercizio e di accreditamento previsti dalla DGR 2569/2014 e s.m.i. e dalle normative specifiche di riferimento.

Le vigilanze nell'anno 2024 riguardano tutte le UdO sociosanitarie, pubbliche e private, indipendentemente dallo status erogativo (abilite all'esercizio, accreditate e





contrattualizzate) e le misure RSA aperta, residenzialità leggera e residenzialità per religiosi.

Le verifiche puntano ad accertare l'effettivo ottenimento del fine sotteso a requisiti e indicatori, di norma con sopralluogo presso l'unità d'offerta e verifica dell'aderenza e della coerenza della documentazione con la situazione di fatto. L'attività comporta la verifica degli aspetti strutturali e tecnologici e di quelli gestionali e organizzativi.

Conformemente alle regole di sistema, verranno effettuati controlli su un terzo delle unità d'offerta (133/395), attuando, pertanto, verifiche con periodicità triennale.

Rispetto alla corrispondenza tra le UdO vigilate e le UdO sottoposte a controllo di appropriatezza, si precisa che tale corrispondenza è garantita per il 29% delle UdO essendo l'annualità 2024 la conclusione del triennio previsto per le verifiche sul 100% delle UdO e dovendo, pertanto, programmare vigilanza e controlli sulle strutture non ancora verificate.

Tutte le UdO vengono verificate sia da punto di vista organizzativo gestionale che da un punto di vista tecnico strutturale, fatta eccezione per le vigilanze effettuate per la misura RSA aperta (sola valutazione organizzativo gestionale).

La vigilanza viene effettuata con l'ausilio dei verbali e delle check-list regionali specifiche.

Viene inoltre garantita la seguente attività:

- gestione del 100% delle SCIA/SCIA contestuali/istanze di accreditamento;
- gestione del 100% delle richieste di voltura dell'accREDITamento e di riconoscimento o modifica di ente unico;
- monitoraggio semestrale dei requisiti strutturali del 100% delle unità d'offerta in piano programma ai sensi della D.G.R. XII/1827/24, pari a 14 UdO afferenti alle 3 ASST;
- vigilanza sul 100% delle segnalazioni pervenute;
- verifiche su debito informativo;
- verifica campionaria su scheda struttura;
- verifica e inserimento a sistema dei Flussi Informativi Ministeriali (FIM);
- riclassificazione degli Ospedali di Comunità già esistenti ai sensi della DGR n. XII/1435/2023.

#### COMPOSIZIONE EQUIPE

L'equipe per la vigilanza sociosanitaria della SS AccREDITamento e Vigilanza Strutture Sociosanitarie e Sociali è composta da:

- 3 dirigenti medici di cui un Responsabile SS;
- 2 infermieri;
- 3 assistenti sanitari
- 4 tecnici della prevenzione (in capo alla Sc)

La composizione dell'equipe di sopralluogo varia in funzione delle tipologie di verifiche da realizzare, considerando che infermieri e assistenti sanitari sono abitualmente dedicati alle verifiche organizzativo-gestionali e i tecnici della prevenzione effettuano i sopralluoghi congiuntamente agli altri professionisti compatibilmente con la loro disponibilità.



Per alcune tipologie, pertanto, il sopralluogo viene effettuato separatamente per gli aspetti gestionali e per quelli strutturali al fine di garantire il pieno rispetto del volume di attività previsto.

Nelle verifiche dei requisiti strutturali delle UdO campionate, viene garantita la verifica del 10% delle autocertificazioni ricevute nel 2023 relativa al possesso di tali requisiti.

#### CRONOPROGRAMMA

Il piano vigilanze viene effettuato e realizzato progressivamente, garantendo una proporzionale realizzazione durante l'anno (circa 40-45 vigilanze per quadrimestre). Nel caso il sopralluogo relativo alla parte gestionale-organizzativa venga svolto in momento diverso rispetto a quello relativo alla parte tecnico strutturale, si assicura in linea di massima uno svolgimento dilazionato non oltre il mese di tempo. Il campionamento riguarda le UdO non vigilate da maggior tempo.

Si riportano in tabella i volumi delle UdO in vigilanza per l'anno 2024.

Tipologia Unità d'Offerta	N° UdO	UdO in vigilanza 2024
RSA	90	30
CDI	54	18
Hospice (compreso UOCP)	8	3
RSD	9	3
CDD	29	10
CSS	22	7
Cure Intermedie (di cui 2 post acuti)	5	2
Riabilitazione ambulatoriale	4	1
Consultori Familiari (28 +6 sedi secondarie)	34	12
SerD/SMI (11 + 1 sede secondaria)	12	4
Comunità Dipendenze	22	8
Comunità Dipendenze Bassa Intensità	3	1
CDom	34	9
UCP-Dom	16	6
Residenzialità assistita per religiosi	3	1
Misura 2 Residenzialità assistita (16 contr di cui 6 attive)	6	2
Misura 4 RSA Aperta	42	14
Sperimentazione Villaggio Alzheimer	1	1
<b>TOTALE</b>	<b>394</b>	<b>132</b>

#### PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA

I controlli di appropriatezza sociosanitaria per l'anno 2024 sono stati programmati seguendo le indicazioni della D.G.R. n. XII/1827 del 31/01/2024.

Nell'anno 2024 il controllo di Appropriatezza riguarda, pertanto, le Unità di Offerta SocioSanitarie non ancora controllate nei due anni precedenti, abilitate, accreditate e accreditate a contratto, comprese le Misure e le Sperimentazioni SocioSanitarie, oltre alle UdO CDom/UCPDom con sedi di erogazione secondarie attive sul territorio dell'ATS di Brescia al 01/01/2024 e le UdO di nuova attivazione dell'anno precedente, a conclusione del piano triennale 2022 - 2024.



