

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

Posta certificata: protocollo@pec.ats-brescia.it

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 364

del 28/06/2019

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Piano Controlli delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali anno 2019.

**II DIRETTORE GENERALE - Dott. Claudio Vito Sileo
nominato con D.G.R. XI/1058 del 17.12.2018**

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

Dott.ssa Laura Emilia Lanfredini

Dott.ssa Frida Fagandini

Dott.ssa Sara Cagliani



IL DIRETTORE GENERALE

Richiamate:

- la D.G.R. n. XI/1046 del 17.12.2018, recante le Regole di Sistema per l'anno 2019, che prevede che le ATS svolgano attività di controllo nell'ambito dell'area sanitaria, sociosanitaria e territoriale;
- la D.G.R. n. 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)", fornisce le indicazioni e le raccomandazioni per la predisposizione del Piano Controlli previsto dalle Regole di Sistema in vigore anche per l'anno 2019;
- la nota dell'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo prot. n. acssl.2019.0000097 del 31.01.2019, che invitava le ATS a proseguire le attività di controllo programmate ed avviate nel corso dell'anno 2018;
- la nota dell'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo prot. n. acssl.2019.0000596 del 06.06.2019, che richiede alle ATS la predisposizione e approvazione del Piano Controlli delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali per l'anno 2019 entro il 30.06.2019;

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 in ambito sanitario, sociosanitario e sociale;

Rilevata pertanto, la necessità di elaborare un unico Piano Controlli delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali anno 2019, 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, presa in carico del paziente cronico, area cure primarie, area protesica maggiore, area farmaceutica (territoriale ed ospedaliera), area salute mentale, area sociosanitaria e sociale, controlli sulle persone giuridiche di diritto privato e utilizzo delle risorse assegnate per la vigilanza socio assistenziale, secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare e dell'Agenzia di Controllo;

Ritenuto di approvare il suddetto Piano Controlli delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali anno 2019, di cui all'allegato A (composto da n. 95 pagine) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

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 Simona De Filippo, qui anche Responsabile del procedimento, che attesta, altresì, la regolarità tecnica del presente provvedimento;

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario, Dott.ssa Laura Emilia Lanfredini, del Direttore Sociosanitario, Dott.ssa Frida Fagandini e del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Sara Cagliani che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

D E C R E T A

- a) di approvare il Piano Controlli delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali anno 2019, di cui all'allegato A (composto da n. 95 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 procedere, a cura della Funzione Gestione Relazioni Interne ed Esterne, alla pubblicazione dei contenuti del presente provvedimento nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web dell'Agenzia, in conformità al D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. ed al PTPC vigente;
- e) 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 14, della L.R. n. 33/2009;
- f) di disporre, a cura del Servizio Affari Generali e Legali, la pubblicazione all'Albo on-line - sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, dell'art. 32 della L. n. 69/2009 ed in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e comunitari in materia di protezione dei dati personali.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dott. Claudio Vito Sileo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

PIANO CONTROLLI DELLE ATTIVITÀ SANITARIE, SOCIOSANITARIE E SOCIALI ANNO 2019

IN ATTUAZIONE ALLA DGR XI/1046 del 17.12.2018 "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2019" E ALLA DGR X/6502 DEL 21.04.2017

In ottemperanza alla DGR XI/1046 del 17.12.2018, ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019" e alla DGR X/6502 DEL 21.04.2017, si dispone il presente Piano Controlli delle attività Sanitarie e Sociosanitarie relativo all'anno 2019.

Indice

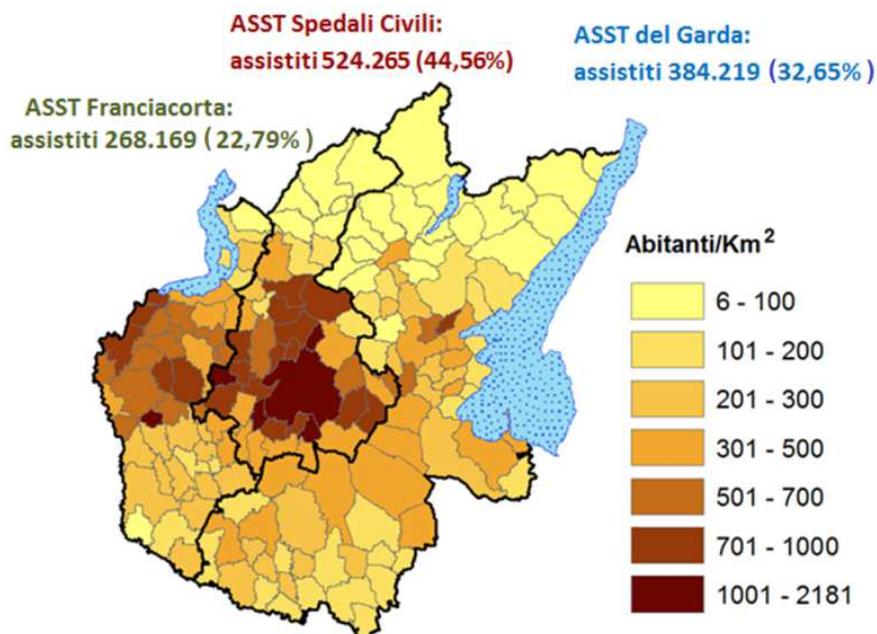
<i>ASPETTI EPIDEMIOLOGICI</i>	<i>pag. 3</i>
<i>AREA CONTROLLI SUGLI EPISODI DI RICOVERO E CURA</i>	<i>pag. 15</i>
<i>AREA CONTROLLI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE</i>	<i>pag. 18</i>
➤ <i>Verifiche sui Tempi di Attesa</i>	<i>pag. 24</i>
➤ <i>Customer Satisfaction</i>	<i>pag. 29</i>
<i>AREA ACCREDITAMENTO SANITARIO</i>	<i>pag. 30</i>
<i>AREA CURE PRIMARIE</i>	<i>pag. 36</i>
<i>PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO</i>	<i>pag. 41</i>
<i>AREA PROTESICA MAGGIORE</i>	<i>pag. 43</i>
<i>AREA FARMACEUTICA</i>	<i>pag. 52</i>
➤ <i>Farmaceutica Territoriale</i>	<i>pag. 52</i>
➤ <i>Farmaceutica Ospedaliera</i>	<i>pag. 64</i>
<i>AREA SALUTE MENTALE</i>	<i>pag. 70</i>
<i>AREA SOCIO SANITARIA E SOCIALE</i>	<i>pag. 73</i>
➤ <i>Attività di Vigilanza sulla Rete delle Unità d'Offerta Sociosanitarie</i>	<i>pag. 73</i>
➤ <i>Controllo di Appropriatezza Unità d'Offerta Sociosanitarie</i>	<i>pag. 78</i>
➤ <i>Attività di Vigilanza e Controllo sulla Rete delle Unità d'Offerta Sociali</i>	<i>pag. 90</i>
<i>AREA CONTROLLI SULLE PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO (PGP)</i>	<i>pag. 93</i>
<i>UTILIZZO DELLE RISORSE ASSEGNATE PER LA VIGILANZA SOCIO ASSISTENZIALE</i>	<i>pag. 95</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 km², con una densità abitativa che varia considerevolmente tra le diverse zone: l'area della città è quella più densamente abitata (>1.000 persone/km²), 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).

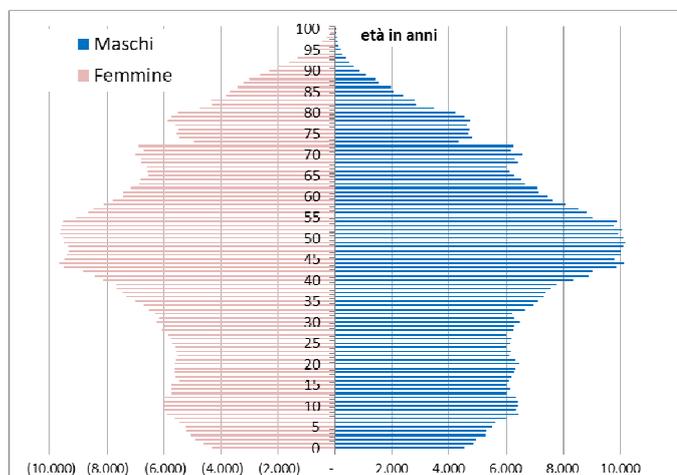
Figura 1: densità abitativa ATS di Brescia nel 2018



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.

Al 31/12/2018 il numero di assistiti era 1.176.653, di cui l'1,42% non residente. A questi vanno aggiunte 23.491 persone in carico solo per un periodo limitato nel corso del 2018 poiché decedute (N=10.528) o emigrate nel corso dell'anno. La piramide demografica (Figura 2) evidenzia una maggior numerosità di femmine (50,6%) 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 (49.472 vs 26.914). L'età media della popolazione a dicembre 2018 era di 44,4 anni, più elevata nelle femmine (45,8 anni) che nei maschi (43,0 anni), e inferiore rispetto a quella nazionale (45,2 anni) e regionale (44,5 anni).

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% negli ultimi 19 anni, in gran parte grazie al contributo della presenza straniera, ma dal 2010 la crescita è progressivamente rallentata per fermarsi negli ultimi anni.
- L'età media è passata dai 41,2 anni del 2000 ai 44,4 anni del 2018, con un incremento medio annuo pari a 62 giorni.
- Gli anziani (età ≥ 65 anni) sono aumentati di 84.226 unità tra il 2000 ed il 2018 (+50,4%), mentre i grandi anziani (età ≥ 85 anni) sono più che raddoppiati. L'indice di vecchiaia, stabile fino al 2011, è in continuo aumento negli ultimi anni.
- Il tasso di natalità nell'ATS ha avuto un andamento non lineare: è cresciuto del 9% dal 2000 al 2008 per poi scendere rapidamente e costantemente negli anni successivi (-29,7%). Come per il resto del paese nel 2018 viene ulteriormente abbassato il record negativo del 2017 e in precedenza del 2016: il numero di nuovi nati è il più basso dall'Unità d'Italia.
- Dal 2000 al 2011 i bambini sotto i 15 anni erano aumentati del 29% per poi stabilizzarsi e diminuire negli ultimi anni (-7% dal 2011).
- Il tasso grezzo di mortalità è rimasto sostanzialmente stabile con alcuni picchi in particolare nel 2003 (8,87) e successivamente nel 2015 e 2017 (rispettivamente 9,07 e 9,13).

Tabella n. 1 - Variazione di alcuni indicatori demografici: 2000-2018

Indicatore	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2017	2018	% variaz. 2018/00
Totale assistiti	1.000.248	1.045.478	1.093.708	1.149.520	1.168.168	1.174.365	1.177.365	1.176.653	17,6%
% donne	51,1%	50,8%	50,7%	50,5%	50,7%	50,7%	50,6%	50,2%	-0,8%
Età media	41,23	41,69	41,94	42,11	42,72	43,55	44,12	44,41	7,7%
N° bambini (<15 anni)	139.224	148.957	161.405	174.814	179.362	175.405	170.539	167.950	20,6%
% bambini	13,9%	14,3%	14,8%	15,2%	15,4%	14,9%	14,5%	14,3%	2,5%
N° pop. 65 anni e più	167.187	182.982	199.636	211.815	224.973	240.350	247.930	251.413	50,4%
% anziani	16,7%	17,5%	18,3%	18,4%	19,3%	20,5%	21,1%	21,4%	27,8%
Indice vecchiaia §	120	123	124	121	125	137	145	150	24,7%
>=85 anni	18.237	18.197	21.461	26.111	30.318	34.655	37.038	37.989	108,3%
% grandi anziani	1,8%	1,7%	1,9%	2,3%	2,6%	3,0%	3,1%	3,2%	77,1%
N° nuovi nati	10.253	11.009	12.037	12.691	11.543	10.271	9.479	9.221	-10,1%
Tasso natalità X 1.000 §	10,25	10,53	11,01	11,04	9,88	8,75	8,05	7,84	-23,5%
Tasso fecondità grezzo £	42,1	44,0	46,7	47,6	43,7	40,1	38,0	37,5	-11,1%
N° morti *	8.647	9.270	8.760	9.617	9.998	10.652	10.755	10.528	21,8%
Tasso grezzo mortalità &	8,65	8,87	8,01	8,37	8,56	9,07	9,13	8,95	3,5%
Tasso di crescita naturale	1,6	1,7	3,0	2,7	1,3	-0,3	-1,0	-1,1	-169,2%

* Integrazione dati anagrafici con Registro Mortalità fino al 2017; per il 2018 il n° dei morti è calcolato solo in base ai dati anagrafici degli ultimi 12 mesi.
§ **Indice di vecchiaia** = [popolazione con età superiore a 65 anni/popolazione con età inferiore a 15 anni]*100
§ **Tasso natalità** = [numero di nati vivi /popolazione nello stesso periodo] *1.000
£ **Tasso fecondità grezzo** = [numero di nati vivi da donne in età feconda (15-49 anni)/ popolazione femminile in età feconda] *1.000
& **Tasso grezzo di mortalità** = [numero di morti in una popolazione/popolazione nello stesso periodo] *1.000

LA POPOLAZIONE STRANIERA

Alcune delle variazioni demografiche registrate negli ultimi anni sono da ascrivere ai mutamenti della popolazione straniera. Nel 2018 gli stranieri assistiti nella ATS di Brescia (esclusi quelli senza permesso di soggiorno) rappresentavano il 14,1% del totale, una percentuale quasi doppia rispetto a quella nazionale (8,4% nel 2017) e superiore anche a quella lombarda (11,5%).

La popolazione straniera, oltre ad essere molto più giovane rispetto a quella italiana (Figura 3), presenta un profilo demografico diverso (Tabella 2 e Figura 3). Nel 2018:

- l'età media era di 32,7 anni, molto più bassa rispetto ai 46,3 anni degli italiani;
- la percentuale di bambini, pari al 22,2%, è più elevata di 9,2 punti percentuali rispetto agli italiani;

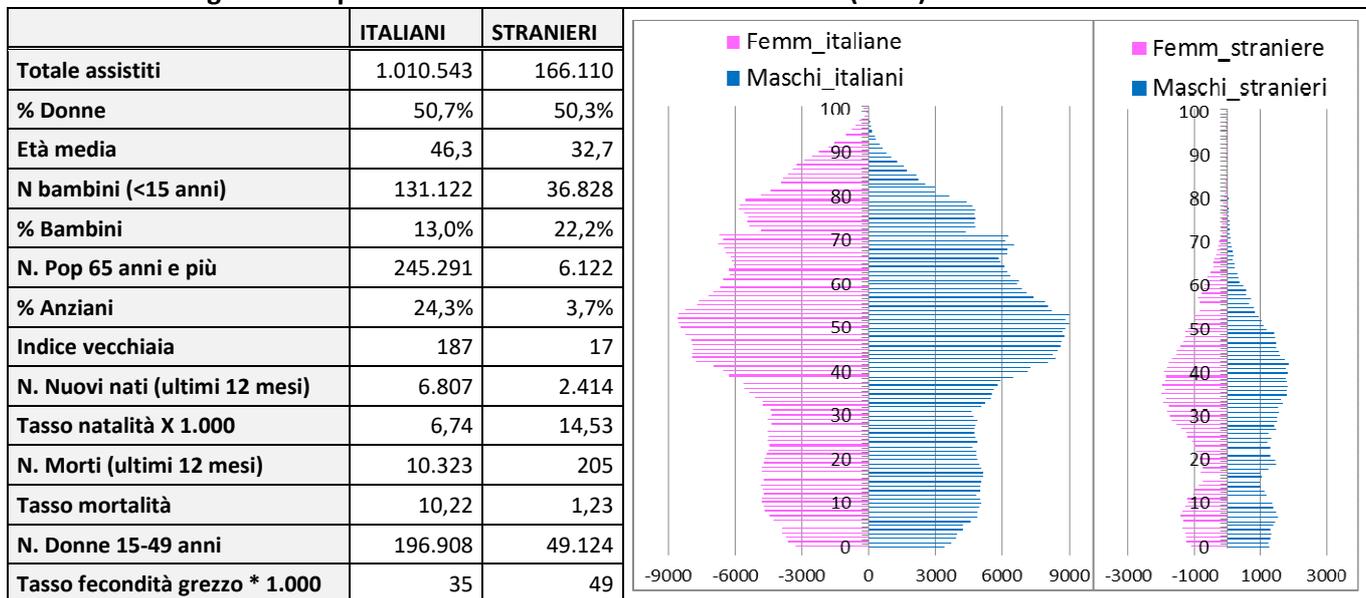
- particolarmente bassa la percentuale di anziani (3,7% vs 24,3%);
- il tasso di natalità è 14,5/1.000, vale a dire 2,2 volte più elevato rispetto a quello degli italiani. Il 26,2% dei nuovi nati nella ATS di Brescia è straniero, con un tasso di fecondità grezzo nelle donne straniere del 42% più elevato rispetto alle italiane.

Tra la popolazione italiana del 2018 sono compresi anche 33.976 assistiti di recente naturalizzazione (3,4% della popolazione italiana): questa sottopopolazione è in crescita ed è nettamente più giovane rispetto a quella italiana autoctona (età media=31,3 vs 46,9). Il numero, sicuramente sottostimato, è ottenuto identificando solo coloro che erano presenti come stranieri nelle precedenti anagrafiche di ATS Brescia: da fonte ISTAT risulta, infatti, che nel solo quinquennio 2012-16 le acquisizioni di cittadinanza italiana da parte di stranieri residenti nei 164 comuni di ATS Brescia siano state circa 33.000.

La popolazione straniera presenta un'elevata dinamicità e nel periodo 2000-2018 vi sono stati forti cambiamenti. In particolare:

- la presenza di stranieri è più che quadruplicata passando dai 39.580 del 2000 ai 166.110 del 2018. Il maggior incremento è stato nel periodo 2000-2008 (+258%), mentre in seguito c'è stata una riduzione e una stabilizzazione negli ultimi anni. Il fenomeno è legato alla minor presenza legale di "nuovi" stranieri e in parte al numero crescente di stranieri che ottengono la cittadinanza;
- dopo un primo periodo con una presenza prevalentemente maschile (64% nel 2000) si è arrivati ad una sostanziale parità (nel 2018 la quota femminile è al 50,3%);
- la presenza di bambini stranieri si è quintuplicata tra il 2000 e il 2011 (da 8.329 unità a 42.770) per poi stabilizzarsi e ridursi negli ultimi anni; la stragrande maggioranza di essi è nata nel nostro paese.
- Nel 2018 il 26,2% dei nuovi nati è straniero: va però fatto rilevare che anche nella popolazione straniera è in atto una forte diminuzione sia del tasso di natalità (da 30,7 a 14,5 x 1.000) sia del tasso di fecondità (da 114 a 49 x 1.000): nella popolazione italiana il tasso di natalità è sceso invece dal 9,4 del 2000 al 6,7 X 1.000 del 2018, mentre il tasso di fecondità è diminuito solo in parte negli ultimi anni (da 39 a 35 X 1.000).

Tabella n. 2 e Figura 3 - Popolazione italiana e straniera a confronto (2018)



La popolazione di cittadinanza italiana, escludendo i naturalizzati, è, nell'intero periodo, aumentata dell'1,9%, con un andamento non lineare: un +3,0% dal 2000 al 2008 ed un -1,1% negli anni seguenti.

Il saldo naturale dei soli italiani (differenza tra il numero di nati ed il numero di morti) è dal 2008 negativo ed è in continua diminuzione (-3.516 unità nel 2018).