Sono oggetto di controllo di appropriatezza il 33% delle UdO presenti sul territorio e il 100% delle UdO oggetto di segnalazione.

Le verifiche di Appropriatezza sono volte a controllare:

- ✓ la corretta classificazione degli ospiti, se prevista;
- ✓ la coerenza tra bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, progetto individuale, piano assistenziale individuale e azioni effettivamente eseguite, risultanti dal diario multidisciplinare;
- ✓ la congruenza fra quanto rendicontato nei flussi e quanto rintracciato nel FaSAS, compresa, in ottemperanza alla DGR XII/1513 del 13/12/2023 "Determinazione in ordine al potenziamento delle risorse di FSR destinate nel 2024 all'area dei servizi territoriali residenziali dell'area anziani, dell'area residenziale della disabilità e dell'area residenziale delle dipendenze" la verifica di appropriatezza della valutazione legata alla sfera dell'alimentazione e del decadimento cognitivo/comportamentale per RSA, RSD e CSS (SOSIA/SIDI);
- ✓ l'appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla D.G.R. n. X/1765 del 08/05/2014 – check-list regionali);
- ✓ osservazione diretta della persona e degli spazi occupati, nei casi in cui l'équipe lo ritenga necessario, coerentemente alla documentazione sociosanitaria visionata.

L'attività del Controllo di Appropriatezza Sociosanitaria si svolge in loco. L'équipe si riserva di utilizzare la modalità da remoto solo in caso di recrudescenza pandemica e della situazione epidemiologica all'interno delle strutture.

Il preavviso del sopralluogo viene comunicato il giorno lavorativo precedente il controllo come da indicazioni della Nota Regionale n. G1.2015.0001996/2015.

Questa regola viene rispettata anche nel caso in cui il controllo da remoto è programmato nei confronti di Enti Gestori dotati di FaSAS informatizzato. In questi casi la verifica dei FaSAS campionati avviene mediante la condivisione dello schermo su piattaforma a scelta del Gestore (Teams/Google Meet/Zoom). Qualora l'Ente, invece, non si avvalga di FaSAS informatizzato il controllo da remoto si basa sulla verifica della documentazione cartacea, che l'Ente Gestore dovrà scannerizzare ed inoltrare alla SS Qualità ed Appropriatezza Prestazioni delle UdO SocioSanitarie nei giorni precedenti il collegamento da remoto nel rispetto della normativa della privacy. In questi casi il preavviso del controllo viene anticipato di almeno tre giorni, per dare tempo all'Ente di inoltrare, in formato PDF, la documentazione relativa ai FaSAS da controllare.

Il controllo viene effettuato con l'utilizzo della check-list regionale.

Inoltre, gli Enti Gestori sono invitati, tramite comunicazione preventiva, ad attivare procedure di autocontrollo al fine di monitorare i processi assistenziali e migliorare la qualità delle prestazioni. All'interno del verbale le percentuali del controllo e dell'autocontrollo sono distinte e sono parte integrante del verbale.

Per quanto riguarda il controllo in itinere (a domicilio) delle CDom viene richiesto preventivamente il consenso all'accesso a privata abitazione tramite l'Ente Gestore al paziente e/o al care giver/familiare con relativa modulistica firmata.

La numerosità dei controlli per l'anno 2024 è riportata nella seguente tabella.



Tipologia Unità d'Offerta	N° UdO	Udo oggetto di controllo 2024	N° FaSAS da controllare
RSA	90	35	424
CDI	54	17	74
Hospice	8	4	118
RSD	9	3	15
CDD	29	9	36
CSS	22	7	21
Cure Intermedie (di cui 2 ex post-acuti)	5	1	26
Riabilitazione ambulatoriale	4	1	50
Consultori familiari	28	11	431
SerD/SMI	11	3	70
Comunità dipendenze	22	8	31
Comunità Dipendenze Bassa Intensità	3	2	8
CDom (34 + 2 accreditate in altra ATS)	36	19	239
UCP-Dom	16	5	20
Residenzialità assistita per religiosi	3	1	3
Misura 2 Residenzialità assistita (16 contrattualizzate di cui 6 attive in ambito sociale)	6	2	6
Misura 4 RSA Aperta	42	19	139
Villaggio Alzheimer	1	1	3
<b>Totale</b>	<b>389</b>	<b>148</b>	<b>1714</b>

Per tutte le Unità d'Offerta si precisa che le modalità di campionamento e criteri di selezione del campione sono quelli indicati nelle normative: DGR 6502/2017, DGR 1513/2023, DGR 1827/2024 ed il campione viene estrapolato dalla SC Sistemi Informativi.

L'attività di controllo viene espletata in loco mediante l'analisi documentale utilizzando le check-list e il verbale.

Il campionamento dei fascicoli è effettuato al 50% in modo casuale e al 50% in modo mirato, sulla base di specifici indicatori di rischio.

In particolare, per le RSA, visto l'elevato numero di criteri specifici, il campionamento viene estrapolato per il 70% con criterio mirato e per il 30% con criterio casuale.

Per il campionamento dei FaSAS in modalità mirata sono utilizzati gli indicatori predisposti dall'Agenzia di Controllo (ACSS), D.G.R. n. X/6502 del 21/04/2017 - Tab. 12, oltre ai criteri di interesse locali o suggeriti da ACSS o l'eventuale combinazione.

I controlli prendono in esame le percentuali di FaSAS calcolate in base al numero di utenti rendicontati nel 2023 (codice fiscale conteggiato un'unica volta) dalle strutture campionate, ovvero almeno il 13% per le UdO con regime residenziale e semiresidenziale (numero massimo di FaSAS da campionare n. 30) e almeno il 3,5% per le UdO con regime ambulatoriale e domiciliare (numero massimo di FaSAS da campionare n. 50).