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 unità nel 2000 alle 196.908 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"¹ (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 2000-2018 indicano che l'età media di morte si è progressivamente innalzata, aumentando di 6,9 anni nei maschi (pari a 4,6 mesi/anno) e di 4,6 anni nelle donne (3,1 mesi/anno) (Tabella n. 3).

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

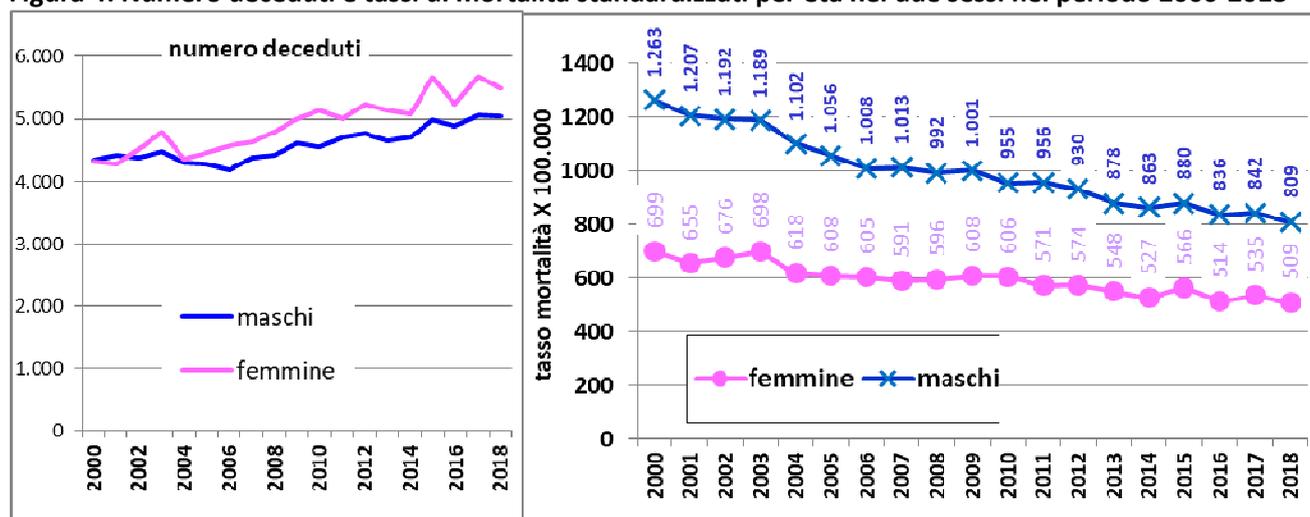
		2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
uomini	tasso grezzo	876	857	865	820	805	770	791	779	804	790	814	819	800	811	854	836	864	859
	età media di morte	71,0	71,7	72,1	72,3	73,0	73,0	73,4	74,1	74,2	74,5	75,1	75,3	75,7	75,9	76,6	77,3	77,4	77,9
donne	tasso grezzo	839	852	893	804	814	819	815	826	855	870	841	877	857	847	943	870	946	915
	età media di morte	79,6	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	83,7	84,3	84,2

*Dati stimati in base ai soli dati anagrafici al 31/12/2018

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, anche se il gap si sta riducendo;
- nel periodo vi è stata una significativa riduzione dei tassi di mortalità, più evidente nei maschi (-36% complessivo per l'intero periodo) che nelle femmine (-27%).
- vi sono stati tre significativi picchi di mortalità riscontrati similmente in tutto il paese: nel 2003 (legato all'ondata di calore di quell'estate), nel 2015 (dovuto ad un aumento della mortalità sia nel periodo invernale che estivo) e nel 2017 (picco nel mese di gennaio).

Figura 4: Numero deceduti e tassi di mortalità standardizzati per età nei due sessi nel periodo 2000-2018



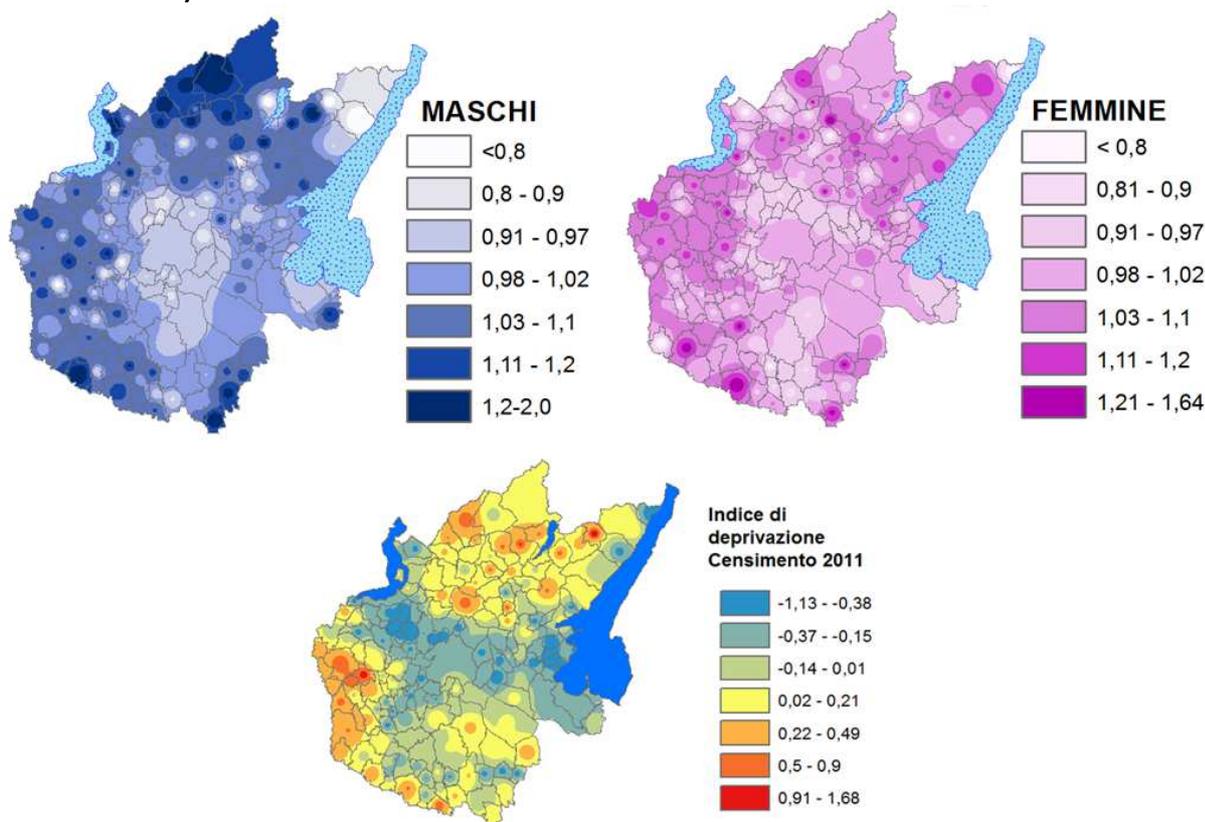
¹ PYLL (potential years of life lost) è una misura della mortalità prematura. Per ogni individuo l'età di morte è sottratta ad un'età di riferimento (75 anni in genere nei paesi industrializzati); nel caso l'età di morte sia successiva all'età di riferimento si attribuisce il valore "0", in modo da non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

Confronto nazionale e regionale. Prendendo come riferimento il 2015, anno più recente per cui vi sono dati disponibili a livello nazionale e regionale, risulta che i tassi standardizzati nella ATS di Brescia sono inferiori sia rispetto a quelli nazionali (1.008 nei maschi e 656 nelle femmine) sia a quelli regionali (maschi=975; femmine= 620).

Analisi territoriale. Considerando i dati di mortalità negli ultimi 5 anni ([Figura 5](#)) si nota sostanzialmente lo stesso pattern territoriale con:

- una mortalità più elevata nella zona occidentale e in quella più meridionale della ATS, così come nella fascia più settentrionale coincidente con le alte valli.
- una mortalità più bassa nel distretto cittadino e nell'hinterland ed in parte nell'area del Garda.
- una forte associazione della mortalità con indici di deprivazione² elevati.

Figura 5: Rapporto osservati attesi mortalità generale tra il 2013 ed il 2017 per comune con smoothing IDW: maschi a sinistra e donne a destra. In basso la mappa con indice di deprivazione su base comunale (dati Censimento 2011)

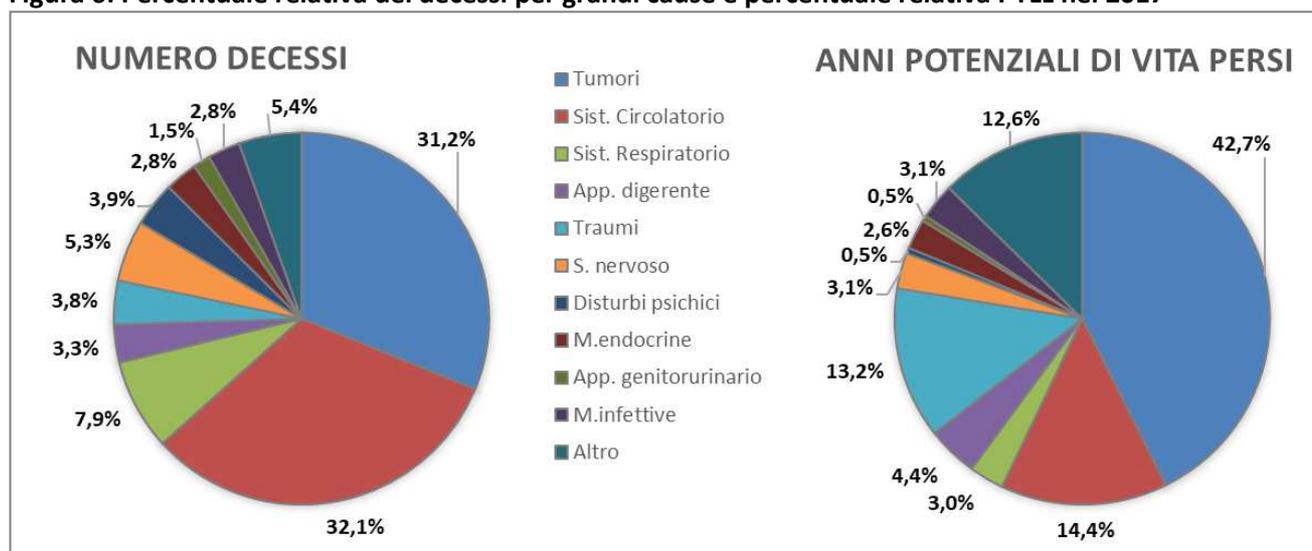


Nel corso del 2017 sono decedute 10.755 persone, 5.064 maschi (età media=77,4) e 5.691 femmine (età media=84,3), mentre gli anni di vita persi sono stati 32.571, per il 66% a carico dei maschi (21.503 vs 11.068).

Come si può notare dal grafico sottostante ([Figura 6](#)) 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.

² L'indicatore sintetico di deprivazione rappresenta una misura importante nell'ambito dell'analisi dell'esclusione sociale. A partire da una pluralità di indicatori semplici, riferiti a diverse dimensioni del disagio economico (struttura familiare, livello di istruzione, partecipazione al mercato del lavoro, abitazione), l'indicatore sintetico fornisce un'utile indicazione sulla diffusione di alcune difficoltà del vivere quotidiano e rappresenta un complemento all'analisi condotta in termini di povertà monetaria.

Figura 6: Percentuale relativa dei decessi per grandi cause e percentuale relativa PYLL nel 2017



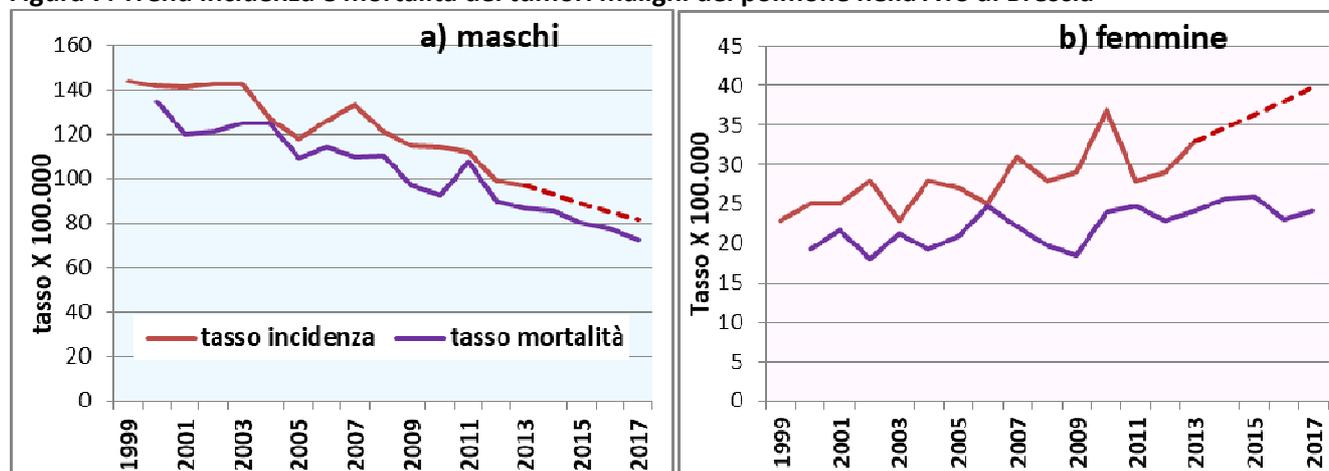
TUMORI

Nel 2017 i tumori sono stati la seconda causa di morte complessiva con 3.358 decessi (31,2% del totale): in particolare era la prima tra i maschi (36,8%) e la seconda nelle femmine (26,3%). I tumori da soli hanno causato il 42,7% degli anni potenziali di vita persi (13.914 anni) al primo posto sia per i maschi (36,2%) sia per le donne (55,3%). Nello specifico i tumori più rilevanti sia in termini di numero di decessi sia di anni potenziali di vita persi, sono stati il tumore delle vie respiratorie (442 decessi e 1.817 PYLL nei maschi e 181 decessi e 1.064 PYLL nelle donne) e della mammella nelle femmine (236 decessi e 1.239 PYLL). Dopo questi tumori hanno avuto un forte impatto i tumori del colon/retto (298 decessi e 1.4.38 PYLL), del fegato (261 decessi e 818 PYLL), i tumori del sistema emolinfopoietico (216 decessi e 864 PYLL) e a seguire i tumori di pancreas, stomaco, prostata e vescica.

Si ricorda che annualmente vi sono circa 7.000-7.500 casi di nuovi tumori maligni all'anno nell'ATS di Brescia. Numerosità e tassi, molto bassi nelle età più giovani, aumentano esponenzialmente nelle età più avanzate. Negli adulti i tumori sono più frequenti tra le donne, con un'inversione di tendenza a partire dai 55 anni: dopo i 65 anni i tassi di incidenza nei maschi sono il doppio rispetto alle donne.

I tassi di mortalità aggiustati per età hanno mostrato in entrambi i sessi una diminuzione, più marcata nei maschi (-2,0% all'anno; $p < 0,0001$) che nelle femmine (-0,8% all'anno; $p < 0,0001$). Analoga anche la riduzione degli anni di vita persi, passati da 11.927 a 7.795 nei maschi e calata meno nelle donne (da 7.323 a 6.119). L'incidenza è rimasta, invece, sostanzialmente stabile in entrambi i sessi.

Figura 7: Trend incidenza e mortalità dei tumori maligni del polmone nella ATS di Brescia



Il confronto con i dati nazionali e regionali più recenti mostrano come la mortalità per tumori nell'ATS di Brescia sia superiore rispetto alla media nazionale in entrambi i sessi ma simile rispetto a quanto riscontrato a livello regionale. L'incidenza tumorale complessiva è invece tra le più elevate anche a livello lombardo.

PRESA IN CARICO

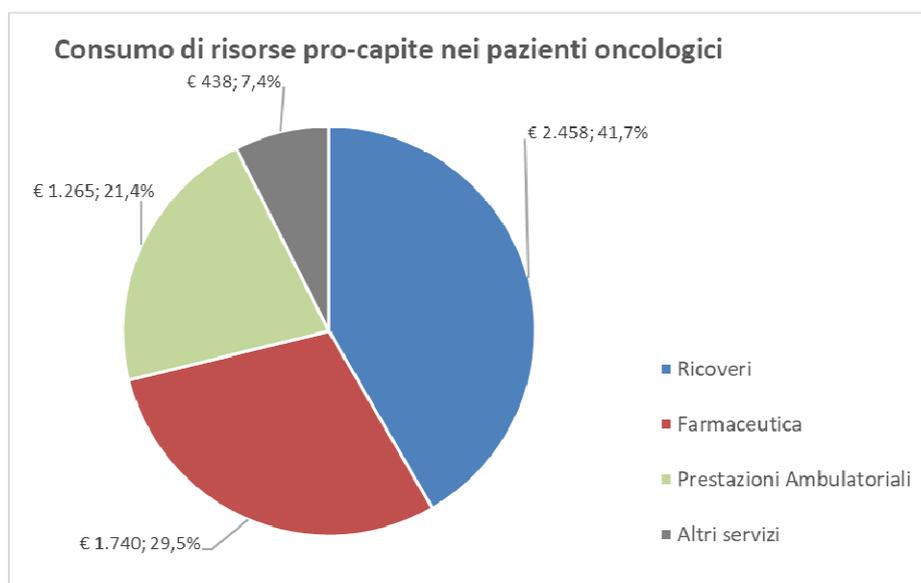
La BDA (Banca Dati Assistito) è un sistema di analisi e monitoraggio che dal 2001, anno di avvio, ha permesso di individuare i soggetti presi in carico per una serie di patologie croniche, partendo dall'analisi integrata degli archivi a disposizione dell'ATS/ATS. Dal 2016 è stata resa disponibile da Regione Lombardia una stratificazione della cronicità secondo il metodo approvato con la DGR 6164/2017, che presenta alcune sostanziali differenze metodologiche rispetto alla BDA storica locale. Per il 2017 è stata quindi realizzata la "BDA Integrata" che va ad utilizzare ed integrare i due sistemi. Secondo questa fonte, nel 2017 sono stati presi in carico per patologia tumorale 63.034 assistiti: di questi il 23,7% (N= 14.933) non era stato preso in carico per altre patologie croniche.

La BDA suddivide i malati oncologici in tre gruppi:

- assistiti con neoplasia attiva: 22.650 (1,9% della popolazione)
- assistiti con neoplasia in follow-up attiva: 23.116 (1,9% della popolazione)
- assistiti con neoplasia in remissione: 17.268 (1,4% della popolazione)

Per i malati oncologici la voce di spesa maggiore è quella dei ricoveri, seguita dalla farmaceutica e dalle prestazioni ambulatoriali (Figura 8)

Figura 8: Consumo di risorse pro-capite nei pazienti oncologici (Dati BDA integrata 2017)



In caso di neoplasia attiva il costo medio pro-capite è significativamente più elevato rispetto a quello dei soggetti con neoplasia in remissione o nei soggetti in follow-up (Tabella 4). Ciò è vero sia in caso di presenza di patologie concomitanti sia in caso di forme tumorali isolate.

Tabella n. 4: Consumo di risorse pro-capite nei soggetti con patologia tumorale

	TUTTI		Forme isolate	
	N.	valore	N°	valore
NEOPLASIA ATTIVA	22.650	€ 10.852	4.625	€ 8.655
NEOPLASIA FOLLOW-UP	23.116	€ 3.408	5.710	€ 1.297
NEOPLASIA REMISSIONE	17.268	€ 2.744	4.598	€ 748

TIPOLOGIE TUMORALI PRINCIPALI

Tumori delle vie respiratorie. Queste neoplasie sono nei maschi la singola causa specifica più rilevante sia in termini di numero di decessi (442) che di anni potenziali di vita persi (1.817 PYLL), nelle donne ha un impatto più basso (181 decessi e 1.064 PYLL) ma è in rapida ascesa. I tassi sono simili a quelli lombardi e più elevati di quelli italiani ed il trend di incidenza e mortalità sono in netta diminuzione nei maschi ed in aumento nelle donne: tale dato rispecchia, con 20-30 anni di latenza, la diminuzione del tabagismo tra i maschi a l'aumento tra le femmine. A livello territoriale si nota un pattern diverso se non opposto tra maschi e femmine, in particolare nelle donne vi è un cluster ellittico con un eccesso del 46% comprendente 35 comuni nell'area che dalla città va fino al lago di Garda.

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 -1,5% ($P < 0,0001$), simile anche il miglioramento in termini di anni di vita persi. I tassi di mortalità per questo tumore sono, nella ATS di Brescia più elevati rispetto alla media nazionale e simili rispetto a quella regionale anche i tassi di incidenza sono più elevati anche rispetto alla media lombarda. A livello territoriale si nota una maggior incidenza nella zona a urbana e periurbana con un cluster spaziale che comprende 8 comuni (città e limitrofi) che nel periodo 1999-2010 hanno fatto registrare un +14% ($RR=1,14$; $p < 0,0001$). La zona centro occidentale della ATS presenta invece una minor incidenza.

Tumori del colon retto. I tassi di mortalità sono, nella ATS di Brescia, più bassi sia rispetto alla media nazionale che lombarda, mentre l'incidenza è simile rispetto alla media nazionale e moderatamente più bassa rispetto agli altri registri tumori lombardi. Il dato più rilevante riguarda l'andamento del trend temporale: complessivamente sia la mortalità che l'incidenza sono in netta diminuzione in entrambi i sessi, ma, in particolare, vi è stato un picco di incidenza nel periodo 2007-08, dovuto all'attivazione dello specifico screening oncologico che ha portato all'anticipazione diagnostica di numerosi casi, cui a fatto seguito una diminuzione dell'incidenza più marcata. Lo screening per questi tumori permette infatti non solo di individuare tumori maligni in fase più precoce e quindi meglio curabili diminuendo la mortalità, ma permette anche la rimozione di numerose lesioni pre-cancerose portando ad una diminuzione anche dell'incidenza tumorale

Tumori del fegato: Nel 2017 sono deceduti per tumori del fegato 261 assistiti. Sia i tassi di mortalità sia quelli di incidenza sono più elevati sia rispetto alla media nazionale e regionale, In Lombardia vi sono forti differenze: i tassi più elevati in entrambi i sessi interessano le ATS di Brescia e Bergamo, estendendosi a nord verso l'ATS della Montagna e a sud la provincia di Cremona. Nell'ATS di Brescia il trend di mortalità ha mostrato una diminuzione nei primi anni duemila con una successiva stabilizzazione; l'incidenza nel periodo 1999-2010 non ha mostrato dei cambiamenti statisticamente significativi. A livello territoriale si notano forti differenze di incidenza con differenze che tra i vari comuni variano anche di 3-4 volte ed un pattern abbastanza simile nei due sessi con un'incidenza assai maggiore nell'area centro-occidentale della ATS che si estende sia a sud che a nord dell'area cittadina, a forma di "C" ; nei maschi si notano inoltre eccessi anche nelle alte valli. Minor incidenza si nota invece nell'area cittadina ed in modo ancora più evidente in tutta l'area più orientale della ATS.

Mortalità per tumori dello stomaco: Nel 2017, in ATS di Brescia, sono deceduti per tumori dello stomaco 191 persone, con tassi di mortalità e di incidenza più elevati rispetto alla media nazionale e simili rispetto alla media regionale. Analogamente a quanto riscontrato per il tumore del fegato vi è un'area a maggior incidenza nella zona di confine tra Brescia e Bergamo che si estende a nord nell'ATS della Montagna e a sud verso Cremona.

Continua la storica diminuzione di mortalità ed incidenza per questi tumori che nel periodo 2000-2017 si sono quasi dimezzati. A livello territoriale si nota un pattern simile per incidenza e mortalità nei due sessi: eccessi, talvolta anche con rischi relativi superiori a 2, si riscontrano in un'ampia area a "C" che va dalla zona centro meridionale della ATS alla zona occidentale fino alle Valli a Nord. Minor incidenza si nota in un'area che dalla città va ad est verso il lago di Garda.

Mortalità per tumori del pancreas. Nel 2017 sono deceduti per tumori del pancreas 246 assistiti con tassi di mortalità più elevati nei maschi di circa il 50% rispetto alle femmine. I tassi di mortalità e di incidenza sono più elevati rispetto alla media nazionale, ma simili a quelli regionali. In entrambi i sessi vi è una sostanziale stabilità sia per quanto riguarda i tassi di mortalità sia nel

numero di anni di vita persi. Pur essendoci notevoli differenze intercomunali nell'incidenza e nella mortalità, non si sono cluster significativi né in eccesso né in difetto.

Tumori maligni del tessuto linfatico ed ematopoietico. Questo gruppo, che comprende forme tumorali assai diversificate, ha portato al decesso di 261 assistiti nel 2017. I tassi di mortalità sono in entrambi i sessi più bassi a quelli nazionali e regionali, ma simili alle province di Bergamo e Trento. Il tasso di mortalità è più elevato di un 50% nei maschi rispetto alle donne. Si registrano notevoli differenze di incidenza e mortalità tra i vari comuni dell'ATS con eccessi e difetti a macchia di leopardo e con un pattern diversificato nei due sessi. Sia analizzando i due sessi separatamente che congiuntamente non si è riscontrato alcun cluster statisticamente significativo né in difetto né in eccesso.

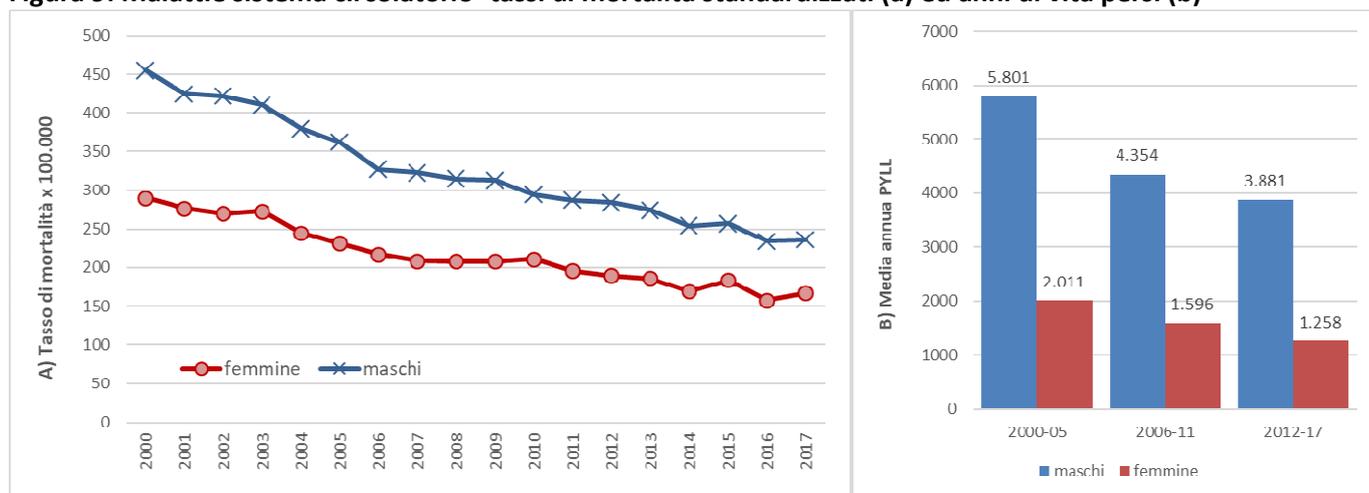
PATOLOGIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Le patologie del sistema circolatorio, pur essendo al primo posto come causa di morte nelle donne (35,8%) e al secondo negli uomini (27,8%), hanno un minore impatto in termini di PYLL (14,4% del totale), soprattutto nel sesso femminile dove l'età media di morte per queste cause è assai avanzata (88,2anni).

La mortalità per malattie del sistema circolatorio è inferiore per entrambi i sessi sia rispetto alla media nazionale che a quella lombarda.

Il numero dei deceduti per malattie del sistema circolatorio è stabile, ma i tassi di mortalità aggiustati per età si sono quasi dimezzati in entrambi i sessi nel periodo; simile anche la diminuzione dei PYLL (Figura 9). A parità di età risultano in diminuzione, dopo il 2011, anche gli eventi acuti non letali (infarto miocardico e ictus): tale miglioramento si spiega con il miglioramento nella popolazione adulta anziana sia di alcuni fattori di rischio individuali (tabagismo, alimentazione, sedentarietà) che del trattamento farmacologico di condizioni patologiche predisponenti (ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete).

Figura 9: Malattie sistema circolatorio- tassi di mortalità standardizzati (a) ed anni di vita persi (b)



In base alla BDA Integrata, il numero di soggetti presi in carico nel 2017 per cardiopatie, scompenso e vasculopatie è stato pari a 121.367 soggetti (10,1% della popolazione assistita nel corso dell'anno), vi erano poi ulteriori 251.520 assistiti presi in carico per ipertensione arteriosa senza altre patologie del sistema circolatorio: complessivamente il 31,0% della popolazione assistita è stata presa in carico per una malattia del sistema circolatorio, di gran lunga la prima patologia cronica in termini di numerosità.

I TRAUMI E GLI AVELENAMENTI

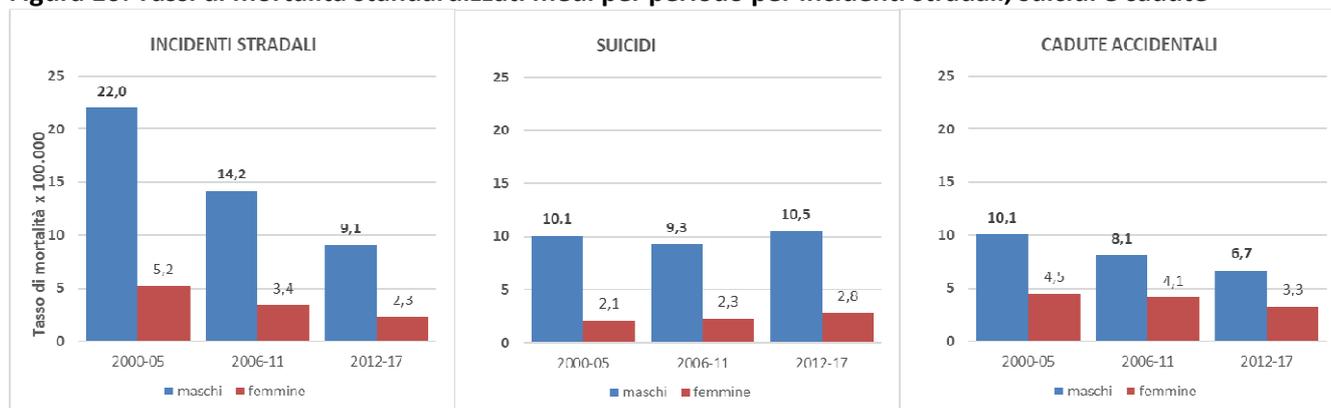
I traumi e gli avvelenamenti nel 2017 hanno causato 414 decessi (il 59,2% nei maschi), ma dal momento che una buona parte di questi avviene in giovane età, sono stati per i maschi la seconda causa di perdita di anni di vita e, considerando entrambi i sessi, hanno causato la perdita di 4.297 anni (13,2% del totale). La maggior perdita di anni di vita è stata a causa dei suicidi (1.666 PYLL per 73 deceduti) e degli incidenti di trasporto (1.246 PYLL per 56 deceduti).

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 e cadute (un trend che si rileva anche a livello nazionale) mentre i tassi per suicidio non mostrano alcuna diminuzione (Figura 10).

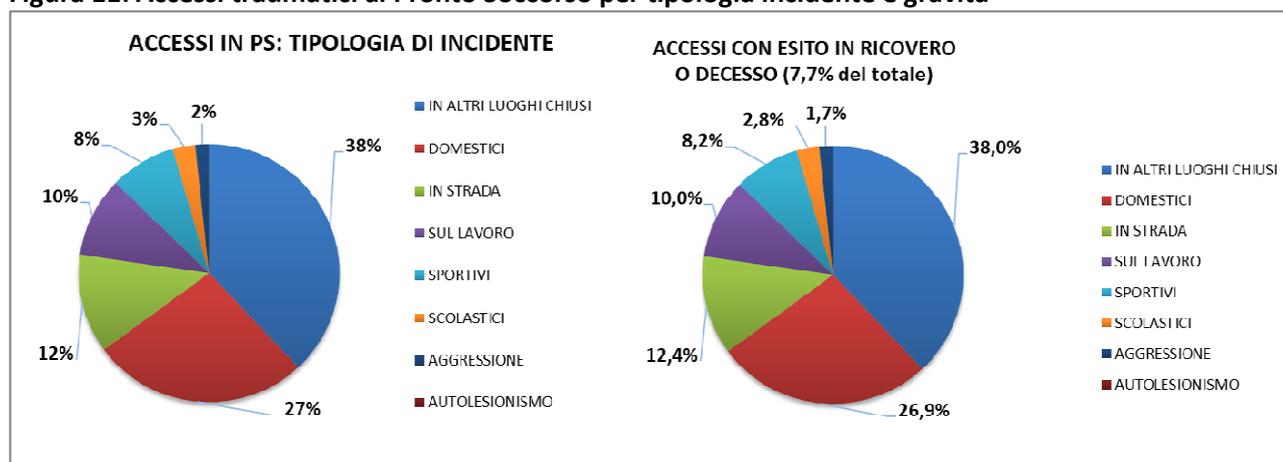
Negli anziani e nei grandi anziani vi è un aumento della mortalità per cause esterne legate all'aumento della popolazione fragile (fratture patologiche etc.).

Figura 10: Tassi di mortalità standardizzati medi per periodo per incidenti stradali, suicidi e cadute



Nel 2018 vi sono stati 148.556 accessi per cause traumatiche nei Pronto Soccorso della ATS di Brescia pari al 28,5% di tutti gli accessi avvenuti. Gli incidenti domestici e in altri luoghi chiusi rappresentavano il 60% delle cause traumatiche, seguivano gli incidenti in strada e quelli sul lavoro (Figura 11).

Figura 11: Accessi traumatici al Pronto Soccorso per tipologia incidente e gravità



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 Assistite (BDA). Nel corso del 2017 sono state assistite dall'ATS di Brescia 1.202.445 persone, di cui il 37,3% (447.986 persone) presi in carico per almeno una delle 16 condizioni patologiche considerate; di questi, 212.965 presentano una sola patologia, 103.268 due patologie, mentre 131.743 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.

La Tabella n. 5 sottostante presenta i dati ognuna delle condizioni patologiche esaminate in ordine decrescente di presa in carico.

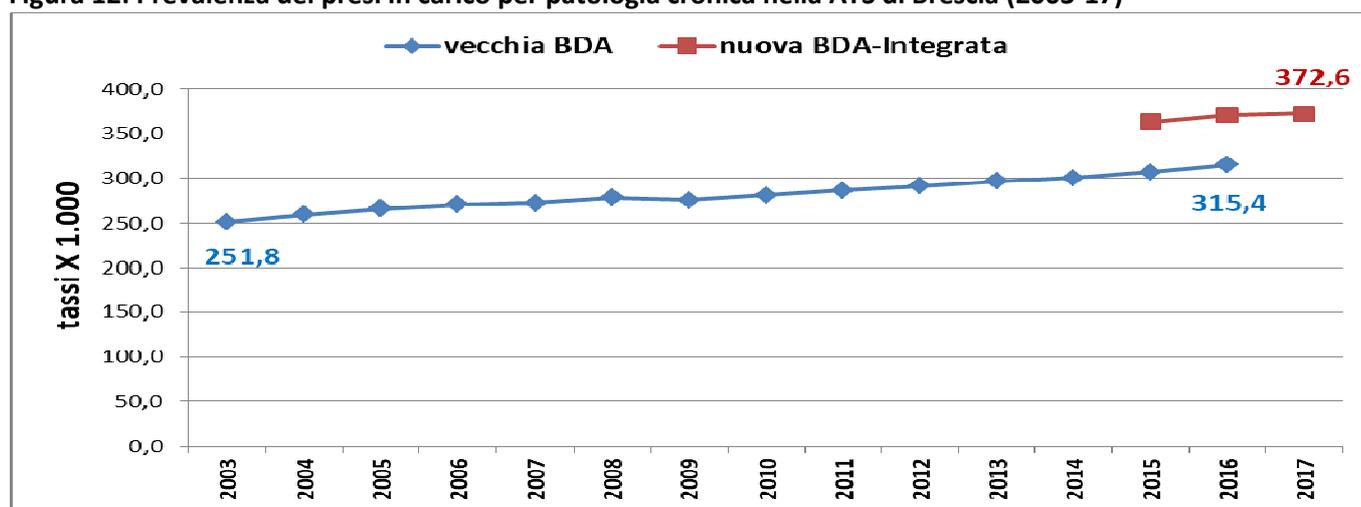
Tabella n. 5: Presa in carico delle singole patologie. BDA 2017, ATS di Brescia

Gruppo Patologico	Persone prese in carico			con la condizione isolata		
	Numero	Prevalenza (x 1000)	Età media	Numero	Prevalenza (x 1000)	% isolate
IPERTENSIONE ARTERIOSA	251.520	209,2	70,2	70.342	58,5	28,0%
MALATTIE SISTEMA CARDIOVASCOLARE	121.367	100,9	72,7	8.794	7,3	7,2%
PAT. PSICHIATRICA e DISAGIO PSICHICO	101.226	84,2	57,4	38.238	31,8	37,8%
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	86.164	71,7	70,8	7.652	6,4	8,9%
DIABETE	73.371	61,0	67,8	12.272	10,2	16,7%
ONCOLOGICI	63.034	52,4	67,7	14.933	12,4	23,7%
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	59.263	49,3	63,7	14.451	12,0	24,4%
MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE	50.848	42,3	54,7	21.272	17,7	41,8%
PATOLOGIE TIROIDEE	36.795	30,6	59,7	10.161	8,5	27,6%
NEUROPATIE	19.686	16,4	60,7	4.171	3,5	21,2%
MALATTIE AUTOIMMUNI	18.945	15,8	55,9	4.694	3,9	24,8%
DEMENZE-ALZHEIMER	17.772	14,8	83,4	782	0,7	4,4%
INSUFFICIENZA RENALE	13.537	11,3	75,8	252	0,2	1,9%
MALATTIE RARE	8.107	6,7	44,7	3.205	2,7	39,5%
HIV/AIDS	3.707	3,1	50,5	1.643	1,4	44,3%
TRAPIANTATI	2.236	1,9	56,8	103	0,1	4,6%
CON PATOLOGIA CRONICA	447.986	372,6	60,8			
SENZA PATOLOGIA CRONICA	754.459	627,4	34,5			
di cui nessun contatto	200.879	167,1	33,8			
TOTALE ASSISTITI	1.202.445		44,3			

Nel 2003 ([Figura 12](#)) gli assistiti presi in carico per patologie croniche erano 251.936 (pari al 25,1% della popolazione) passati a 447.986 (37,3% della popolazione) nel 2017: un aumento in termini assoluti di 184.050 soggetti.