Il numero minimo di FaSAS da campionare per ciascuna UdO è, invece, di n. 3 FaSAS.

Le verifiche di appropriatezza sulle misure di Residenzialità assistita attivate in UdO sociali sono effettuate da equipe mista con operatori dell'ambito sociosanitario e sociale contestualmente alle verifiche dei requisiti gestionali.



L'equipe si riserva, nel caso di errori, la possibilità di estendere il campione all'intera produzione, di accertare violazioni che possono dare luogo ad un provvedimento sanzionatorio irrogato mediante l'utilizzo di un sistema informatico di ATS Brescia, denominato "Santionibus".

Si riportano di seguito gli indicatori utilizzati per il campionamento dei FaSAS ai sensi della D.G.R. n. X/1765 del 08/05/2014.

<b>RSA</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 70% mirato; 30% casuale)
Nuovi ingressi
Ospiti deceduti
Ospiti in nucleo Alzheimer
Ospiti con cadute nei mesi precedenti il controllo
Ospiti con lesioni da pressione
Ospiti con contenzioni
Ospiti in Stato vegetativo
Ospiti con importanti fragilità
Ospiti con SLA
Ospiti in classe SOSIA 7-8

<b>CDI</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Nuovi ingressi
Utenti caduti nei tre mesi precedenti il controllo
Utenti con contenzioni
Utenti part-time
Utenti con problemi comportamentali

<b>Hospice</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con ricoveri superiori a 60 giorni di degenza
Utenti non oncologici
Utenti con nuovi ingressi
Utenti con modalità di dimissione diversa dal decesso
Utenti con ricoveri in diversi Hospice
Utenti trasferiti da altre UdO

<b>CDom - DGR 6867/2022</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con CD di base (prestazionale)
Utenti con CD integrato (Livelli: I, II, III, III A, III B, III C e Alta Intensità)
Utenti di qualunque età con bisogni sanitari, sociosanitari
Utenti con prestazioni oltre soglia
Utenti con percorsi assistenziali legati a lesioni da pressione
Utenti con percorsi assistenziali legati alla riabilitazione

<b>UCP DOM</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con periodo di presa in carico superiore a 90 giorni
Con dimissione diversa dal decesso
Utenti non oncologici

<b>RSD</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale esclusi i pazienti dimessi)
Nuovi ingressi
Utenti di età inferiore ai 18 anni e (superiore a 65)
Utenti con problemi comportamentali
Utenza non tipica
Utenza con doppia diagnosi
Appartenenti alla classe Sidi 5 e 1

<b>CSS</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale esclusi i pazienti dimessi)
Nuovi ingressi
Utenti con doppia diagnosi



Appartenenti alle classi Sidi 1-2 e 5
Utenti che abbiano avuto almeno una variazione della classe Sidi nell'ultimo anno
<b>CDD</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale esclusi i pazienti dimessi)
Nuovi ingressi
Utenti con gravi compromissioni cognitive e/o motorie e/o che presentano doppia diagnosi
Utenti che presentano problemi comportamentali
Utenti appartenenti alle classi Sidi1 e 5
Utenti di età inferiore ai 18 anni e superiore ai 65
<b>RIA</b> ambulatoriale-domiciliare (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con durata del trattamento pari al valore soglia
Attesa superiore ai 6 mesi tra la prima visita e 1° ciclo di terapia
Cicli ripetuti nel corso dell'anno
Utenti > 65 anni
Utenti trasferiti da altre UdO
<b>CURE INTERMEDIE</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con durata del trattamento pari al valore soglia
Utenti provenienti da altro percorso riabilitativo nella stessa UdO
Ricovero/prestazione ripetuto nell'anno (lo stesso CF ripetuto nell'anno)
Ospiti minorenni
DRG con valorizzazione più elevata: elenco ricoveri con valorizzazione elevata (i primi cinque)
Utenti trasferiti da altre UdO
<b>CONSULTORI</b> (Perc. Fasas: 50% mirato; 50% casuale, escluse le monoprest. e le prest. Cod. 91484)
Utenti con prestazioni al alta integrazione sociosanitaria contemplate dalla DGR 6131/2017 (codici da 001 a 004 prestazioni effettuate in un semestre relative al medesimo utente)
Utenti con prestazioni rendicontate con codici 801 e 802
Utenti con IVG compresi minorenni
Area affettività e sessualità con codice 803.03
Contraccezione e procreazione responsabile con codice 803.04
Promozione della salute rispetto alle infezioni sessualmente trasmissibili con codice 803.05
<b>Comunità dipendenze a Bassa Intensità</b> (Perc. di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Ultimi ingressi
Utenti compresi tra i 18 e i 30 anni
Utenti con poli dipendenze
Utenti recentemente dimessi per conclusione o abbandono del progetto
Utenti provenienti da altre CTD
<b>SerD/SMI</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Ultimi ingressi
Utenti compresi tra i 18 e 30 anni
Utenti con polidipendenze
Utenti recentemente dimessi per conclusione o abbandono del progetto
I gamblers
Utenti con numero di prestazioni del tipo management clinico telefonico di paziente superiore alla media ATS per il 30%

Si precisa che si mantengono le indicazioni in tema dei mezzi di tutela e protezione individuale, valutando la corretta acquisizione di autorizzazioni e consensi, verificando inoltre che vi sia stata una opportuna valutazione di tutte le misure alternative (D.G.R. n. X/1765 del 08/05/2014) alla protezione e tutela individuale. Inoltre, si andrà a verificare che vi sia evidenza documentale del monitoraggio giornaliero (almeno ogni 2/4 ore) svolto dagli operatori affinché non si possano instaurare eventuali danni correlati all'uso delle stesse.