Tali rilevanti cambiamenti sono in parte dovuti al maggior sensibilità della nuova BDA-Integrata di identificare gli assistiti con patologia cronica ma si spiegano anche per l'evoluzione del quadro anagrafico-epidemiologico locale (il progressivo innalzamento dell'età determina un maggior numero di assistiti con patologie croniche), e per la maggior sensibilità e capacità di riconoscere patologie croniche in precedenza misconosciute

Figura 12: Prevalenza dei presi in carico per patologia cronica nella ATS di Brescia (2003-17)

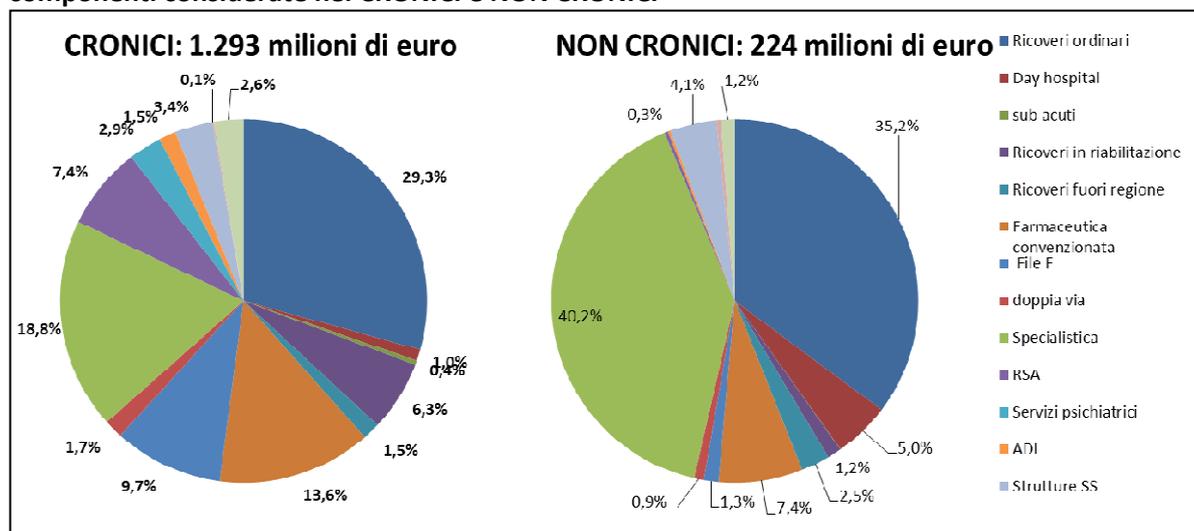


CONSUMO DI RISORSE PER INTERA POPOLAZIONE

Nel 2017 il consumo di risorse sanitarie e sociosanitarie incluse in BDA (integrata) è stato di 1.518 milioni di euro, per un consumo medio pro-capite di 1.262 €. I cronici che rappresentano il

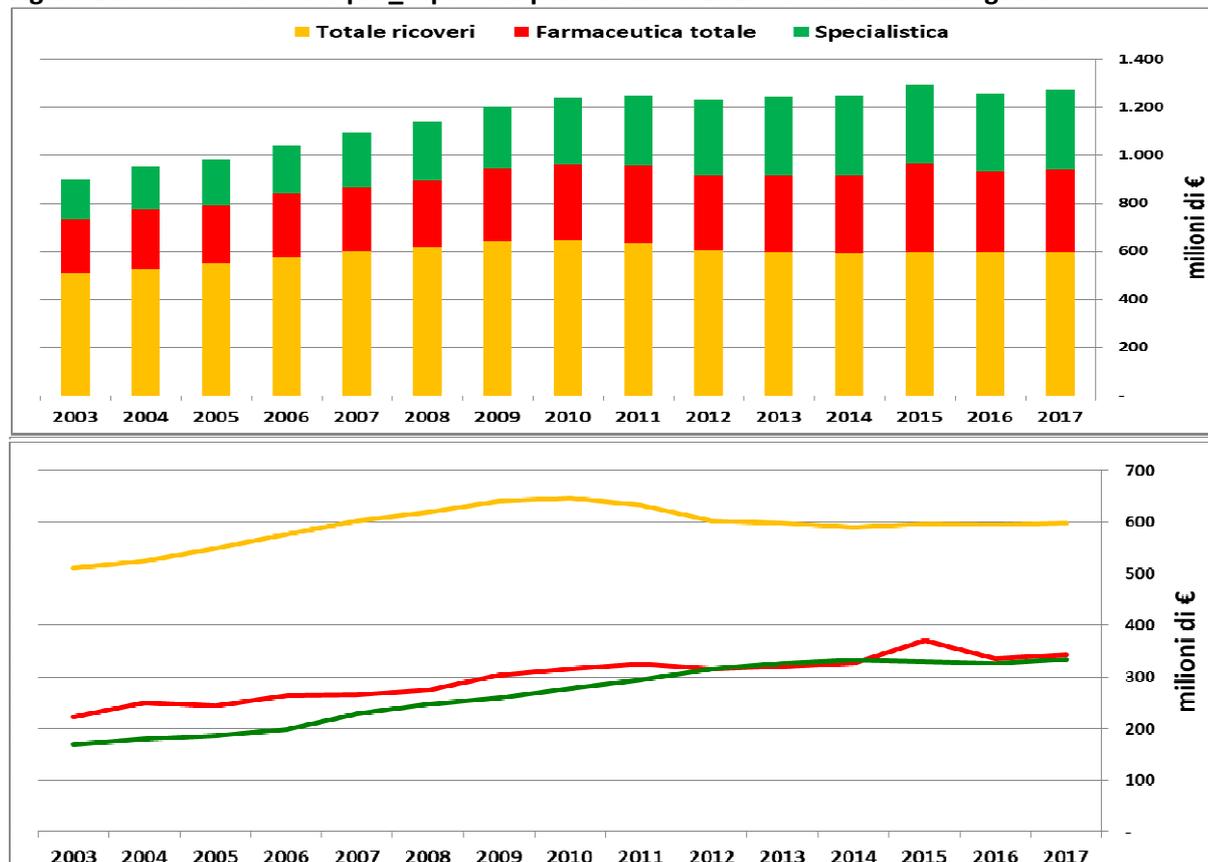
37,3% della popolazione assistita hanno assorbito l'85,2% delle risorse con un consumo medio pro-capite di 2.887 € mentre i non cronici avevano un medio pro-capite di 298 €. Si deve tener conto comunque che l'età media in questo gruppo è notevolmente più bassa rispetto ai portatori di patologie croniche. %).

Figura 13: BDA 2017 dell'ATS di Brescia: consumo di risorse sanitarie con ripartizione tra le principali componenti considerate nei CRONICI e NON CRONICI



Nel periodo 2003-2017 si vede un aumento complessivo delle risorse consumate fino al 2010, con valori relativamente stabili negli anni successivi (Figura 14). In particolare le risorse consumate per i ricoveri sono cresciute dal 2003 al 2010 e poi diminuite fino al 2017. Le risorse per la farmaceutica totale sono aumentate marcatamente fino al 2010 per poi rimanere stabili con un picco nel 2015. Più che raddoppiata la specialistica dal 2003 al 2014 con una stabilizzazione negli ultimi anni.

Figura 14: Consumo risorse pro_capite nel periodo 2003-2017 secondo BDA integrata



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 ed Appropriatelyzza delle Prestazioni delle Strutture Sanitarie.

La quota di controllo complessiva sarà svolta nell'anno 2019 e sarà del 13,5% 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 3,5%** 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 2019.

SINTESI DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEL 2018

L'attività per l'anno 2018, iniziata a marzo e conclusa a dicembre 2018, ha previsto un controllo di almeno n. 21.843 pratiche, pari al 11,5% 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 2017, oltre che le tipologie dei controlli suggerite dalla ACSS nel Piano Controlli Quadro.

Nelle tabelle successive si riportano i risultati in termini numerici dei controlli effettuati fino al 31.12.2018 (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 01.03.2018 al 31.12.2018)

Ricoveri erogati	Cartelle controllate	Cartelle modificate	% Cartelle modificate
ricoveri programmati DRG medico	1.858	148	8,0%
ricoveri urgenti	3.981	245	6,2%
ricoveri day-hospital	1.078	152	14,1%
ricoveri sub-acuti	116	10	8,6%
ricoveri area riabilitazione	632	30	4,7%

Tabella n. 2 Controlli mirati per tipologia di campionamento (dal 01.03.2018 al 31.12.2018)

Tipologia di campionamento	Cartelle controllate	Cartelle modificate	% Cartelle modificate
108 drg potenzialmente inappropriati	2.445	192	7,9%
drg complicati	877	53	6,0%
indicatori regionali	4.931	298	6,0%

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

Tabella n. 3 Controlli sui ricoveri anno 2018

	Cartelle controllate		Cartelle modificate		Cartelle modificate %	Decurtazione economica (%)
	N° cartelle	Valore originale	N° cartelle	Importo modificato		
autocontrollo 3%	5.698	€ 19.257.114,00	64	€ 165.141,70	1,1%	0,9%
autocontrollo 3,5%	6.776	€ 24.592.269,00	265	€ 291.203,90	3,9%	1,2%
congruenza mirata 5%	10.049	€ 51.423.442,00	791	€ 2.109.707,50	7,9%	4,1%
Totale controlli	22.523	€ 95.272.825,00	1.120	€ 2.566.053,10	5,0%	2,7%

Tabella n. 4 Controlli sui ricoveri stratificato per tipo erogatore anno 2018

	Cartelle controllate		Cartelle modificate		Cartelle modificate %	Decurtazione economica (%)
	N° cartelle	Valore originale	N° cartelle	Importo modificato		
Privato						
autocontrollo 3%	2.323	€ 8.650.650,00	32	€ 56.598,10	1,4%	0,7%
autocontrollo 3,5%	2.730	€ 10.525.868,00	87	€ 141.627,00	3,2%	1,3%
congruenza mirata 5%	3.961	€ 22.524.788,00	202	€ 545.483,10	5,1%	2,4%
Totale controlli	9.014	€ 41.701.306,00	321	€ 743.708,20	3,6%	1,8%
Pubblico						
autocontrollo 3%	3.375	€ 10.606.464,00	32	€ 108.543,60	0,9%	1,0%
autocontrollo 3,5%	4.046	€ 14.066.401,00	178	€ 149.576,90	4,4%	1,1%
congruenza mirata 5%	6.088	€ 28.898.654,00	589	€ 1.564.224,40	9,7%	5,4%
Totale controlli	13.509	€ 53.571.519,00	799	€ 1.822.344,90	5,9%	3,4%

Le maggiori criticità sono state rilevate, nell'ambito dei Day Hospital, subacuti, ricoveri programmati.

L'attività di Autocontrollo della qualità della documentazione clinica, a cura dei soggetti erogatori (come da DGR n. VIII/10077/2009) 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 2018, come per gli anni precedenti, è stato "Massimo".

Per quanto riguarda le verifiche per l'autocontrollo 3,5% di congruenza, finora non sono emerse particolari criticità.

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/rappresentate.

Sanzioni Attività Ricovero e Cura		
Struttura	N. Strutture	n. Sanzioni
Pubblica	2	4

PIANIFICAZIONE 2019

L'attività di controllo per l'anno 2019 è rivolta alla verifica delle attività erogate e poste a carico del SSR dando la priorità agli Enti Erogatori Accreditati insistenti sul territorio dell'ATS di Brescia. La pianificazione dei controlli 2019 terrà conto delle indicazioni e raccomandazioni contenute nel Piano Controlli Quadro dell'ACSS, approvato con DGR n. X/6502/2017, come ribadito dalla DGR n. X/7923/2018.

Si prevede il controllo di almeno il 13,5% dell'attività di ricovero, così come indicato dalla DGR n. XI/1046/2018, calcolato sulla produzione 2018.

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. Le attività di controllo si chiuderanno il 31.12.2019.

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/621/2010.

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 n. XI/1046/2018 e secondo la check-list prevista nel Piano Controlli Quadro della ACSS;
- è prevista una quota fino a 3,5 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 31.01.2019 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 n. X/1185/2013, sub all.3, DGR n. X/4702/2015 e DGR n. X/5954/2016.

Controlli di tipo Mirato

- è stabilita una quota di verifica del 7% come da DGR n. XI/1046/2018, 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 n. IX/2633/2011, 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) 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 n. 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 sub-acute, per la verifica della corretta eleggibilità dei pazienti e della corretta attribuzione dell'indice di intensità assistenziale (DGR n. IX/1479/2011).
- area riabilitativa;
- Day Hospital, per appropriatezza del livello assistenziale;
- aree di interesse locale ed eventuali criticità emerse anche sulla base delle precedenti attività ispettive.
- Controllo endoprotesi, attività di nuova introduzione individuata dalla DGR n. XI/1046/2018.
- Intensificazione attività di controllo procedure individuate da DGR n. XI/1046/2018 e più precisamente:
 - INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE
 - ARTRODESI VERTEBRALE
 - CHIRURGIA BARIATRICA

Indicatore: Obiettivo Regionale = **13,5%**, calcolato sulla produzione 2018.

CONTROLLI DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel territorio di competenza di ATS Brescia sono ubicate tre Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), dodici Enti Erogatori Privati Accreditati (EEPA), nove Strutture Poliambulatoriali, tre Laboratori di Analisi Cliniche e cinque Centri Accreditati di Medicina dello Sport, che nel 2018 hanno erogato a carico del SSR circa 20 milioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale. Le medesime strutture hanno effettuato circa 2 milioni di prestazioni in regime di libera professione o di solvenza.

Le attività di controllo sono 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, e sono in essere cambiamenti sostanziali delle modalità di gestione dei percorsi di cura dei pazienti fragili e cronici. La progressiva attuazione dei contenuti del DPCM 12.01.2017 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.

In questo momento di transizione le attività di controllo sono ulteriormente complesse, in quanto devono confrontare informazioni provenienti da differenti banche dati che presentano talvolta disallineamenti. Inoltre, data la continua evoluzione dei sistemi applicativi, è necessario tener conto dell'eventualità di modificare o integrare le metodologie di lavoro, anche alla luce delle indicazioni dell'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-sanitario Lombardo (ACSS).

SINTESI DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEL 2018

Nel corso dell'attività 2018 sono stati oggetto di controllo 199.306 record corrispondenti al 4,07% del totale delle prescrizioni poste a carico del SSR nel 2017, estratte utilizzando i criteri stabiliti dalla DG Welfare, così come riportato nella Tabella n. 1.

Tabella n. 1

PRODUZIONE 2017 (N. PRESCRIZIONI) REGIME DI EROGAZIONE 1,7,8,9,C, TIPO PRESTAZIONE O,U,Z	NUMERO ATTESO PER L'ESERCIZIO 2017 (3,5%PRODUZIONE)	NUMERO CONTROLLATO AL 30/12/2018	% CONTROLLATO AL 31/12/2018
4.891.948	171.218	199.306	4,07%

L'effetto dell'attività di controllo ha comportato una decurtazione economica pari al 7,4% del valore originale, come riportato nella tabella 2.

Tabella n. 2

TOTALE RECORD CONTROLLATI	TOTALE RECORD MODIFICATI	IMPORTO ORIGINALE	DECURTAZIONE	DECURTAZIONE	CONFERMATE
199.306	40.030	€ 14.640.096,75	€ 1.079.820,35	7,4%	79,9%

Come indicato nelle Regole di Sistema, si è privilegiato il controllo statistico-formale.

La Tabella n. 3 riepiloga i controlli delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per tipologia di struttura.

Tabella n. 3

TIPO STRUTTURA	CONTROLLATI	MODIFICATI	IMPORTO ORIGINALE	DECURTAZIONE	DECURTAZIONE	CONFERMATI
STRUTTURE PUBBLICHE	134.962	31.969	€ 6.681.110,99	€ 668.766,34	10,0%	76,3%
STRUTTURE PRIVATE	64.344	8.061	€ 7.958.895,76	€ 411.054,01	5,2%	87,5%
TOTALE	199.306	40.030	€ 14.640.096,75	€ 1.079.820,35	7,4%	79,9%

SINTESI DEGLI ASPETTI PIÙ SIGNIFICATIVI DELL'ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2018

Come riportato nella Tabella n. 4, l'attività di controllo rappresentata è riferita prevalentemente all'indicatore di controllo "Z", introdotto in passato per identificare problematiche di interesse locale, ma utilizzato nel corso degli anni per caratterizzare, in mancanza di un indicatore specifico, molteplici ulteriori controlli. Gli ambiti di tali controlli sono l'appropriatezza d'inclusione nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), l'appropriatezza prescrittiva e di refertazione introdotta a decorrere dal 2011, la qualità della documentazione clinica, così come previsto dai requisiti organizzativi dei regimi BIC e MAC, nonché altre tipologie di controllo emerse dalle attività di monitoraggio o dai controlli esterni e non previste dalla DGR n. VIII/10804/2009 (si veda Tabella n. 5)

Tabella n. 4

INDICATORE DI CONTROLLO DGR VIII/10804/2009 – DGR VII/8078/2002	CONTROLLATI	MODIFICATI	IMPORTO ORIGINALE	DECURTAZIONE
A	138	16	€ 64.291,86	€ 1778,17
B	8.876	392	€ 437.681,79	€ 8.374,51
C	5	4	€ 363,13	€ 68,81
D	613	34	€ 65.235,70	€ 1.561,36
F	172	127	€ 3.360,68	€ 215,90
G	11	7	€ 192,15	€ 11,90
I	11.839	713	€ 400.140,19	€ 1.254,55
J	4	4	€ 111,21	18,40
K	88	15	€ 3.539,43	€ 317,90
L	2	0	€ 41,20	€ 0,0
M	2	1	€ 77,75	€ 12,65
V	327	173	€ 20.668,89	€ 8.148,11
W	45	15	€ 1.108,59	€ 276,40
X	108	94	€ 18.764,03	€ 1.873,30
Y	14	5	€ 2.006,08	€ 1.050,63
Z	177.062	38.430	€ 13.622.514,07	€ 1.054.857,76
Totale	199.306	40.030	€ 14.640.096,75	€ 1.079.820,35

Tabella n. 5

AREA DI CONTROLLO	INDICATORE DI CONTROLLO	TIPOLOGIA DI CONTROLLO
MAC	Z	Corretta rendicontazione e appropriatezza, per esempio utilizzo all'interno dello stesso ciclo/piano di trattamento di pacchetti di MAC01 e MAC02/MAC03 (farmaci alto/basso costo) e dove previsto (es. pratiche trasfusionali MAC), presenza e correttezza del consenso informato, appropriata relazione per il curante.
BIC	Z	Corretta rendicontazione e appropriatezza; presenza e correttezza del verbale operatorio e relativi consensi, completezza della relazione per il curante, ecc. (requisiti organizzativi da DGR VIII/10804/2009). Controllo delle prestazioni correlate a una prestazione BIC ed erogate nei 20 giorni successivi alla dimissione.
APPROPRIATEZZA	Z	Corretta rendicontazione e appropriatezza delle prestazioni di: <ul style="list-style-type: none"> • Odontoiatria anche ai sensi della DGR n. X/6006/2016 • Genetica Medica e Oncoematologia Molecolare ai sensi della DGR n. IX/4716 /2013 e smi • Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici e arti ai sensi della DGR n. X/3993/2015 • Marcatori Tumorali ai sensi della DGR n. X/3993/2015 • Radiodiagnostica (RM e TC) ai sensi della DGR n. X/2313/2014 e del DM 2015 • Gastroenterologia ai sensi della DGR n. X/4702/2015

		<ul style="list-style-type: none"> • Medicina fisica e riabilitazione ai sensi della DGR n. VIII/3111/2006 e smi; relativamente alle prestazioni in regime MAC (06,07, 08), verifica della congruenza del setting assistenziale con la tipologia di MAC rendicontata • Altre prestazioni incluse nei LEA, soggette a vincoli di erogazione (es. Densitometria, chir. Laser a eccimeri) • Prestazioni di laboratorio es. TSH libero e/o FT4 (DGR IX/2057/2011), Ricerca anticorpi Rosolia e Toxoplasmosi secondo le indicazioni della DGR n. X/4702/2015
RADIOTERAPIA	Z	Corretta rendicontazione e appropriatezza
MEDICINA SPORTIVA	Z	Corretta rendicontazione e appropriatezza del "pacchetto di prestazioni" in relazione alla tipologia di sport, completezza della refertazione; per i centri accreditati e a contratto, verifica di eventuali certificazioni di idoneità rilasciate allo stesso assistito in un intervallo di tempo inferiore agli 11 mesi.
INTERESSE LOCALE	Z	<ul style="list-style-type: none"> • Ecografie ostetriche "office" • Monitoraggio incruento della saturazione arteriosa in PS • Prime visite ripetute stesso assistito, stessa disciplina, stessa struttura • Controllo statistico/formale delle prestazioni rendicontate nel flusso 28/SAN in esenzione per patologie croniche o invalidanti secondo i dettami della DGR X/6800 del 10/07/2017

Alla luce delle considerazioni emerse in seguito all'incontro di confronto con ACSS avvenuto in data 20.06.2018 in relazione ai piani di controllo 2018, si ritiene opportuno specificare che i controlli sulle autocertificazioni da reddito, per il 2018 così come per l'anno in corso, sono stati condotti dal Dipartimento Amministrativo di Controllo e degli Affari Generali e Legali, come previsto dal P.O.A.S. (Decreto ATS n. 53 del 31.01.2017).