Per quanto riguarda l'area disabilità, durante il controllo è verificato il rispetto delle indicazioni regionali per la permanenza di persone di età maggiore di 65 anni in CDD.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Controllo Appropriately FaSAS Udo SocioSanitario e report di monitoraggio criticità
MODALITÀ	In presenza
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. FaSAS 1714 in n. 148 UdO/Misure
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Rendicontazione anno 2023; Campionamento estrapolato dal Servizio Flussi informativi sulla base dei criteri di selezione. Per RSA flusso SOSIA
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Criteri indicati nella DGR 1827/24 e DGR 6502/17; DGR 7315/22; Piano Controlli 2022/2024 programmato al 33%, anno conclusivo del triennio.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Controllo C-Dom ex-ante, presso domicilio dell'assistito.

#### COMPOSIZIONE EQUIPE

La composizione dell'equipe per l'attività di controllo di appropriatezza delle prestazioni delle unità di offerta sociosanitarie è di 1 Dirigente Psicologo - Responsabile SS, 2 Dirigenti Medici, 1 Assistente Sociale, 1 Infermiere, 1 Assistente Sanitario.

#### CRONOPROGRAMMA

L'attività si svolge progressivamente nel corso dell'anno.

#### AREA SOCIALE

##### CONTESTO

La funzione di vigilanza e controllo delle Unità d'Offerta sociali è svolta da operatori afferenti alla SS Accreditamento e Vigilanza delle Strutture Sociosanitarie e Sociali per la sola parte organizzativo-gestionale.

È destinata alle Unità d'Offerta descritte nelle DGR n. XI/45/2018 e n. XI/2857/2020, nonché sulle Comunità Residenziali per Anziani (C.R.A.) e sulle Comunità Alloggio Sociale per Anziani (C.A.S.A.).





L'elenco delle strutture sociali presenti sul territorio di ATS Brescia è dettagliato nella tabella seguente.

TIPOLOGIA UdO	N. UdO AUTORIZZATE	N. POSTI
Asili Nido	188	5592
Micro Nidi	32	320
Centri Prima Infanzia	5	78
Nidi Famiglia	34	170
Subtotale Area Prima Infanzia	259	6160
Centri Di Aggregazione Giovanile	48	2774
Centri Ricreativi Diurni*	296	0
Centro Educativo Diurno	3	38
Comunità Educative	23	217
Comunità Familiari	5	29
Comunità Educativa Diurna	6	66
Comunità Educativa Genitore Figli	0	0
Alloggi Per L'autonomia	17	44
Alloggio per Autonomia di Tipo Educativo	11	32
Alloggio per Autonomia Genitore Figli	16	55
Subtotale Area Minori	425	3255
Comunità Alloggio Disabili	1	10
Centri Socio Educativi	19	405
Servizi Formazione Autonomia per Persone Disabili	12	399
Subtotale Area Disabili	32	814
Centri Diurni Anziani	10	694
Alloggio Protetto per Anziani	12	151
Comunità residenziale anziani (C.R.A)	21	472
Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.)	8	92
Subtotale Area anziani	51	1409
<b>Totale</b>	<b>767</b>	<b>11638</b>

\*strutture non sottoposte a vigilanza programmata poiché a carattere temporaneo

#### PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI VIGILANZA

Per l'anno 2024, l'ambito sociale prevede, secondo i dettami della D.G.R. XII/1827 del 31/01/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024":

La vigilanza viene effettuata con verifica in loco e valutazione tramite le apposite check-list per la sola parte gestionale organizzativa. Il controllo dei requisiti strutturali e tecnologici è svolto dalla Sc Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Igiene Prevenzione Sanitaria, nell'ambito della propria programmazione.

I criteri di programmazione 2024 sul mantenimento dei requisiti organizzativo-gestionali nelle UdO sociali attive comprendono:

- verifica del 100% delle UdO sociali a seguito di richiesta dagli Enti comunali a seguito di CPE;
- verifica sul 25% delle UdO sociali del territorio, pari a n. 120 UdO delle 471 attive;
- la vigilanza sul 100% delle segnalazioni pervenute
- rappresentatività di tutte le tipologie di unità d'offerta;



- distanza temporale dall'effettuazione delle ultime verifiche;
- esito dei controlli precedenti.

#### COMPOSIZIONE EQUIPE

I controlli sui requisiti organizzativi e gestionali vengono effettuati da 4 assistenti sanitari, di cui 2 part-time, afferenti alla SS Accreditamento e Vigilanza Strutture Sociosanitarie e Sociali, in equipe composte da 2 di loro a rotazione.

#### CRONOPROGRAMMA

Il piano vigilanze viene effettuato e realizzato progressivamente, garantendo una proporzionale realizzazione durante l'anno (circa 40 vigilanze per quadrimestre). Il campionamento riguarda le UdO non vigilate da maggior tempo.

Tipologia Unità d'Offerta	N° UdO	UdO in vigilanza 2024
Asili Nido	188	47
Micro Nidi	32	8
Centri Prima Infanzia	5	1
Nidi Famiglia	34	9
Centri di Aggregazione Giovanile	48	12
Comunità Familiari	5	1
Centro Educativo Diurno	3	1
Comunità Educative	23	6
Comunità Educativa Diurna	6	2
Comunità Educativa Genitore Figli	0	0
Alloggi Per L'autonomia	17	5
Alloggio per Autonomia di Tipo Educativo	11	3
Alloggio per Autonomia Genitore Figli	16	4
Comunità Alloggio Disabili	1	0
Centri Socio Educativi	19	5
Servizi Formazione Autonomia per Persone Disabili	12	3
Centri Diurni Anziani	10	2
Alloggio Protetto per Anziani	12	3
Comunità Residenziale Anziani (C.R.A.)	21	6
Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.)	8	2
<b>TOTALE</b>	<b>471</b>	<b>120</b>

#### CONTROLLO REQUISITI SOGGETTIVI E DI CONTRATTUALIZZAZIONE

I controlli sui requisiti soggettivi sono assicurati, per quanto di competenza, dalla SC Accreditamento delle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie e dalla SC Programmazione e Acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie con il supporto delle articolazioni aziendali competenti per le diverse casistiche di verifica.