Nel corso del 2018, con la UO Autorizzazione e Accreditamento Erogatori Sanitari, sono state implementate le modalità di controllo attraverso il puntuale confronto prima dei maggiori eventi ispettivi, al fine di verificare la congruenza tra assetti accreditati e a contratto e le prestazioni erogate con il SSR. Si è inoltre provveduto ad avviare il monitoraggio delle prestazioni erogate in regime di solvenza e/o libera professione al fine d'intercettare i casi in cui erroneamente la struttura seleziona prestazioni da garantire esclusivamente in regime privatistico, all'interno di specialità o branche ambulatoriali accreditate.

Are di particolare interesse in quanto considerate ad alto rischio di inapproprietezza

Prestazioni odontoiatriche

Nel corso del triennio 2016-2018 si è assistito a un progressivo calo sia della produzione sia del relativo valore economico. I controlli che nel 2017 avevano riguardato il 12,1% della produzione ambulatoriale odontoiatrica a carico del SSR, (erogata da tre ASST e due Strutture Private Accreditate) sono proseguiti nel 2018 in modalità mirata su 11.212 prescrizioni, pari al 25,5% della produzione specifica, campionando l'intero percorso di cura del paziente. Gli esiti sono riportati nella Tabella n.6.

Tabella n. 6

TIPO STRUTTURA	PRESCRIZIONI CONTROLLATE	PRESCRIZIONI MODIFICATE	IMPORTO ORIGINALE	DECURTAZIONE	DECURTAZIONE	CONFERMATE
STRUTTURE PUBBLICHE	8.195	2.607	€ 356.627,98	€ 54.972,26	15,4%	68,2%
STRUTTURE PRIVATE	3.020	656	€ 129.288,53	€ 29.732,66	29,9%	78,3%
TOTALE	11.212	3.263	€ 485.916,51	€ 84.704,92	17,4%	70,9%

Si è privilegiato numericamente il controllo sulle Strutture pubbliche anche in virtù della graduazione del rischio (monitoraggio % produzione tra strutture pubbliche/private e monitoraggio per ogni singola struttura delle prestazioni maggiormente prodotte sul totale) e delle aree di effettiva criticità emerse nelle verifiche dell'anno precedente. Le verifiche sono state eseguite secondo quanto indicato nella DGR n. X/6006/2016: nella Tabella n. 7 è riportato il n° delle prescrizioni modificate rispetto agli specifici ambiti di controllo.

Tabella n. 7

AMBITI DI CONTROLLO 2018 (ODONTOIATRIA)	N° PRESCRIZIONI MODIFICATE
Rispetto requisiti LEA	324
Corretto impiego della prescrizione medica	182
Congruenza dei codici	2.757
Totale	3.263

Risonanza magnetica muscoloscheletrica cod. 88.94.1

Con riferimento alle indicazioni di appropriatezza prescrittiva contenute nella DGR n. X/2313/2014 e nel vigente DM 09.12.2015, si sono rilevati diversi episodi di inappropriata prescrizione nei quadri di patologie non traumatiche e degenerazione artrosica dei distretti ginocchio e spalla.

Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici – eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa cod. 88.73.5 e cod. 88.77.2

Con riferimento alle indicazioni di appropriatezza prescrittiva contenute nella DGR n. X/3993/2015, si sono rilevati alcuni episodi di inappropriata prescrizione di eco(color)doppler degli arti inferiori e di eco(color)doppler TSA.

Per quanto riguarda il solo eco(color)doppler dei TSA, si è talvolta rilevata nella refertazione la mancata indicazione della metodologia utilizzata per la valutazione della stenosi (misurazione per diametri, per aree e per velocità) e la mancata indicazione, fornita dallo specialista, in merito alla tempistica del follow-up sulla base delle caratteristiche morfologiche della placca.

Prestazioni di gastroenterologia

Con riferimento alle indicazioni di appropriatezza prescrittiva contenute nella DGR n. X/4702/2015, si sono rilevati alcuni episodi di inappropriata prescrizione delle prestazioni cod. 45.25 Colonscopia, 45.16 Esofagogastroduodenoscopia, 45.23.1 Colonscopia – ileoscopia retrograda.

Marcatori tumorali – Gruppo sanguigno

Inappropriatezza prescrittiva e di rendicontazione dei cod. CA19.9 – CA15.3 – CA125 – 90.65.3, non attinenti alle indicazioni di cui alla DGR n. X/3993/2015.

PIANIFICAZIONE 2019

L'attività di controllo per l'anno 2019 sarà rivolta alla verifica dei record prodotti e posti a carico del SSR nel corso del 2019 (compatibilmente con i dati disponibili), del 2018 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 2019 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 2019 (DGR n. XI/1046/2018 e smi).

Le aree d'interesse, in linea con le indicazioni regionali e dell'ACSS, 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 2019 prevede:

- il controllo nel periodo 1 gennaio – 31 dicembre 2019 di almeno il 3,5% della produzione delle Strutture, come da DGR n. XI/1046/2018, calcolato sulla produzione 2018 secondo i criteri specificati dalla DG Welfare (atteso 178.616 record);
- l'estrazione della casistica in modalità prevalentemente mirata anche in base alla graduazione del rischio per Struttura (controlli anni precedenti, monitoraggi produzione con raffronti tra strutture, ecc.);

Di seguito le principali fattispecie:

- controlli sulla corretta modalità di rappresentazione dell'attività erogata;
- controlli sulla congruenza tra prescrizione, attività erogata e relativa rendicontazione della stessa;
- controlli sull'appropriatezza prescrittiva e di erogazione nei LEA (DM 2015) e sulla qualità della documentazione clinica;
- verifiche, in sinergia con la UO Autorizzazione e Accreditamento Erogatori Sanitari, delle prestazioni erogate rispetto agli assetti accreditati e a contratto;
- monitoraggio del corretto stato di erogabilità della ricetta elettronica (dematerializzata) rendicontata in 28/SAN, attraverso i dati pubblicati nella piattaforma PRIMO del Portale di Governo Regionale, con particolare attenzione alle ricette che risultano essere nello stato "prescritto" o "prenotato", e pertanto ancora spendibili presso qualsiasi struttura del territorio nazionale o regionale.

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 n. VII/8078/2002 (criteri X Y W) e dalla DGR n. VIII/10804/2009:

- prestazioni erogate in PS e seguite da ricovero (X);
- prestazioni in regime di specialistica ambulatoriale o di macroattività trasmesse con tracciato 28/SAN e smi ed erogate nella stessa giornata di un ricovero (Y);
- prestazioni ambulatoriali ricomprese nel costo del DRG (W).

Controlli sulla congruenza tra prescrizione, attività erogata e relativa rendicontazione

Saranno promosse verifiche puntuali su tipologie di prestazioni individuate dalla DGR n. VIII/10804/2009 e smi o su prestazioni oggetto di indicativi scostamenti tra volumi attesi di attività e volumi osservati, come da monitoraggio con le seguenti modalità:

- controllo statistico-formale con lo scopo di individuare eventuali inapproprietezze erogative relative alle prestazioni che nella loro descrizione contengono l'esplicita indicazione di non "rendicontabilità" con altre prestazioni presenti nel Nomenclatore Regionale;
- prestazioni erogate in regime di esenzione per patologia ricomprese nell'elenco pubblicato sul sito della DG Welfare;
- 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);
- verifica della corretta compilazione dei campi 28/SAN "data contatto" e "data fine erogazione", pena l'annullamento delle prestazioni effettuate in date non corrispondenti.

Controlli sull'appropriatezza prescrittiva ed erogativa e controlli di qualità documentale

I controlli legati all'appropriatezza prescrittiva ed erogativa hanno il compito, fra l'altro, di evitare la dispersione di risorse (con un auspicabile miglioramento anche dei tempi di attesa), garantendo al cittadino, a parità di beneficio di cura, il percorso clinico ottimale eseguito nel setting più opportuno.

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 n. IX/4659/2013.

Saranno oggetto di controllo:

- prestazioni odontoiatriche alla luce delle indicazioni fornite dalla DGR XI/1046 del 17.12.2018 e della DGR XI/1444 del 25.03.2019 al fine di verificare:
 - rispetto dei requisiti LEA di accesso alle prestazioni odontoiatriche;
 - corretto impiego della prescrizione medica in relazione ai piani di trattamento impostati, con particolare riferimento alle quantità di prestazioni previste e indicate sulle relative impegnative;
 - congruenza dei codici di prestazione prescritti e rendicontati in relazione a prestazioni "accessorie" potenzialmente ricomprese nelle prestazioni principali effettuate;
- prestazioni incluse nei LEA ministeriali/aggiuntivi regionali soggette a vincoli di erogazione, tra cui prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, densitometria ossea, chirurgia refrattiva con laser a eccimeri;
- altre prestazioni soggette a vincoli di appropriatezza stabiliti da atti normativi regionali tra cui prestazioni di genetica medica di cui alle DGR n. IX/4716/2013, DGR n. X/3993/2015, DGR n. X/6006/2016, prestazioni diagnostiche oggetto di vincoli/indicazioni secondo le disposizioni delle DGR n. 937/2010, DGR n. X/2313/2014, DGR n. X/3993/2015 e DGR n. X/4702/2015;
- prestazioni non associabili erogate allo stesso soggetto nella stessa data e presso lo stesso ente (anche su prescrizioni diverse);
- prestazioni riguardanti la "Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale" (BIC), con lo scopo di valutare congruenza di codifica, appropriatezza del regime di erogazione, qualità della documentazione clinica richiesta dai requisiti organizzativi specifici ed eventuali prestazioni pre/post BIC già ricomprese nella tariffa della BIC e incongruamente rendicontate in 28/SAN;
- prestazioni afferenti alla "Macroattività Ambulatoriale ad alta Complessità Assistenziale" (MAC), con lo scopo di valutare congruenza di codifica, appropriatezza del regime di erogazione con particolare riguardo alla verifica del setting assistenziale delle MAC riabilitative, qualità della documentazione clinica richiesta dai requisiti organizzativi specifici, appropriatezza dell'essenzone qualora presente;
- presenza sulle impegnative del sospetto/quesito diagnostico formulato in maniera chiara e specifica come indicato nella DGR n. VIII/8501/2008 e smi; 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;
- 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, GdL, ACSS, ecc.;
- ulteriori controlli potranno essere effettuati qualora scaturiscano anomalie di comportamento da parte degli erogatori.

Indicatore: Obiettivo Regionale = **3,5%**, calcolato sulla produzione 2018

VERIFICHE SUI TEMPI DI ATTESA

Il contenimento dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali rappresenta obiettivo prioritario per la XI Legislatura, soprattutto in un contesto di risorse limitate e di un aumento della domanda.

Storicamente le liste di attesa sono un problema complesso e di difficile approccio. L'aumento dell'offerta tout court infatti solo nel brevissimo periodo attenua o risolve il problema del tempo di attesa, mentre nel medio o lungo termine può sortire l'effetto contrario a causa di un incremento di domanda inappropriata indotto dallo stesso incremento di offerta.

L'intervento sulla riduzione dei tempi di attesa, per essere efficace, deve contemplare la verifica dell'appropriatezza prescrittiva da una parte, la migliore organizzazione e gestione dell'offerta da parte degli erogatori dall'altra. La trasparenza e l'accesso alle informazioni sono indispensabili al fine di facilitare l'accesso alle cure e contrastare frequenti rimbalzi sull'opinione pubblica, sovente

imputabili a scarsa od obsoleta conoscenza delle disposizioni in materia: lo sviluppo del Call Center Regionale e il potenziamento del progetto di Monitoraggio dell'Offerta Sanitaria Ambulatoriale (MOSA) rappresentano un fondamentale elemento di razionalizzazione dell'offerta e di facilitazione dell'accesso, nonché opportunità significativa per una pronta risposta al bisogno. La realizzazione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (PNGLA), recentemente approvato e oggetto di progressivo recepimento da parte delle Regioni, rappresenta un impegno comune al fine di convenire su azioni fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva. Il nuovo PNGLA dispone, fra le altre cose:

- l'utilizzo, come strumento di governo della domanda, del modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, che si basa sul coinvolgimento partecipativo dei medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e dei soggetti erogatori, indicando i criteri per l'accesso prioritario alle prestazioni;
- il confronto fra specialisti e prescrittori con una successiva valutazione di concordanza in relazione all'attribuzione delle priorità;
- l'obbligo di indicare chiaramente su tutte le prescrizioni (primi accessi e controlli) il quesito diagnostico;
- l'obbligo di indicare con chiarezza sulla prescrizione se trattasi di primo accesso o di controllo;
- l'obbligo per le prestazioni di primo accesso di indicare la classe di priorità.

All'attuazione del piano di governo dei tempi d'attesa partecipano le diverse articolazioni dell'Agenzia, in funzione delle specifiche competenze.

ATTIVITÀ 2018

Monitoraggio ex ante

Malgrado i limiti del flusso MTA, che non prevede alcuni blocchi automatici potenzialmente utili, è stata perseguita la qualità del dato, con particolare attenzione agli indicatori "data assegnata inferiore a data prenotazione" oppure "data prospettata inferiore a data prenotazione", esitanti entrambi in un tempo d'attesa negativo, al fine di intercettare eventuali errori e consentire all'erogatore di ricaricare il flusso corretto sul portale SMAF.

In occasione di ogni monitoraggio regionale ex ante, effettuato con cadenza mensile, è stato eseguito il controllo relativo alla presenza di tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio erogate dai singoli erogatori: l'assenza di una prestazione che dovrebbe essere stata rilevata è stata puntualmente indagata al fine di ottenere dall'erogatore una correzione del flusso oppure la motivazione di tale omissione. La tempestività di questi controlli consente ad ATS di monitorare lo stato erogativo di tutte le strutture, e dei singoli presidi appartenenti allo stesso ente, anche laddove non si configuri una vera e propria sospensione dell'attività, bensì una semplice interruzione dovuta a motivi organizzativi.

La criticità legata al campo "Codice prescrizione" presente nel tracciato D2 è stata parzialmente risolta, nell'attesa che il campo diventi bloccante, oppure che si opti per l'aggiunta di un campo (per esempio codice IUP), la cui compilazione risulti meno onerosa soprattutto per i grandi erogatori. Al momento, infatti, il numero di ricetta rappresenta uno degli strumenti utili all'identificazione univoca dell'accesso dell'utente.

Nel corso dell'anno è stata eseguita un'intensa attività ispettiva esterna deputata alla conoscenza delle diverse modalità di gestione delle agende di prenotazione sul territorio: sono stati visitati tutti i Centri Unici di Prenotazione (CUP) degli enti erogatori pubblici e privati accreditati e, a conclusione di ogni evento ispettivo, è stato prodotto un verbale, con successiva verifica delle indicazioni di miglioramento fornite. In riferimento a un set di 12 prestazioni ritenute meritevoli di miglioramento nel rispetto dei tempi d'attesa, presso ogni ente erogatore sono state effettuate simulazioni di prenotazione nelle diverse classi di priorità, che hanno confermato l'attendibilità dei dati trasmessi. In occasione di queste visite conoscitive è stata sottolineata l'importanza della corretta compilazione, da parte del personale del CUP, del campo "Prima data prospettata": l'utente, qualora scelga una data diversa da quella che gli viene prospettata, perde infatti la garanzia del tempo massimo previsto dalla classe di priorità apposta sulla ricetta.

È stato altresì svolto il controllo dei siti web di tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati, al fine di monitorare la puntuale pubblicazione dei tempi medi di attesa effettivi e garantire la visibilità dell'offerta sanitaria lombarda.

Monitoraggio ex post

L'analisi dei dati di produzione 2018 riferiti alle strutture ubicate sul territorio di ATS Brescia, desunti dal flusso di rendicontazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui alla circolare 28/SAN (ultimo dato validato regionale), ha evidenziato che le prestazioni relative ai primi accessi (ossia non afferenti a percorsi di follow-up e identificate nel flusso 28/SAN con le tipologie di prestazione O/U) rappresentano l'8.8% del totale erogato. Per quanto attiene all'assegnazione delle classi di priorità, si è osservato un importante incremento nel triennio 2016-2018 delle prestazioni in classe di priorità B (più che triplicate) e in D (circa raddoppiate). Per contro, le prestazioni in urgenza differibile si sono mantenute pressoché stabili, mentre le prestazioni in classe di priorità P sono progressivamente diminuite del 9,4%.

Focalizzando l'analisi alle sole prestazioni oggetto del monitoraggio dei tempi di attesa (tipologia di prestazione O/U), il medesimo confronto triennale evidenzia quanto riportato nella Tabella n.8, confermando in generale l'andamento sopra descritto.

Tabella n. 8

CLASSE PRIORITÀ	2016	2017	2018
B – Prestazioni da eseguirsi entro 10 giorni	14.601	35.002	48.821
D – Procedura da eseguirsi entro 30 giorni per visite e 60 giorni per prestazioni strumentali	20.461	39.898	44.912
P – prestazioni da eseguirsi entro 180 giorni	719.275	679.074	645.433
U – prestazioni da eseguirsi entro 72 ore dalla prenotazione	27.810	25.398	29.030
Totale complessivo	782.147	779.372	768.196

In ATS Brescia il calcolo del raggiungimento, per il 95% dei primi accessi, del tempo obiettivo previsto dalla normativa è stato effettuato attraverso i dati estratti dal flusso 28/SAN (ai sensi DGR X/1845/2014), considerando i giorni solari e non i giorni lavorativi. In occasione degli eventi ispettivi presso i vari CUP, è emerso che le modalità di prenotazione del CCR possono essere diverse a seconda degli accordi stabiliti fra gli stessi erogatori e il CCR stesso, rendendo necessario allineare il criterio di prenotazione del CCR al sistema di conteggio utilizzato dalle ATS.