#### COMPOSIZIONE EQUIPE

Il personale della SC Programmazione Acquisto che effettua i controlli dei requisiti di contrattualizzazione comprende n. 2 amministrativi, 1 dirigente amministrativo, con il supporto di 2 amministrativi in capo al Dipartimento PAAPSS.

**CRONOPROGRAMMA**

Per l'anno 2024, in base alla DGR n. XII/1827 del 31.01.2024, i controlli dovranno essere garantiti prima della sottoscrizione dei contratti e, in corso d'anno, in caso di nuovi accreditamenti e contrattualizzazioni.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Strutture sanitarie: controllo requisiti soggettivi, regolarità contributiva, continuità gestionale e finanziaria, applicazione del modello organizzativo, obblighi di trasparenza
MODALITÀ	Da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 34
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Richieste a enti terzi o a piattaforme pubbliche
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Viene verificato il 100%.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verifiche con Prefettura, Procura e CCIAA, verifica della relazione dell'ODV, relazione dei revisori dei conti, del rispetto degli obblighi di trasparenza (siti on line)

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	UdO sociosanitarie: controllo requisiti soggettivi, regolarità contributiva, continuità gestionale e finanziaria, applicazione del modello organizzativo, obblighi di trasparenza
MODALITÀ	Da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 135
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Richieste a enti terzi o a piattaforme pubbliche
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Viene verificato il 100%.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verifiche con Prefettura, Procura e CCIAA, verifica della relazione dell'ODV, relazione dei revisori dei conti, del rispetto degli obblighi di trasparenza (siti on line)

**AREA FARMACEUTICA****CONTESTO**

L'assistenza farmaceutica per i 164 comuni bresciani, al 31/12/2023, è garantita da:

- n. 344 farmacie (280 farmacie private e 64 farmacie comunali) di cui 23 autorizzate alla vendita on line medicinali SOP;
- n. 13 dispensari farmaceutici;

Operano sul territorio anche:

- n. 11 grossisti depositari di gas medicali/medicinali;
- n. 43 parafarmacie di cui 8 autorizzate alla vendita on line;
- n. 39 esercizi autorizzati alla distribuzione di prodotti per la celiachia (21 esercizi commerciali, 14 GDO con 148 punti vendita).



Operano sul territorio anche 11 grossisti depositari di gas medicali/medicinali, 43 parafarmacie di cui 8 autorizzate alla vendita on line e 39 esercizi autorizzati alla distribuzione di prodotti per la celiachia (21 esercizi commerciali, 18 GDO con 148 punti vendita).

### *PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ*

Nel corso del 2024 la SC Farmaceutico continuerà a collaborare con le farmacie territoriali, in continuità con le azioni intraprese nell'anno precedente, per garantire l'assistenza farmaceutica sul territorio.

A tal fine dalla SC Farmaceutico, nel corso del 2024, continueranno ad essere monitorati:

- gli orari di apertura e chiusura delle farmacie e i turni di ferie;
- le sostituzioni dei direttori e collaboratori di farmacie per ferie/malattia con implementazione di un nuovo software dedicato attualmente in fase di test per 10 farmacie territoriali;
- i turni di guardia farmaceutica;
- i numerosi Servizi SISS, che le Farmacie, in linea alle Regole d'esercizio 2024, erogheranno, stante il ruolo evolutivo e di primo piano attribuito al modello della c.d. Farmacia dei Servizi.

Ai sensi della DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024- regole d'esercizio 2024" (paragrafo 3.4.6 Farmacie dei Servizi) nel 2024, considerato che in diverse Regioni i servizi di telemedicina in farmacia sono in fase di attivazione sperimentale, si procederà di concerto alla DGW e a tutti gli stakeholders coinvolti a sviluppare il servizio nel territorio lombardo.

Nell'ambito dei Servizi c.d. cognitivi sarà messa a regime nell'anno 2024 l'attività di riconciliazione della terapia farmacologica ed entro il primo semestre si darà puntuale informativa sull'ampliamento dell'offerta vaccinale somministrabile in Farmacia.

Quanto al ruolo di programmazione e controllo di ATS, lo stesso si svolgerà anche per l'anno corrente in conformità ed in coerenza alle indicazioni delineate dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario (ACSS).

### *FARMACIE PUBBLICHE E PRIVATE APERTE AL PUBBLICO E DISPENSARI*

#### *PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ*

L'attività ispettiva **ordinaria, preventiva e straordinaria** su farmacie e dispensari è svolta in loco mediante visita ispettiva, secondo le seguenti modalità:

- visita ispettiva in farmacia/dispensario secondo le modalità previste dalla normativa vigente;
- stesura di verbale di accertamento su programma regionale con eventuali prescrizioni;
- irrogazione di eventuale sanzione amministrativa con separato verbale di contestazione;
- segnalazione di eventuali notizie di reato all'Autorità giudiziaria competente.

L'attività di controllo preventiva e quella straordinaria non sono programmabili a priori, stante l'impossibilità di predeterminare a monte le nuove aperture di farmacie, le modifiche/trasferimenti dei locali (art. 111 T.U.L.L.S.S), né le circostanze contingenti che possano causare un'ispezione di carattere straordinario.



Le sole attività ispettive programmabili sono quelle ordinarie, rispetto alle quali la SC farmaceutico si è attenuta alle disposizioni di cui all'art. 127 del T.U.L.L.S.S, che prevede che nel biennio tutte le farmacie debbono essere ispezionate.

Per la programmazione dei controlli il database utilizzato è il portale messo a disposizione dall'Ordine dei Farmacisti di Milano- "Ispezioni Farmacie".

Le farmacie del campione sono scelte in base al criterio cronologico dall'ultima ispezione ricevuta. La programmazione è comunicata all'Ordine dei Farmacisti per l'attivazione degli ispettori, come da cronoprogramma.

Premesso che nell'ATS di Brescia al 31.12.2023 insistevano n. 344 Farmacie Territoriali, da ispezionare entro un biennio, il numero annuo di farmacie da ispezionare nell'anno 2024 è pari al 50% di 344 e cioè 172 farmacie.

In ATS Brescia la commissione ispettiva è stata nominata con Decreto DG n.618 del 19/10/2022 e n. 48 del 25/01/2023. È composta da un Dirigente Farmacista di ATS, da un Farmacista nominato dall'Ordine dei Farmacisti, afferenti alla rosa dei nominativi che compongono le terne dei Commissari, e da un Funzionario/Impiegato del ruolo amministrativo dell'Agenzia con funzioni di Segretario.

A seguito dell'ispezione copia del verbale viene trasmessa alla SC Farmaceutico per il seguito di competenza.

Le sanzioni, eventualmente irrogate, da notificare al contravventore sono redatte tramite il portale in uso all'Agenzia-Santionibus.

Strumenti operativi: check- list/verbale del gruppo di lavoro regionale.

Si rappresenta, infine, che nel corso dell'attività di vigilanza sulle farmacie aperte al pubblico viene altresì svolta l'attività di vigilanza sui siti autorizzati alla vendita online e che nell'espletamento dei controlli è garantita la rotazione delle Commissioni e la normativa sul conflitto d'interessi.

## **STUPEFACENTI**

### **CONTESTO**

La SC Farmaceutico vigila, constata e garantisce l'affido delle sostanze stupefacenti e psicotrope presso: le farmacie territoriali, le strutture sanitarie e sociosanitarie, gli ambulatori e gli studi veterinari, a seguito di richiesta.

### **PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ**

L'attività consiste nella constatazione e affido stupefacenti scaduti presso le farmacie, le strutture sanitarie e sociosanitarie, ambulatori e studi veterinari.

Per le Farmacie la SC Farmaceutico provvede alla:

- Verifica, nel corso del sopralluogo effettuato in loco, delle giacenze degli stupefacenti scaduti e redazione del verbale di constatazione e affido;
- Irrogazione di eventuale sanzione amministrativa con separato verbale di contestazione;
- Segnalazione di eventuali notizie di reato all'Autorità giudiziaria;
- Monitoraggio dell'avvenuta distruzione degli stupefacenti scaduti affidati entro 1 anno dall'affido con controllo del Verbale di distruzione e chiusura della pratica.

Per le Farmacie la constatazione e l'affido delle sostanze stupefacenti si svolge nel corso dell'attività ispettiva ordinaria mediante redazione di apposito verbale



sottoscritto dalle parti e acquisito al Protocollo Generale dell'Agenzia ed il campione non è programmabile a priori. I farmacisti della Commissione ispettiva ottemperano al 100% delle richieste di affido formulate dagli aventi titolo.

Per le strutture sanitarie e sociosanitarie, ambulatori e studi veterinari si svolge su istanza di parte. La SCF evade entro il 31.12.2024 il 100% delle richieste pervenute nel periodo compreso tra il 01.11.2023 ed il 31.10.2024.

#### *WORKFLOW*

#### CONTESTO

L'attività riguarda tutte le farmacie territoriali attive nel mese e nell'anno oggetto di conguaglio contabile relativamente alla tariffazione delle ricette che presentano una squadratura economica con eventuale addebito /accredito della differenza contabile. Lo stato di avanzamento dei lavori dipende dalla pubblicazione dei dati da parte del fornitore- Aria SPA.

#### PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ

La SC Farmaceutico è stata scelta nel 2020 da Regione Lombardia, come primo Servizio tra le ATS Lombarde per l'avvio delle attività di verifica delle squadrature contabili on line tramite il Sistema *Workflow* presente sul portale *Farma2017*. Su detta piattaforma a partire dal mese contabile di settembre 2020 sono state caricate da Santer e Aria le squadrature contabili che devono essere analizzate e validate dalla SC Farmaceutico per la chiusura del confronto e relativi addebiti / accrediti nelle DCR (distinta contabile riepilogativa) delle Farmacie coinvolte.

La SC Farmaceutico, in corso d'anno, verifica:

- il data quality segnalato da Aria;
- procede alla pubblicazione dei dati (addebiti e accrediti) sul PUF di tutte le Farmacie interessate;
- valuta le richieste di approfondimento inserite dalle Farmacie interessate entro 30 giorni dalla pubblicazione dei dati da parte di ATS;
- dispone l'addebito/accredito delle differenze contabili chiudendo il confronto in via definitiva;
- sottopone eventuali contenziosi al giudizio tecnico della Commissione Farmaceutica Aziendale.

Nel corso del 2024 la SC Farmaceutico assicura il proseguo dell'attività con la verifica delle mensilità che via via verranno rese disponibili da ARIA.

#### *DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)*

#### CONTESTO

La distribuzione per conto consiste nell'attività di distribuzione dei farmaci, vaccini e dispositivi per diabetici, acquistati tramite gara regionale ARIA dall'ATS capofila: Bergamo e distribuiti dalle farmacie territoriali ai pazienti.