Alla luce delle novità introdotte dalla LR 23/2015 e del progressivo invecchiamento della popolazione, la presa in carico integrata del paziente cronico rappresenta uno degli aspetti principali di riordino dell'assistenza territoriale e della continuità ospedale/territorio. Nel corso del 2018, secondo i dettami della DGR X/7766 del 17.01.2018, si è promosso presso gli erogatori il ricorso ad agende di prenotazione dedicate, attraverso cui provvedere alle prenotazioni delle prestazioni di controllo declinate nel Piano di Assistenza Individuale (PAI).

Durante tutto il 2018 è stata garantita la collaborazione a Gestione MOSA per quanto riguarda la fruibilità delle informazioni fornite dal sistema informativo regionale al cittadino mediante il costante aggiornamento delle anagrafiche degli enti inseriti nell'offerta sanitaria ambulatoriale di competenza territoriale.

PIANIFICAZIONE 2019

Negoziazione sperimentale di volumi e tipologie di prestazioni

Ai sensi della DGR n. XI/1046 del 17.12.2018, ATS Brescia è stata identificata insieme ad ATS Milano per adottare un nuovo modello di negoziazione sperimentale di volumi e tipologie di prestazioni per alcuni ambiti di specialistica ambulatoriale, finalizzato alla riduzione dei tempi d'attesa. In virtù di tale impegno, la predisposizione e la formalizzazione di piani attuativi di governo dei tempi di attesa è stata prorogata per le ATS coinvolte al 31 marzo 2019. Analogamente, le ASST hanno ricevuto la proroga per la predisposizione e la formalizzazione dei piani aziendali di governo dei tempi di attesa al 30 aprile 2019 per il primo semestre ed entro il 30 settembre per il secondo trimestre 2019.

Nel corso dei mesi di **gennaio e febbraio** è stato condotto un intenso lavoro di analisi e confronto con la DG Welfare e l'ATS di Milano, da cui è scaturito il progetto di una nuova modalità di negoziazione dei volumi e attività per alcuni ambiti di specialistica ambulatoriale.

Le 12 prestazioni proposte inizialmente dalle Regole 2019 sono state confermate, a parte la densitometria ossea, da entrambe le ATS, che hanno convenuto con la DG Welfare di includere, a parità di costi, altre visite ritenute critiche e, solo per ATS Brescia, la colonscopia. Nella Tabella n. 9 si elencano le prestazioni oggetto della sperimentazione nell'ATS Brescia.

Tabella n. 9

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE COMPLETA (DA NTR)	TARIFFA LORDA
4525	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	77,31
88735	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI ; A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	44,87
88722	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A)	61,76
88761	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	71,79
88731	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	40,06
8952	ELETTROCARDIOGRAMMA	11,60
87371	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)	44,87
897A7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA Incluso: osservazione in epiluminescenza	22,50
897A8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	22,50
897A9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	22,50
8913	PRIMA VISITA NEUROLOGICA	22,50
9502	PRIMA VISITA OCULISTICA Incluso: Esame del visus, refrazione con eventuale prescrizione di lenti, tonometria, biomicroscopia, fundus oculi con o senza midriasi farmacologica	22,50
897B8	PRIMA VISITA ORL	22,50
897B7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	22,50
897A3	PRMA VISITA CARDIOLOGICA	22,50

Nel mese di **marzo** sono stati effettuati incontri con gli Enti Erogatori Pubblici (EEP) e con gli Enti Erogatori Privati Accreditati (EEPA) volti a illustrare il rationale del progetto, verificarne la disponibilità a erogare prestazioni aggiuntive fra quelle oggetto della sperimentazione, definendo il potenziale erogativo di ciascuno.

Il sistema pubblico ha risposto molto positivamente, garantendo il 94% delle prestazioni aggiuntive richieste, posto il mantenimento dei volumi prodotti nel 2018. Le prestazioni mancanti potranno essere assorbite dal comparto privato, da cui pure sono giunte tempestivamente le manifestazioni d'interesse.

Per il pubblico il progetto prevede, in funzione dei volumi aggiuntivi richiesti, il reclutamento di risorse umane, argomento già affrontato dalla DGR X/7766 del 17.01.2018 in tema di azioni per il contenimento delle liste di attesa.

Le specifiche inerenti l'attuazione di tale progettualità sono state oggetto di ulteriori confronti con gli erogatori privati nel mese di **aprile**, che hanno portato a soddisfare pienamente le richieste di prestazioni aggiuntive sul territorio di nostra competenza.

Con Decreto n. 5761 del 18.04.2019 la DGW ha provveduto ad autorizzare e finanziare il progetto.

Ulteriori incontri con gli EEP e con gli EEPA hanno preceduto e accompagnato la sottoscrizione dei contratti avvenuta a fine **maggio**.

Regione ha incontrato le rappresentanze di categoria degli EEPA e le rispettive software house fornitrici dei sistemi software di prenotazione, a cui sono state presentate le modalità tecniche adottabili per rendere disponibili le agende alla rete regionale di prenotazione:

- "soluzione integrata" che consiste nel collegamento dei sistemi CUP degli EEPA con i servizi informatici che costituiscono la Rete Regionale di Prenotazione;
- "soluzione ponte" che consiste nel trasferimento delle agende dai sistemi CUP degli EEPA al CUP del Centro Servizi Regionale.

La "soluzione ponte", da considerarsi temporanea, è stata messa a disposizione per anticipare l'attuazione della sperimentazione in attesa della realizzazione delle integrazioni tecniche necessarie per la "soluzione integrata", che dovrà comunque avvenire entro la fine dell'anno in corso.

Nel mese di **maggio**, alle ATS è stato chiesto di raccogliere da parte di ciascun EEPA la modalità scelta per l'attuazione, con le relative tempistiche di attivazione.

Le azioni previste nel progetto di sperimentazione e condivise con gli enti erogatori durante gli incontri, finalizzate a migliorare l'accessibilità, richiedono un approccio integrato che faccia leva sui diversi strumenti gestionali e organizzativi, mantenendo la massima attenzione e operatività in tema di appropriatezza prescrittiva.

Per le prestazioni oggetto di questa negoziazione, il calcolo del raggiungimento del tempo obiettivo previsto sarà effettuato attraverso i dati estratti dal flusso 28/SAN, considerando però soltanto i giorni lavorativi, ossia escludendo le domeniche e i giorni festivi infrasettimanali.

Ulteriori azioni per il governo dei tempi d'attesa

In coerenza con i contenuti della DGR n. X/7766 del 17.01.2018 e della DGR XI/1046 del 17.12.2018, ATS Brescia intende proseguire nei monitoraggi e controlli già avviati, presidiando le azioni indicate nella DGR n. XI/1046 del 17.12.2018, tra cui quelle di seguito elencate.

- Verifica della correttezza e completezza di quanto viene trasmesso dagli enti erogatori, con particolare attenzione alla compilazione di tutti i campi del flusso MTA SMAF.
- Monitoraggio ex post al fine di individuare le eventuali prestazioni erogate fuori dalla soglia prevista, la percentuale e il tempo medio di attesa, nonché scostamenti significativi fra le varie prestazioni o i diversi enti erogatori.
- Verifica della trasparenza, dell'accessibilità e dell'aggiornamento delle informazioni sui tempi d'attesa disponibili sui siti web delle Strutture, anche per ciò che concerne l'adempimento al Decreto Legislativo n. 33 del 14.03.2013 di cui alla nota regionale prot. n. G1.2019.0002844 del 23.01.2019.
- Potenziamento della figura del RUA, chiamato a svolgere un attivo ruolo di coordinamento anche nei casi in cui la struttura scelta dall'utente non sia in grado di garantire la prestazione entro il tempo previsto dalla classe di priorità. Nel caso di assoluta indisponibilità nell'ambito territoriale, la struttura è tenuta a erogare la prestazione in regime libero-professionale o di solvenza, facendosi carico dell'intera tariffa, detratto l'eventuale ticket qualora dovuto dal paziente. Tutti gli enti erogatori sono chiamati a predisporre apposita procedura che descriva la modalità organizzativa prescelta, in rapporto con quanto definito anche dalle proprie procedure interne regolanti la libera professione o la solvenza. Nel caso in cui il cittadino non dovesse accettare la prestazione presso la struttura eventualmente in grado di erogare la prestazione nel tempo dovuto, non potrà fruire di quanto sopra indicato. Al RUA è chiesto altresì di monitorare il corretto rapporto fra attività istituzionale e libero-professionale o di solvenza, rispondendo dell'ottimale utilizzo delle risorse disponibili, e di sincerarsi che le prescrizioni in classe di priorità U o B emesse dal Pronto Soccorso o dagli specialisti interni vengano prioritariamente assicurate nella stessa struttura in cui le stesse sono state generate. Si precisa che quanto sopra riportato non vale soltanto per le prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, ma per ogni prestazione di primo accesso prescritta a cittadino residente sul territorio di competenza di ATS Brescia.
- Necessità di responsabilizzare l'utenza al corretto accesso alle prestazioni, anche con misure di tipo sanzionatorio in caso di non presentazione senza previa disdetta entro tre giorni lavorativi.
- Obbligo per le aziende pubbliche di provvedere all'esposizione di tutte le agende in multicanalità, favorendo il più possibile il canale Cittadino Self-care (on-line e App).
- Obbligo per tutte le strutture pubbliche e private aderenti alla rete di prenotazione di comunicare tutte le notifiche relative agli appuntamenti fissati (primi accessi e controlli) al fine di evitare le prenotazioni multiple e il drop out.
- Sensibilizzazione al cittadino utente affinché si impegni a presentare la richiesta di prenotazione alla struttura in tempi coerenti alla priorità indicata, ricordando che la Deliberazione n. VII/47675 del 29.12.1999 già riportava l'obbligo che una prestazione "urgente differibile" venisse prenotata entro 48 ore dalla prescrizione della stessa.
- Consolidamento dei percorsi di continuità relativi al processo della presa in carico del paziente cronico, anche in considerazione degli indicatori specificamente sviluppati dal gruppo di lavoro Ministero-Regioni, a cui Regione Lombardia ha attivamente partecipato, così come previsto dalla DGR XI/1046 del 17.12.2018.

A far data dal 01.06.2019, il sistema TS (MEF) ha attivato i controlli sulle prestazioni inserite nel nuovo PNGLA 2019-2021: tale controllo prevede che, nel caso di prestazione inserita nel PNGLA,

debba essere obbligatoriamente valorizzato il campo "tipo di accesso" e che, se tipo di accesso =1 (primo accesso), l'apposizione della classe di priorità sia obbligatoria. Soprattutto per le prestazioni strumentali, infatti, la specificazione del tipo di accesso consente una migliore gestione delle liste di attesa in rapporto ai bisogni clinici di ciascun paziente, consentendo inoltre il miglioramento della qualità del dato riportato nel flusso 28/SAN e quindi la fotografia "reale" dei bisogni (corretta compilazione del campo "tipo prestazione" con "O" oppure con "Z").

Anche al fine di estendere le buone pratiche prescrittive a tutte le prestazioni, e non soltanto a quelle inserite nel PNGLA, vi è la necessità, in collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie, di condividere alcune linee di indirizzo per la corretta prioritizzazione delle prestazioni, anche alla luce di quanto proposto dal modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Per quanto attiene alle ulteriori azioni di miglioramento previste nel corso del 2019, si rimanda al decreto del Direttore Generale - ATS Brescia n. 144 del 29.03.2019.

CUSTOMER SATISFACTION

È stato completato il processo di messa a regime della modalità di rilevazione dei questionari di customer satisfaction relativi all'anno 2018 attraverso l'interfaccia SMAF.

Nella fattispecie, sono stati caricati sul portale SMAF 33.990 questionari relativi all'area ambulatoriale, 16.410 relativi all'area di ricovero e 263 relativi al gradimento dei servizi di assistenza specialistica territoriale, suddivisi per le tre aree previste (ospedalizzazione domiciliare cure palliative, telesorveglianza sanitaria domiciliare per pazienti con BPCO, telesorveglianza sanitaria domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco).

Le Strutture che non sono state in grado di raggiungere la numerosità attesa (5 per l'area ambulatoriale e 1 per l'area di ricovero) ne hanno fornita giustificazione ad ATS mezzo PEC.

Nell'anno in corso il Portale SMAF non è ancora stato reso disponibile per l'accoglimento dei questionari di customer satisfaction raccolti dalle strutture da gennaio 2019 a oggi: a tal proposito si resta in attesa di indicazioni da parte di Regione Lombardia, anche in vista della costituzione di un apposito gruppo di lavoro per l'individuazione di strategie per l'implementazione del modello di rilevazione in materia di governo della customer satisfaction, come riportato nella DGR n. XI/1046 del 17.12.2018.

AREA ACCREDITAMENTO SANITARIO

A seguito della formalizzazione nel nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) di ATS Brescia, approvato con D.G.R. n. X/6467 del 10 aprile 2017, il Servizio Autorizzazione Accreditamento delle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie gestisce l'autorizzazione, l'accREDITamento e la vigilanza di tutte le attività sanitarie e socio sanitarie.

In particolare la UO Autorizzazione AccREDITamento Erogatori Sanitari, oltre alle attività sanitarie afferenti alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST Spedali Civili, ASST Garda e ASST Franciacorta), si occupa anche di quelle svolte dalle strutture private per le fattispecie sotto riportate in tabella:

STRUTTURE SANITARIE PRIVATE TERRITORIO ATS DI BRESCIA	
TIPOLOGIA STRUTTURA	N. Strutture autorizzate, accreditate e a contratto
RICOVERO E CURA (SOLO PER ACUTI)	-
RICOVERO E CURA (ACUTI + RIABILITAZIONE)	7
RICOVERO E CURA (SOLO RIABILITAZIONE)	6
DAY SURGERY	5 autorizzate + 1 accreditata
SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO	1 autorizzato + 3 accred./contrat.
UNITÀ DI RACCOLTA SANGUE ASSOCIATIVE	18
STRUTTURE AMBULATORIALI	8
CENTRI DI MEDICINA SPORTIVA	5+1 accreditata
STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRIA	7
STRUTTURE RESIDENZIALI NEUROPSICHIATRIA (NPIA)	2
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRIA	5
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI NEUROPSICHIATRIA (NPIA)	4
TOTALE	68

SINTESI DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEL 2018

Programmazione integrata interventi

E' stato impostato un processo strutturato che si avvale con una stretta rete di collaborazione ed integrazione con gli altri assetti dell'Agenzia per la reciproca segnalazione delle criticità e confronto sulle problematiche evidenziate tra i diversi Servizi/Dipartimenti, affrontati anche attraverso possibili sopralluoghi condivisi o incontri ad hoc.

Particolare attenzione è stata dedicata a migliorare il percorso di condivisione delle procedure per la gestione dei processi comuni nell'ambito del nuovo Servizio Autorizzazione AccREDITamento delle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie interagendo su temi trasversali in comune alle due UUOO.

Utilizzo di ASAN per ispezioni/esiti

E' stata puntualmente utilizzata la piattaforma regionale al fine di garantire la tracciabilità e la compilazione delle istanze e delle verifiche, anche ai fini della gestione del flusso ispezioni/esiti.

Verifica dei requisiti gestionali/organizzativi

In ordine al mantenimento dei requisiti gestionali/organizzativi sono proseguite le verifiche del possesso degli specifici titoli abilitanti per i vari profili professionali del personale sanitario, con particolare riferimento alla copertura di ruoli apicali e/o di rilevanza strategica nell'organizzazione aziendale, ai sensi della normativa nazionale e regionale.

E' stata data prevalente attenzione all'esame delle posizioni di nuova nomina, alle UU.OO. oggetto di istanza/comunicazione/intervento programmato, ovvero su richiesta, alle strutture non recentemente ispezionate e, infine, a quelle che hanno evidenziato negli anni precedenti criticità di carattere gestionale.

Riclassificazione attività di Elettrofisiologia

E' stata effettuata la riclassificazione delle attività di Elettrofisiologia, quale macroattività svolta nel contesto delle UUOO di Cardiologia, sulla base di quanto deliberato nella DGR X/7540/2017.

Servizi trasfusionali e unità di raccolta sangue ed emocomponenti

Si è proceduto al completamento della conferma biennale con verifiche sul mantenimento dei requisiti previsti dall'Accordo Stato-Regioni 16.12.2010 (recepito con DGR IX/3465/2012) e ss.mm.ii. In continuità è stata posta attenzione agli adempimenti del DM Salute del 02.11.2015 "*Disposizioni relative ai requisiti di Qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti*", già avviato nel 2017 presso i SIMT/CLV e le UdR pubbliche e associative.

Ricoveri e specialistica

Sono state effettuate le verifiche come di seguito dettagliato:

- Verifica della corrispondenza tra i posti letto a contratto, tracciati negli assetti accreditati e formalizzati sulla piattaforma ASAN, e le prestazioni erogate per le UUOO per le quali è stata definita una metodologia di interscambio, in particolare con la UO Qualità e Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie;
- Verifica presso n. 2 branche ambulatoriali di Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo-Facciale;
- Verifica presso n. 5 strutture poliambulatoriali, pubbliche e private, per la specialistica ambulatoriale;
- Verifiche presso:
 - n.1 UO di Medicina Generale di una struttura privata
 - n.1 UO di Otorinolaringoiatria di una struttura di ricovero e cura privata accreditata e a contratto per acuti
 - n.1 UUOO di Patologia Neonatale
 - n. 10 UUOO di Cardiologia, pubbliche e private, per le quali si è approfondita la gestione del rischio sulle attività di elettrofisiologia, valutando anche la sicurezza del percorso clinico-assistenziale del paziente durante il periodo di ricovero. In linea con le indicazioni nazionali e regionali, nell'ambito della gestione del rischio clinico, è stata posta particolare attenzione alle criticità rilevate in ordine all'assistenza ed all'erogazione.

Servizi di Medicina di Laboratorio

Sono proseguite le verifiche con specifico piano di monitoraggio su tutti i laboratori, punti prelievo e attività di prelievo, anche sulla base delle segnalazioni e della conseguente valutazione con confronto con il Centro di Riferimento regionale per la qualità dei SMeL (CRESMeL).

Nel corso delle verifiche in loco si è prestata particolare attenzione alle fasi preanalitiche, come espressamente indicato dal CRESMeL e alla dislocazione/gestione delle apparecchiature POCT.

Si è partecipato agli incontri di condivisione dei contenuti del nuovo questionario formulato per le verifiche.

Sintesi

Sono proseguiti i sopralluoghi congiunti ed i confronti con gli altri organismi di vigilanza interni ed esterni all'ATS, quali organi di Polizia, ITL, Ordini delle Professionali Sanitarie e Organi territoriali competenti.

Nella tabella seguente vengono riassunte tutte le tipologie di verifica effettuate nel corso del 2018:

Tipologie di Verifica – Anno 2018	Numero Istruttorie	Procedimenti Sanzionatori
Processi di verifica delle istanze e flussi informativi	20	2
Processi di verifica dei VEQ	36	
Eventi ispettivi/sopralluoghi da piano controlli o da richieste da parte di altri enti o su segnalazioni	15	7
UdR/SIMT	19	
Pareri obbligatori per progetti/finanziamenti pubblici	8	
Verbali di ricognizione/incontro in sede per problematiche specifiche inerenti i requisiti di autorizzazione/accreditamento delle singole Strutture	34	
TOTALE	132	9

Altre verifiche:

Centri per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

E' stato concluso un sopralluogo di verifica sul possesso e sul mantenimento dei requisiti minimi, di cui ai D.Lgs 191/2007 e 16/2010, in un Centro per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) di II livello dai Valutatori Nazionali congiuntamente al CNT, nelle more della definizione dei nuovi requisiti autorizzativi e di accreditamento da parte di Regione Lombardia.