Tutte le farmacie vengono retribuite attraverso una tariffazione prestabilita da un accordo avente valenza regionale per il servizio distributivo svolto (DGR n. XII/1164 del 23/10/2023)

La DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024- regole d'esercizio 2024" ha previsto che dal



primo trimestre 2024, la struttura di gestione DPC rispetto alla ATS passi sotto la diretta competenza della DGW, nell'ambito delle UO a valenza regionale.

## 1) CONTROLLO RICETTE APERTE GESTIONALE WEBDPC

### PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ

L'attività di controllo svolta dalla SC Farmaceutico viene espletata nel seguente modo:

- estrazione delle ricette DPC aperte e scadute da più di 30 giorni dal gestionale WEBDPC
- contestazione della ricetta aperta e scaduta al farmacista a mezzo mail con richiesta di chiarimenti.
- applicazione delle disposizioni di cui all'accordo sulla distribuzione dei farmaci in DPC (DGR n. XII/1164 del 23/10/2023)

Il controllo è svolto da remoto mediante il database per la dispensazione dei farmaci in DPC- WEBDPC, che ne rappresenta pertanto la base dati. Il numero di ricette sottoposte a controllo non è programmabile a priori, in quanto dipende dalle circostanze contingenti, ma la SCF assicura la verifica del 100% delle ricette aperte da più di 30 giorni alla data del controllo.

Al 31.12.2023 la SC Farmaceutico ha completato i controlli delle ricette aperte relativo al mese di giugno 2023. Nel corso del 2024 procederà alla verifica e disamina delle ricette aperte a partire dal mese di luglio 2023.

## 2) CONTROLLO TEMPI DI PAGAMENTO FATTURE FARMACI A-PHT E DIABETICA ATS BERGAMO.

### PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ

La SCF, come previsto negli obiettivi regionali per l'anno 2023 (DGR n. XII/512 del 26/06/2023), monitora i tempi di pagamento delle fatture DPC (entro 30 giorni dalla loro ricezione) al fine di agevolare l'ATS di Bergamo quale Ente capofila nel progetto.

### *ATTIVITÀ CONTROLLO APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA.*

#### CONTESTO

I controlli sono svolti sulle ricette di preparazioni magistrali a base di Cannabis, sui farmaci ad azione dopante e sulle preparazioni off label pervenute dalle Farmacie territoriali nel corso dell'anno 2024.

### PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ

L'attività di controllo è finalizzata alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle seguenti tipologie di farmaci:

- **farmaci ad azione dopante (GH)** verifica del rispetto procedura ATS di Brescia dispensazione farmaci a base di ormone somatotropo (nota prot. n. 0015125 del 07/02/2023) che prevede spendibilità della ricetta subordinata a nulla-osta della SC Farmaceutico, dopo verifica dell'esistenza di un PT in corso di validità per le sole ricette RUR e non anche per i promemoria DEM (100% ricette ricevute nel periodo).
- **preparazioni magistrali a base di Cannabis per uso medico SSR e no/SSR** verifica del rispetto dei formalismi prescrittivi delle ricette sia SSR sia no/SSR acquisite dalle farmacie e successivo invio al Ministero della Salute. (100% ricette ricevute nel periodo)





- **Preparazioni OFF LABEL** verifica del rispetto dei formalismi prescrittivi delle ricette no/SSR acquisite dalle farmacie e successivo invio al Ministero della Salute (100% ricette ricevute nel periodo).

### *PIANI TERAPEUTICI*

#### CONTESTO

La DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024- regole d'esercizio 2024" relativamente all'appropriatezza prescrittiva dei medicinali ha confermato gli indirizzi e gli obiettivi già posti per le note AIFA 96/97/99/100 e per l'istituenda nota AIFA 101.

#### PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ

In merito alla Piattaforma PT ONLINE gli obiettivi 2024 sono:

- implementare la piattaforma con i nuovi Piani Terapeutici che verranno istituiti;
- supportare i prescrittori nella compilazione dei piani presenti sulla piattaforma;
- attivare i nuovi prescrittori alla piattaforma;
- informare tutti gli utilizzatori della piattaforma circa le emergenti novità.

### AREA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

#### *CONTROLLI FILE F.*

#### CONTESTO

Il File F è un tracciato record che contiene le informazioni relative alla fornitura e/o somministrazione di un farmaco ad un determinato paziente da parte di una struttura ospedaliera e che permette il rimborso dei costi da parte di Regione ed ATS.

Dal 01.01.2024 su disposizione della DGW è entrato in vigore il nuovo tracciato del File F c.d. semplificato. Sul territorio bresciano sono tre le strutture Pubbliche erogatrici di File F, cui si affiancano 9 strutture private accreditate. L'acquisto dei farmaci innovativi è in capo per ATS Brescia all'ASST Spedali Civili.

Dal 2024, diventa obbligatorio che le strutture private accreditate autorizzate alla prescrizione delle terapie innovative compilino il File F indicando anche la struttura pubblica che ha acquistato per conto delle stesse il farmaco innovativo.

Se il codice della struttura pubblica non è inserito, l'intero flusso File F della struttura privata accreditata verrà rifiutato a livello di sistema di accoglienza regionale. ARIA comunicherà quindi sia all'ATS (di competenza territoriale) che alla Struttura erogatrice il rifiuto del Flusso File F.

#### PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ

Ai sensi della DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024- regole d'esercizio 2024" (paragrafo 3.4.7) è previsto:

- il monitoraggio periodico del File F e la condivisione degli esiti con gli erogatori;
- una iniziativa di formazione/informazione condivisa con le farmacie ospedaliere sulla promozione dei farmaci biosimilari e dei farmaci di origine non biologica che hanno perso il brevetto, considerando che le strutture pubbliche dovranno acquistare il medicinale a prezzo più basso risultante dalle gare ARIA;



- per gli erogatori privati accreditati, inoltre, verifica della rendicontazione del prezzo reale di acquisto dei farmaci (biologici e non) che hanno perso il brevetto in File F (che non può essere superiore al prezzo più basso come normato dalla legge n. 405/2001 e s.m.i.).