Monitoraggio requisiti strutturali e tecnologici specifici (SGTEC)

Nel corso dell'anno 2016 sono state condotte le verifiche in ordine al cronoprogramma dei lavori di adeguamento previsti per le strutture sanitarie private accreditate a contratto 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.

In prosecuzione a quanto fino ad ora svolto in tal senso, nel 2018 sono state condotte verifiche anche per le strutture sanitarie pubbliche, per le quali si è atteso l'attuazione dei nuovi POAS con la conseguente riorganizzazione.

La documentazione a supporto delle istanze è stata valutata anche in considerazione delle nuove disposizioni normative sopravvenute, soprattutto in materia di prevenzione incendi.

L'espressione di parere alla prosecuzione del percorso di adeguamento dei requisiti per le strutture sanitarie è condizionato, oltre che dalla presentazione dell'istanza di proroga (DGR IX/898/2010) anche dalla documentazione a supporto presentata, in linea con le direttive regionali in materia, soprattutto in ordine al requisito SGTEC01 (protezione antisismica).

Allineamento degli assetti ai POAS delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali

Gli operatori hanno partecipato agli incontri per l'attuazione delle modifiche ai POAS per la realizzazione del conseguente allineamento degli assetti accreditati dell'ASST Spedali Civili, ASST Garda e ASST Franciacorta. La complessa attività, intrapresa nel corso del 2018, è stata conclusa nel corso dei primi mesi del 2019.

Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA)

Con D.D.G. Welfare n. 2955 del 02.03.2018, in attuazione all'intesa Stato-Regioni e province Autonome del 19/02/2015, è stato istituito il regolamento generale dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) lombardo e la relativa Cabina di Regia Regionale, al fine di uniformare il sistema di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie e di rendere omogenei i metodi di gestione del Processo di Accreditazione, mediante la stesura di un Manuale unico regionale.

È stata garantita la partecipazione agli incontri della cabina di regia con la revisione degli attuali requisiti, nonché la partecipazione e il coinvolgimento nell'Audit Ministeriale del giorno 06.11.2018, contribuendo alla redazione dell'aggiornamento del manuale.

Revisione del percorso nascita

È stata realizzata, nel corso del 2018, la revisione della rete materno infantile sul territorio in attuazione con le indicazioni ministeriali (DM 70/2015) e successive disposizioni regionali in materia di riorganizzazione dei punti nascita. Nello specifico è stata ufficializzata la chiusura di un punto nascita presso una struttura privata accreditata e a contratto con numero di nati inferiori a 500, con conseguente afferimento dell'attività ad altro presidio dello stesso ente, garantendo comunque l'assistenza e la continuità del percorso assistenziale alle pazienti.

Collaborazione con Dipartimento PIPSS nell'ambito della revisione del percorso nascita fisiologico e verifica dell'applicazione delle linee di guida ad indirizzo regionale, ai sensi della DGR XI/268/2018.

Sempre nell'ambito della rete materno infantile è stata rivisitata e formalizzata la rete dell'assistenza al bambino in condizioni critiche, attuando le verifiche necessarie a classificare i presidi ospedalieri e delle strutture di ricovero e cura nell'ambito della rete.

Reti clinico-assistenziali

Sono stati raccolti e condivisi con la Direzione Socio Sanitaria gli audit condotti nell'ambito delle reti clinico-assistenziali dalle tre ASST in collaborazione con il Dipartimento PIPSS, verificandone anche la corrispondenza con gli assetti accreditati.

PIANIFICAZIONE 2019

Criteri generali per la programmazione delle verifiche

Per ciascuna struttura presente sul territorio di competenza della ATS è stata effettuata una valutazione del rischio. Il risultato di tale valutazione è una scala di graduazione, secondo cui verranno articolate le verifiche in relazione ad uno o più dei seguenti criteri:

- Tipologia/ambito di attività erogata
- Periodo più lungo intercorso dall'ultima vigilanza (periodicità di cinque anni prevista dalla normativa vigente)
- Criticità riscontrate in ambito sia gestionale/organizzativo che strutturale nelle vigilanze precedenti che hanno portato a diffide e sanzioni
- Approfondimenti a seguito di notizie o segnalazioni.

Nella programmazione si prevede di effettuare ogni anno un numero di verifiche indicativamente di almeno il 20% delle strutture esistenti, in modo da garantire almeno un accesso in ogni presidio di erogazione nel corso del quinquennio.

Infine, si considereranno aspetti legati a criticità evidenziate da eventuali segnalazioni pervenute da Autorità, altri Servizi dell'ATS di Brescia o direttamente dal cittadino.

Si prevede di proseguire i sopralluoghi congiunti ed i confronti con gli altri organismi di vigilanza interni ed esterni all'ATS, quali organi di Polizia, ITL, Ordini delle Professionali Sanitarie e Organi territoriali competenti.

Verifica dei requisiti gestionali/organizzativi

In ordine al mantenimento dei requisiti gestionali/organizzativi continueranno le verifiche del possesso degli specifici titoli abilitanti per i vari profili professionali del personale sanitario delle Strutture, 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 UUOO oggetto di istanza/comunicazione/intervento programmato, ovvero su richiesta, alle strutture non

recentemente ispezionate e, infine, a quelle che hanno evidenziato negli anni precedenti criticità di carattere gestionale.

La verifica dei requisiti gestionali approfondirà altresì gli aspetti correlati alla recente istituzione dell'ordine delle professioni sanitarie tecniche della riabilitazione e della prevenzione ex D.M. 13.03.2018.

Programmazione integrata interventi

Anche per il 2019 si adotterà il processo strutturato esistente per la reciproca segnalazione delle criticità e per il relativo confronto delle problematiche evidenziate tra i diversi Servizi/Dipartimenti dell'ATS, in particolare con la UO Qualità e Appropriatezza, affrontate anche attraverso possibili sopralluoghi o incontri condivisi.

Nel corso del 2019 si continuerà con la verifica di congruenza tra assetti accreditati e a contratto e le prestazioni erogate con il SSR.

UUOO POLIAMBULATORIALI

Si continuerà altresì in sinergia con la UO Qualità e Appropriatezza delle Prestazioni delle Strutture Sanitarie per le operazioni di monitoraggio delle prestazioni erogate in regime di solvenza e/o libera professione al fine d'intercettare i casi in cui erroneamente la struttura selezioni prestazioni da garantire esclusivamente in regime privatistico all'interno di specialità o branche ambulatoriali accreditate.

SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

In ordine ai Servizi di Medicina di Laboratorio, verranno controllati, integrandosi con gli altri servizi competenti del Dipartimento quanto previsto dalla D.G.R. n. X/5954/2016, che prevede per le strutture che erogano solo prestazioni ambulatoriali, ad esclusione degli IRCSS, le seguenti soglie minime di produzione in sede:

- almeno 100.000 prestazioni per i laboratori di base e i laboratori di base con sezioni specializzate;
- almeno 10.000 prestazioni per i laboratori specializzati in Biochimica clinica e tossicologia, o in Microbiologia e Virologia, o in Ematologia ed Emocoagulazione, con o senza punti prelievo.

Le strutture autorizzate o accreditate non a contratto devono dimostrare il raggiungimento del numero minimo delle prestazioni in sede, di cui alla D.G.R. n. X/6505/2017, che sarà verificato alla fine del 2019 secondo le specifiche indicazioni regionali. Si precisa che il mancato raggiungimento delle soglie minime succitate potrà comportare alla revoca dell'autorizzazione e dell'accreditamento.

UU.OO. ALTA SPECIALITÀ E CENTRI DI SENOLOGIA

Per le UUOO di Alta Specialità e per i Centri di Senologia del territorio si prevede, nel corso del 2019, la verifica sulla base dei volumi minimi previsti dal D.M. 70/2015, recepito dalla DGR IX/4873/2016, nella direzione della programmazione e la riorganizzazione delle stesse. In particolare per i Centri di Senologia si prevede la verifica dell'applicazione degli standard della DGR X/5119/2016, mentre per le alte specialità si demanda alle ulteriori specifiche indicazioni regionali.

RETI CLINICO-ASSISTENZIALI

Si prevede la possibilità di interazione a supporto degli altri assetti organizzativi dell'Agenzia per gli adempimenti di competenza in ordine alla rivisitazione delle nuove reti clinico-assistenziali come da DGR XI/1694/2019.

Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate

Come stabilito dal decreto del Ministero della Salute del 22 aprile 2014 l'alimentazione del flusso informativo è obbligatorio per le Strutture Sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate.

Si prevede di procedere con il monitoraggio affinché gli Enti procedano alla corretta alimentazione del flusso informativo NSIS ed all'aggiornamento delle grandi apparecchiature già inserite seguendo le istruzioni già presenti nel portale ministeriale, sia per le strutture pubbliche che per le strutture private.

Verrà verificato e certificato anche il corretto e completo caricamento dei dati relativi alle grandi apparecchiature delle strutture private accreditate e non accreditate con specifica relazione conclusiva .

Revisione assetti accreditati su ASAN

Relativamente all'accreditamento delle strutture sanitarie per il 2019 si è conclusa la revisione degli assetti accreditati presenti in ASAN, attraverso la verifica del pieno allineamento tra assetto accreditato e organizzazione delle strutture di Ricovero e Cura in essere, che per le strutture Pubbliche è anche definita dai POAS approvati nel corso del 2017 e dalle modifiche e integrazioni intervenute del 2018.

Si prevede di monitorare e verificare le attività accreditate e a contratto che risultano sospese, che devono avere adeguata motivazione approvata dalla ATS, al fine di evitare dati di attività e strutturali non coerenti con gli assetti accreditati.

Si prosegue con l'utilizzo della piattaforma regionale ASAN al fine di garantire la tracciabilità e la compilazione delle istanze e delle verifiche, anche ai fini della gestione del flusso ispezioni/esiti.

Organismo Tecnicamente Accreditante

Entro il 31.12.2019 la Cabina di Regia ha tra i suoi obiettivi la conclusione del lavoro di analisi, allineamento, ai 28 requisiti previsti dal Disciplinare con i requisiti già presenti nel gestionale ASAN. In particolare verrà costituito un tavolo che coinvolgerà le Direzioni Sanitarie e gli Uffici Qualità delle strutture di ricovero e cura per un'analisi condivisa delle evidenze riferite a ciascun requisito, finalizzato alla realizzazione di linee guida che potranno essere utilizzate dalle strutture per un'autovalutazione e l'individuazione di aree di miglioramento, e dagli operatori ATS per uniformare le modalità di verifica. I processi di autorizzazione, di messa in esercizio e di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, nonché i requisiti minimi autorizzativi e di accreditamento generali e specifici sono definiti, anche nelle modalità di assolvimento, dalla Giunta Regionale, così come previsto dalla L.R. n. 33/09.

Ricoveri e specialistica

Le verifiche previste sulla base della necessità di conferma quinquennale del mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento, proseguono in continuità al piano controlli del 2018, come di seguito riportato:

- Verifica della specialistica ambulatoriale;
- Verifica presso le UUOO/Dipartimenti medici e/o chirurgici nelle strutture di ricovero e cura per acuti, pubbliche e private, valutando anche la sicurezza del percorso clinico-assistenziale del paziente durante il periodo di ricovero nonché, per le strutture che ne faranno richiesta, riguardo il rinnovo dell'idoneità relativa alla conduzione di sperimentazioni cliniche, secondo la normativa vigente, al fine del mantenimento dei requisiti.

In linea con le indicazioni nazionali e regionali la valutazione, nell'ambito della gestione del rischio clinico, particolare attenzione sarà rivolta alle criticità rilevate in ordine all'assistenza ed all'erogazione, utilizzando come guida 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.)?"*

Verifica strutture per la Salute Mentale (NPIA e Psichiatria)

Sulla base della valutazione del rischio effettuata, è in corso di attuazione un piano di vigilanza specifico per le strutture riguardanti l'attività della Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza. Saranno effettuati i controlli presso le strutture di ricovero e cura degli Enti e presso le strutture di psichiatria e neuropsichiatria territoriali ponendo particolare attenzione, oltre ai requisiti specifici di accreditamento, all'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali sul governo clinico, la qualità e la sicurezza delle cure.

È stata intrapresa la riclassificazione delle strutture SRP-3-CPB secondo le indicazioni ministeriali e le regole di sistema.

Servizi trasfusionali e unità di raccolta sangue ed emocomponenti

Si effettueranno le verifiche di conferma biennale 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", dei SIMT/CLV, delle relative UdR e di quelle a valenza associativa.

Servizi Medicina di Laboratorio

Con la DGR X/7466/2017 sono stati definiti i requisiti minimi organizzativi e strutturali delle attività di Genetica Molecolare e di Citogenetica, in base alla quale è stata conclusa la verifica dell'applicazione dei nuovi requisiti.

Alla luce della DGR XI/772/2018 verranno effettuati i dovuti controlli riclassificando gli SMEL che svolgono attività di Anatomia Patologica.

Proseguiranno le verifiche, riguardante in particolare le Valutazioni Esterne e Interne di Qualità, anche sulla base delle segnalazioni e della conseguente valutazione con confronto con il Centro di Riferimento regionale per la qualità degli SMEL (CRESMEL).

Verifica Presidi Ospedalieri nella rete dell'Emergenza Urgenza

Si procederà con la verifica dei Presidi Ospedalieri nella Rete dell'Emergenza Urgenza, in particolare con riferimento ai DEA di II livello, secondo quanto previsto nella DGR n. XI/1046/2018 e nella DGR XI/1179/2019, secondo anche le modalità condivise nel contesto dell'Organismo Tecnicamente Accreditante e le indicazioni regionali.

Ridefinizione delle attività dei Presidi Ospedalieri

Nel corso dell'anno si darà attuazione a quanto previsto dallo specifico gruppo di lavoro tecnico, attivato e coordinato dalla Direzione Generale della ATS di Brescia in condivisione con la ASST Franciacorta, per la ridefinizione delle attività del Presidio di Iseo. La UO Autorizzazione Accreditamento Erogatori Sanitari procederà con le verifiche degli standard di accreditamento e con la gestione delle conseguenti modifiche all'assetto organizzativo funzionale accreditato.

AREA CURE PRIMARIE

DATI DI CONTESTO

Gli operatori delle Cure Primarie nel corso del 2018 hanno proseguito le attività finalizzate a garantire appropriatezza, continuità, sistematicità ed economicità dei servizi, a consolidamento della nuova organizzazione territoriale e del Sistema di Programmazione e Controllo avviato nella seconda metà del 2017 con una previsione triennale.

Al 31 dicembre 2018 erano attivi in ATS Brescia:

- **712** Medici di Medicina Generale di cui 471 in forma associativa
- **127** Pediatri di Famiglia di cui 83 in forma associativa
- **193** Medici di Continuità Assistenziale attivi in 29 postazioni

I controlli relativi all'attività dei MMG e PDF (Verifica mantenimento dei requisiti ACN) sono stati effettuati per 147 MMG e 38 PDF raggiungendo nel ciclo triennale il 46,6% dei MMG e il 47,9% dei PDF.

Per le seguenti prestazioni aggiuntive, sono stati verificati nel piano 2018:

ADP:

- 256 MMG (351 MMG controllati nel ciclo triennale pari al 68%)
- 9 PDF (20 PDF controllati nel ciclo triennale pari al 100%)

ADI:

- 98 MMG (254 MMG controllati nel ciclo triennale pari al 95%)
- 15 PDF (22 PDF controllati nel ciclo triennale pari al 100%)

PPIP:

- 135 MMG (269 MMG controllati nel ciclo triennale pari al 53%)
- 106 PDF (135 PDF controllati nel ciclo triennale pari al 100%)

SINTESI DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEL 2018**Monitoraggio Prestazioni extra (PPIP, ADP, APA, ADI)**

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi	Rendicontazione attività 2018
<p>ADP/ADI. Verifica corrispondenza tra quanto autorizzato e quanto rendicontato e ed effettivamente realizzato</p>	<p>Il personale amministrativo mensilmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verifica che per i pazienti rendicontati siano stati autorizzati gli accessi; - verifica che il numero di accessi rendicontati sia coerente con quanto autorizzato; <p>Il medico dell'area Cure Primarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua interviste telefoniche ad utenti 	<p>Verifica di tutti i medici e pediatri nel ciclo triennale 2017-2019</p>	<p>Controlli di tipo amministrativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 626 MMG e PDF con attivazione ADI/ADP: per tutti i MMG/PDF sono state effettuate le verifiche amministrative <p>Controllo della veridicità di quanto rendicontato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4141 controlli a pazienti in ADP - 322 controlli a pazienti in ADI <p>Numero MMG/PDF verificati nel 2018:</p> <p>ADP: 256 MMG e 25 PDF ADI: 98 MMG e 26 PDF</p> <p>Nell'ambito del sistema di controllo triennale sono stati controllati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADP: 351 MMG pari al 68%, 20 PDF pari al 100% - ADI: 254 MMG pari al 95% e 22 PDF pari al 100%
<p>PPIP. Verifica corrispondenza tra quanto rendicontato ed effettivamente realizzato</p>	<p>Verifica effettuazione prestazioni tramite contatto con l'utenza</p>	<p>Verifica di tutti i medici e pediatri nel ciclo triennale 2017-2019</p>	<p>Numero controlli effettuati: 1584</p> <p>Medici controllati: 135 MMG e 106 PDF Nel ciclo triennale sono stati controllati 269 MMG pari al 53% e 135 PDF pari al 100%</p>

APA. 1) Verifica appropriatezza	1) Verifica che la patologia/condizione per cui il medico richiede l'attivazione degli accessi sia compatibile con quanto previsto dal protocollo APA	1) Verifica del 100% dell'appropriatezza attivazioni APA	1) Sono state controllate tutte le APA in fase di autorizzazione.
2) Verifica corrispondenza tra quanto rendicontato e ed effettivamente realizzato	2) Verifica della congruenza degli accessi rendicontati con i cedolini firmati dal genitore	2) Verifica di tutti i medici nel ciclo triennale 2017-2019	2) Sono state controllate un numero di accessi APA pari a 4422 nel 100% dei PDF con APA attivati

Monitoraggio dei controlli attività dei MMG/PDF

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi	Rendicontazione attività 2018
Verifica mantenimento dei requisiti ACN: <ul style="list-style-type: none"> - Verifiche allegato L - Verifiche orari ambulatorio - Verifica attività collaboratori di studio - Verifiche fondo A e B 	Accesso diretto presso ambulatorio Verifica presso sede ATS (controllo documentale)	Verifica di tutti i medici e pediatri nel ciclo triennale 2017-2019	Numero medici verificati nel 2018: <ul style="list-style-type: none"> - 147 MMG - 38 PDF Numero medici verificati nel ciclo triennale (% sul totale): <ul style="list-style-type: none"> - 331 MMG (46.6%) - 58 PDF (47.9%)

Monitoraggio dei consumi farmaceutici

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi	Rendicontazione attività 2018
Verifica della eventuale iperprescrizione farmaceutica	Convocazione, verifica e sensibilizzazione dei MMG/PDF individuati come iperprescrittori	Convocazione, verifica e sensibilizzazione del 100% dei MMG/PDF individuati come iperprescrittori dalla Direzione Sanitaria (servizio farmaceutico)	59 MMG identificati come iperprescrittori: <ul style="list-style-type: none"> - 55 MMG convocati e stesura del relativo verbale - 3 MMG cessati - 1 MMG convocato e sensibilizzato senza stesura del verbale perché neoinserto 100% dei MMG convocati, verificati e sensibilizzati
Ricette con nota AIFA errate	Verifica ed eventuale regolarizzazione con i MMG/PDF delle ricette con note AIFA errate	Verifica del 100% delle ricette con nota AIFA errata ricevuta dalla Direzione Sanitaria (servizio farmaceutico).	MMG/PDF: 241 ricette da rettificare: <ul style="list-style-type: none"> - 224 ricette rettificate; - 17 ricette non rettificate: <ul style="list-style-type: none"> - 5 relative a due MMG che non hanno regolarizzato le ricette e sono stati sanzionati con il recupero delle quote relative ai farmaci prescritti. - 1 relativa a un MMG cessato - 10 ricette per le quali i MMG non hanno ritenuto di dover modificare la nota in quanto la prescrizione è stata