Il controllo verrà effettuato da remoto utilizzando i tracciati elaborati dalla U.O. Flussi informativi EXPFP, EXPFC sulla scorta della base dati presente nel portale regionale FARMAVISION.

## AREA PROTESICA ASSISTENZA INTEGRATIVA

Il Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il MEF, del 23 giugno 2023 sulle tariffe dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), in attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 aggiorna le tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica e integrativa e definisce le tariffe per le nuove prestazioni introdotte con i Lea nel 2017 in modo che siano erogate in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Per il 2024 l'obiettivo richiesto sarà supportare ARIA per l'aggiornamento del sistema ASSISTANT-RL nell'adozione del nuovo nomenclatore. Contestualmente, la SC Farmaceutico continuerà ad erogare gli ausili protesici di cui al DM 332/1999, inclusi negli accordi regionali e locali con le farmacie convenzionate (Webcare, Progetto Celiachia, Webcare DPC/Diabete e Assistant Diabete).

Rinnoverà, inoltre, la convenzione per la fornitura e la distribuzione di ausili protesici, sottoscritta dalla Direzione Generale di ATS con l'associazione Titolari di Farmacia della provincia di Brescia (Decreto DG n. 178 del 22.03.2023) che allo stato ha la seguente data di decorrenza dal 01.04.2023 31.03.2024.

Proseguirà ad inoltrare tramite SMAF i flussi di rendicontazione di assistenza protesica, diabetica e dietetica – PROMIN-DIABET e DIETET- erogata dalle Farmacie e per la dietetica anche dalle GDO e dagli altri esercizi commerciali autorizzati.

## CONTESTO

Sul territorio di ATS Brescia sono presenti 78 ditte autorizzate all'erogazione di forniture protesiche, di cui 25 ortopedie, 21 esercizi di ottica e 32 ditte audioprotesiche.

L'elenco dei prescrittori di protesica è stato aggiornato con Determinazione Dirigenziale n. 817 del 14/12/2023 ed è pubblicato sulla pagina web dell'Agenzia. Alla data dell'ultimo aggiornamento sono presenti 615 prescrittori.

Per quello che riguarda gli specialisti prescrittori sia dell'assistenza protesica che dell'assistenza integrativa, il sistema di autorizzazione/attribuzione delle credenziali è in capo ad ATS.

## *MONITORAGGIO E CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA PROTESICA*

Aggiornamento e adozione formale, a cadenza semestrale, dell'elenco degli Specialisti Prescrittori di assistenza protesica, richiedendo alle Strutture la verifica degli elenchi.

Attribuzione credenziali estese per l'accesso ad Assist@nt-RL e adozione di N. 2 determinazioni annue di aggiornamento dell'elenco dei prescrittori, con pubblicazione sul sito istituzionale di ATS.



Verifica e aggiornamento in Assist@nt-RL del 100% dei medici abilitati alla prescrizione protesica con trasmissione esiti verifiche alla DGW con cadenza semestrale a luglio ed a dicembre.

Il controllo è espletato da remoto e ha ad oggetto il 100% delle istanze di rilascio credenziali per la prescrizione protesica on-line, cui consegue con determina l'aggiornamento dell'Elenco Aziendale degli Specialisti Prescrittori ATS Brescia l'iscrizione all'elenco regionale.

La base dati è costituita dall'autocertificazione resa dallo Specialista Prescrittore e dalla Direzione Sanitaria che ne richiede la credenziale estesa.

La programmazione può subire eventuali modifiche ed integrazioni alla luce delle indicazioni che potranno essere fornite alle ATS su indicatori specifici da assoggettare a controllo.

#### *MONITORAGGIO E CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA EROGATIVA*

Aggiornamento e adozione formale, entro 30 giorni dall'istanza, dell'elenco aziendale dei Fornitori Elenco 1.

Il controllo è espletato da remoto e ha ad oggetto il 100% delle istanze di inserimento nell'elenco regionale fornitori di protesica (elenco 1 del nomenclatore di cui all'Allegato 5 del DPCM 12/01/2017) - Sezione ATS Brescia, cui consegue con determina l'aggiornamento dell'Elenco Aziendale degli Specialisti Prescrittori ATS Brescia l'iscrizione all'elenco regionale.

La base dati è costituita dall'autocertificazione resa dal richiedente secondo i criteri di cui alla circolare regionale prot. n. H1. 2011.0027302 del 19/09/2011.

Entro 30 giorni dalla presentazione della documentazione completa, l'ATS provvede all'inserimento della Ditta nell'Elenco Regionale Fornitori Protesica (Elenco 1 del nomenclatore di cui all'Allegato 5 del DPCM 12/01/17) – Sezione ATS di Brescia e all'abilitazione dei relativi tecnici all'accesso al software web regionale ASSIST@NT-RL.

La Ditta è tenuta a comunicare alla SC Farmaceutico entro 7 giorni qualsiasi variazione dei riferimenti e dei requisiti auto dichiarati nell'istanza. La programmazione può subire eventuali modifiche ed integrazioni alla luce delle indicazioni che potranno essere fornite alle ATS su indicatori specifici da assoggettare a controllo.

#### AREA PROTESICA MAGGIORE

L'attività è in capo al SUPI di ASST Spedali Civili di Brescia quale ente erogatore sul territorio.

Brescia, 28 febbraio 2024

Redazione a cura del Dipartimento PAAPSS e della SC Farmaceutico