			<p>effettuata in ottemperanza alle note AIFA indicate, dato verificato col Servizio Farmaceutico</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 ricetta relativa a un farmaco prescritto con nota corretta a cui è stata applicata una fustella di altro farmaco. <p>MCA/Medici Guardia Turistica: 41 ricette da rettificare</p> <ul style="list-style-type: none"> - 39 ricette rettificate; - 4 ricette non rettificate relative a medici non rintracciabili in quanto non più operanti presso ATS Brescia
--	--	--	---

Monitoraggio Servizio di Continuità Assistenziale

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi	Rendicontazione attività 2018
Verifica della presenza e rispetto orari di servizio	<p>Accesso diretto alle postazioni</p> <p>Verifica tramite applicativo SISCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Almeno n. 1 verifica per postazione per trimestre mediante accesso diretto - Verifica mensile di tutte le postazioni 	<ul style="list-style-type: none"> - Sono stati effettuate presso le sedi 57 verifiche con accesso diretto, coprendo la totalità delle sedi. In assenza di criticità è stato scelto di effettuare un accesso al semestre privilegiando altre tipologie di controllo - Tramite SISCA sono stati controllati il 100% delle presenze dei Medici in servizio e il 100% degli orari di servizio effettuati, con il riscontro di 74 anomalie
Verifica ricezione telefonica delle postazioni	Contatto telefonico delle postazioni	<ul style="list-style-type: none"> - almeno 1 verifica nel mese 	<ul style="list-style-type: none"> - Sono stati effettuati 80 controlli
Verifica completezza registrazione interventi	Accesso tramite SISCA	<ul style="list-style-type: none"> - almeno n. 1 MCA/Mese 	<ul style="list-style-type: none"> - sono state verificate 70 registrazioni di interventi con il riscontro di una sola anomalia
Verifica condizioni mancato utilizzo programma SISCA	In caso di mancato funzionamento del programma	Verifica di tutte le situazioni di mancato funzionamento del programma	<ul style="list-style-type: none"> - sono state ricevute 61 segnalazioni di malfunzionamento temporaneo del programma e riscontrate 4 condizioni di effettivo malfunzionamento

PIANIFICAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2019

L'attività di verifica e controllo per il 2019 proseguirà in continuità con gli anni precedenti secondo quanto stabilito nel piano triennale del "Sistema di Programmazione e Controllo delle Cure Primarie dell'ATS di Brescia" salvo possibili modifiche delle modalità di controllo delle prestazioni aggiuntive a seguito dell'introduzione di un sistema informatizzato di gestione delle autorizzazioni e delle rendicontazioni dei MMG/PDF.

I controlli saranno effettuati nelle seguenti aree:

- Monitoraggio dell'attività di MMG/PDF in particolare nel mantenimento dei requisiti ACN
- Monitoraggio dei consumi farmaceutici in collaborazione col Servizio Farmaceutico
- Monitoraggio delle prestazioni aggiuntive (ADP, ADI, PPIP, bilanci di salute, APA)

- Monitoraggio dell'attività della Continuità Assistenziale
- Monitoraggio indici di prescrittività SISS e DEM
- Iscrizione minori stranieri nel SSR

Sulla base dell'analisi dei rischi le attività di controllo si concentreranno in particolare per l'anno 2019 sul mantenimento dei requisiti noti previsti da ACN e da quelli introdotti dagli AIR. L'introduzione di una piattaforma informatica consentirà al Dipartimento di effettuare, in particolare per le prestazioni aggiuntive, un'attività di controllo ancor più puntuale e mirata.

Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione	Azioni previste	
				Tipologia di controllo	Indicatore di misurazione
MMG e PDF	Verifica mantenimento dei requisiti ACN e AIR	1) Verifiche allegato L 2) Verifica attività collaboratori di studio 3) Verifica requisiti FA 4) Verifiche fondo A e B	Tutti i MMG (punti 2, 3,4) Tutti i MMG/PDF neoinseriti (tutti i punti) MMG/PDF con richiesta di inserimento in FA o richiesta di indennità collaboratori (punti 2 e/o 3)	Verifica documentale Per attivazione FA verifica nell'ambulatorio del MMG/PDF	100% MMG e PDF secondo i punti indicati 100% stesura del verbale di sopralluogo
MMG e PDF	Verifica mantenimento dei requisiti ACN e AIR	Verifica ambulatorio medico, orari di studio, rispetto della privacy	MMG e PDF secondo piano triennale di sopralluogo	Sopralluogo presso ambulatorio	Almeno il 30% dei MMG/PDF attivi al 31.12.2018
MMG e PDF	Verifica corretta attivazione, rendicontazione e remunerazione prestazioni aggiuntive	Verifica ADI e ADP	Tutti i MMG e PDF con attivazione ADI e ADP	Verifica amministrativa: - verifica che per i pazienti rendicontati siano stati autorizzati gli accessi; - verifica che il numero di accessi rendicontati sia coerente con quanto autorizzato; Verifica effettuazione ADI e ADP mediante interviste agli assistiti	Verifica amministrativa per tutte le ADI/ADP attivate Verifica per almeno il 30% dei MMG/PDF con ADI/ADP attivate
MMG e PDF	Verifica PPIP	Verifica congruenza tra rendicontato / realizzato	Tutti i MMG e PDF con rendicontazione PPIP	Verifica effettuazione prestazioni mediante interviste agli assistiti	Verifica per almeno il 30% dei MMG/PDF con PPIP attivate
PDF	Verifica appropriatezza APA	Verifica che la patologia/condizione per cui il medico richiede l'attivazione degli accessi sia compatibile con	Tutti i PDF con attivazioni APA	Verifica documentale sulle proposte di attivazione APA	100% richieste di attivazione APA

		quanto previsto dal protocollo APA Verifica della congruenza degli accessi rendicontati con i cedolini firmati dal genitore		Verifica documentale	Verifica dei cedolini in almeno il 10% dei PDF
MMG PDF	Monitoraggio dei consumi farmaceutici	Verifica della eventuale ipo-prescrizione farmaceutica	Tutti i MMG/PDF secondo reportistica del servizio farmaceutico	Colloquio e verbalizzazione con MMG/PDF	Convocazione, verifica e sensibilizzazione del 100% dei MMG/PDF individuati
MMG PDF	Monitoraggio dei consumi farmaceutici	Ricette con nota AIFA errate	Tutti i MMG/PDF secondo reportistica del servizio farmaceutico	Colloquio con MMG/PDF ed eventuale rettifica delle ricette	Verifica del 100% delle ricette con nota AIFA errata
MMG PDF	Monitoraggio dei consumi farmaceutici	Monitoraggio prescrizione farmaci a brevetto scaduto	MMG/PDF con prescrizione di farmaci equivalenti inferiore a media ATS	Sensibilizzazione MMG/PDF interessati tramite colloquio/invio comunicazione	100% sensibilizzazione MMG/PDF individuati
MMG/PDF	Monitoraggio indici di prescrittività SISS e DEM	Verifica corretta prescrizione SISS/DEM	MMG/PDF con percentuale SISS/DEM inferiore media ATS	Sensibilizzazione MMG/PDF interessati tramite colloquio/invio comunicazione	100% sensibilizzazione MMG/PDF individuati
MCA	corretta gestione delle postazioni	Verifica della corretta applicazione delle regole di gestione fornite	Tutte le postazioni	Accesso diretto presso la postazione	2 accessi all'anno per postazione
MCA	Rispetto orari di servizio	Verifica della copertura dei turni e del rispetto degli orari di servizio	Tutte le postazioni	Controllo mensile tramite SISCA	100% dei turni
MCA	utilizzo programma registrazione interventi	Verifica completezza registrazione interventi	Tutte le postazioni	Controllo mensile tramite SISCA	Almeno 2 MCA al mese per distretto ATS
ASST del territorio	Iscrizione minori stranieri nel SSR	Verifica andamento questa tipologia di assistiti	Tutte le ASST del territorio	Invio report semestrale con dati di iscrizione	100% ASST con completezza invio dati

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO

ATTIVITÀ 2018

Nel corso del 2018, come previsto dalla norma, è stata istituita la "Commissione Tecnica permanente per la gestione dei rapporti Gestore/Paziente e delle procedure relative all'attuazione del Percorso di presa in carico" (Decreto ATS n. 104 del 22.02.2018) con il compito di verificare le procedure implementate, di gestire eventuali contenziosi o motivate sostituzioni del gestore, di valutare eventuali richieste di aggravamento delle patologie e delle eventuali riclassificazioni e

reindirizzato ad altro nodo della rete, nonché la valutazione di ogni altra ulteriore verifica che si rendesse necessaria.

La Commissione si è riunita in data 17.10.2018 (Verbale rep. n. 2685/2018) e nel corso dell'incontro sono state analizzate le segnalazioni pervenute da parte di tre Enti erogatori (1 mancata sottoscrizione del patto di cura e quindi mancata presa in carico per errata indicazione della patologia principale, 5 interruzioni del patto di cura dopo sottoscrizione del relativo PAI e 1 revoca del Patto di cura).

Sono state attivate le procedure di verifica e pagamento dei PAI validati del 2018, sulla base delle indicazioni regionali: si è effettuata una verifica degli algoritmi di validazione proponendo e ottenendo una revisione degli stessi affinché fossero allineati con l'effettiva appropriatezza prescrittiva rispetto alla patologia e livello attribuito ai pazienti cronici.

Con Decreto ATS n. 207 del 29.04.2019 è stata disposta la liquidazione del 75% del valore dei PAI validati al 31.12.2018, come indicato nelle tabelle seguenti:

PERIODO I SEMESTRE 2018

ENTE GESTORE	N. PAI validi Liv. 1 (35€/cad.)	N. PAI validi Liv. 2 (30€/cad.)	N. PAI validi Liv. 3 (25€/cad.)	Totale N. PAI	Totale Valore (esclusa IVA)	Acconto 75% I semestre 2018 (con IVA 22%)
Brescia Way Società Cooperativa	59	531	584	1.174	32.595,00 €	29.824,43 €
C.M.T. - Cooperativa Medicina Territoriale - Società Cooperativa	0	41	30	71	1.980,00 €	1.811,70 €
Iniziativa Medica Lombarda I.M.L. - Società Cooperativa per Azioni	13	149	145	307	8.550,00 €	7.823,25 €
In.Salute Società Cooperativa Sociale a Responsabilità Limitata	188	1.956	2.132	4.276	118.560,00 €	108.482,40 €
	260	2.677	2.891	5.828	161.685,00 €	147.941,78 €

PERIODO II SEMESTRE 2018

ENTE GESTORE	N. PAI validi Liv. 1 (35€/cad.)	N. PAI validi Liv. 2 (30€/cad.)	N. PAI validi Liv. 3 (25€/cad.)	Totale N. PAI	Totale Valore (esclusa IVA)	Acconto 75% II semestre 2018 (con IVA 22%)
Brescia Way Società Cooperativa	107	1.632	1.618	3.357	93.155,00 €	85.236,83 €
C.M.T. - Cooperativa Medicina Territoriale - Società Cooperativa	0	52	59	111	3.035,00 €	2.777,03 €
Iniziativa Medica Lombarda I.M.L. - Società Cooperativa per Azioni	70	651	688	1.409	39.180,00 €	35.849,70 €
In.Salute Società Cooperativa Sociale a Responsabilità Limitata	75	583	665	1.323	36.740,00 €	33.617,10 €
Pediatriuniti Società Cooperativa		0	1	1	25,00 €	22,88 €
	252	2.918	3.031	6.201	172.135,00 €	157.503,53 €

Si procederà successivamente ad un conguaglio dei pagamenti del 2018 sulla base del nuovo algoritmo di validazione regionale.

PIANIFICAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2019

La composizione della "Commissione Tecnica permanente per la gestione dei rapporti Gestore/Paziente e delle procedure relative all'attuazione del Percorso di presa in carico" è stata aggiornata con Decreto ATS n. 279 del 27.05.2019 affinché possa, fra l'altro, estendere le attività di verifica.

Al 25.06.2019 sono attive 5 Cooperative di MMG/PLS, come segue:

COOPERATIVA	MMG	PLS	Totale	N. PAI (al 25.06.2019)
BRESCIA WAY	97	-	97	5.828
CMT (BS)	10	1	11	253
IML (BS)	51	-	51	2.846
IN.SALUTE (BS)	134	-	134	7.573
PEDIATRIUNITI (BS)	-	66	66	16
Totale	292	67	359	16.516
<i>% sul totale MMG/PLS</i>	<i>41%</i>	<i>55%</i>	<i>43%</i>	

Azioni previste

- ricezione giornaliera da parte LISPA dei dati aggiornati dei PAI predisposti e sottoscritti dai gestori che operano sul territorio di Brescia;
- monitoraggio sistematico dell'andamento e dei contenuti dei PAI e ad un periodico confronto con i gestori, finalizzato a migliorarne la qualità e la completezza nonché alla costante estensione della platea dei cittadini e MMG/PLS coinvolti;
- sistema di monitoraggio integrato permanente, focalizzato sulle malattie croniche mediante l'elaborazione della Banca Dati Assistiti (BDA), strumento utilizzato anche per la verifica della stratificazione annuale dei pazienti cronici indicati quali target della presa in carico.

Al fine di dare compimento alle verifiche finalizzate a garantire gli impegni contrattuali dei gestori, si è proceduto alla predisposizione di una check list, somministrata alle Cooperative di MMG/PLS, atta ad evidenziare le modalità in essere per le attività di: prenotazione delle prestazioni, monitoraggio dell'esecuzione del PAI, gestione delle agende.

In attesa delle prossime indicazioni regionali per l'effettuazione dei controlli nell'ambito della presa in carico, proseguirà l'attività di accompagnamento degli Enti Gestori, in particolare delle Cooperative dei MMG/PLS, al fine di facilitare la loro interazione con gli Erogatori, anche mediante il monitoraggio periodico dell'andamento delle prestazioni prenotate attraverso agende dedicate ai pazienti con PAI.

Con la sottoscrizione degli obiettivi contrattuali 2019, è stata richiesta la messa a disposizione da parte degli erogatori coinvolti nel percorso di presa in carico, di agende dedicate per la prenotazione delle prestazioni prescritte nei PAI da parte delle Cooperative dei MMG/PLS.

AREA PROTESICA MAGGIORE

Con Decreto D.G. ATS n. 571 del 29.09.2017, in ottemperanza alla DGR n. X/6917 del 24.07.2017, è stato istituito un Team multidisciplinare cui affidare la gestione dell'attività integrativa e protesica di competenza dell'Agenzia ed è stata istituita la Commissione ispettiva

deputata alla vigilanza sui fornitori di protesica (composta da farmacista e tecnico della prevenzione UPG) e la Commissione deputata alla vigilanza sui Centri di Prescrizione (composta da medico igienista e tecnico della prevenzione UPG).

Regione Lombardia aveva 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, indicando l'iniziale applicazione tramite autocertificazione e 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").

In attesa di nuove determinazioni regionali in ordine ai criteri di accreditamento dei fornitori da emanarsi ai sensi del DPCM 12.01.2017 di introduzione dei Nuovi LEA e del Nuovo Nomenclatore di Protesica, l'attività di controllo verrà attuata avendo a riferimento la normativa regionale sopra menzionata e tutt'ora vigente.

In considerazione del numero di Fornitori e Centri di Prescrizione da sottoporre a controllo, a partire dall'anno 2019 l'attività di vigilanza viene pianificata su un ciclo triennale (almeno un controllo per ciascun Fornitore / Centro di Prescrizione già attivo ogni 3 anni), a cui si aggiunge l'attività di vigilanza sui Fornitori di nuovo inserimento.

DATI DI CONTESTO al 01.01.2019

- **30** Centri di prescrizione attivi di cui **16** afferenti alle Strutture ospedaliere pubbliche e **14** afferenti alle Strutture ospedaliere private accreditate.
- **829** Prescrittori abilitati alla prescrizione on-line in ASSIST@NT-RL, di cui:
606 Specialisti; **89** MMG; **134** Medici di RSA
- **73** Ditte fornitrici di ausili, presidi e protesi di cui all'Elenco 1 – Allegato 5 – DPCM 12.01.2017:
 - n. **25** Aziende Ortopediche
 - n. **27** Aziende Audioprotesiche
 - n. **21** Esercizi di Ottica

SINTESI ATTIVITA' 2018

Obiettivi	Indicatori quantitativi	Rendicontazione al 31.12.2018
<p>Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva protesica [punto 6.1 a) DGR n. X/6917/2017]</p> <p>Gestione Elenchi Prescrittori protesica</p> <p>Aggiornamento e adozione formale, a cadenza trimestrale, dell'elenco degli Specialisti Prescrittori di assistenza protesica, su richiesta delle Strutture ospedaliere.</p> <p>Aggiornamento su database dell'Agenzia dell'elenco dei MMG e MRSA abilitati alla prescrizione protesica on-line.</p> <p>Attribuzione credenziali estese</p>	<p>n. 4 determinazioni di aggiornamento dell'elenco dei prescrittori, con pubblicazione sul sito istituzionale di ATS.</p> <p>verifica e aggiornamento in Assist@nt-RL del 100% dei medici abilitati alla prescrizione protesica (Specialisti, MMG e MRSA), con aggiornamento dei rispettivi database interni.</p>	<p>Il Servizio Farmaceutico provvede all'aggiornamento formale dell'Albo dei Prescrittori (100%) a cadenza trimestrale, su istanza delle Strutture erogatrici, con verifica preventiva della credenziale estesa richiesta per il Prescrittore e Centro di Prescrizione di appartenenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determina n. 157 del 07.03.2018 (1° aggiornamento 2018) - Determina n. 421 del 08.06.2018 (2° aggiornamento 2018) - Determina n. 658 del 13.09.2018 (3° aggiornamento 2018) - Determina n. 925 del 18.12.2018 (4° aggiornamento 2018) <p>L'Albo dei prescrittori è pubblicato sul sito web dell'Agenzia, sezione Enti e Imprese, Centri di Prescrizione Protesica.</p> <p>Aggiornato il database dell'Agenzia con l'elenco dei medici abilitati alla prescrizione protesica online.</p> <p>Al 31.12.2018 sono presenti:</p>

<p>per l'accesso ad Assist@nt-RL.</p> <p>Controllo periodico dell'anagrafica prescrittori di Assist@nt-RL.</p>		<p>n. 45 MMG n. 08 Medici di RSA</p> <p><u>Controllo credenziale estesa rilasciata in base all'attività svolta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ottenuto da LISPA l'elenco dei Prescrittori operanti nelle Strutture bresciane con attributo PROT e credenziale estesa inseriti nel database regionale Provisioning del SISS (Atti ATS prot. n. 0093834/18), nel corso del mese di novembre 2018 si è proceduto: <ul style="list-style-type: none"> - all'incrocio tra l'Albo prescrittori ATS e l'Elenco fornito da LISPA mediante i codici fiscali dei medici, per verificare eventuali incongruenze; - alla successiva bonifica e adeguamento degli elenchi come segue: <ul style="list-style-type: none"> ✓ cancellazione dall'Albo Prescrittori ATS di n. 12 medici risultati cessati; ✓ attribuzione della credenziale estesa in Provisioning per n. 78 medici inseriti nell'Albo prescrittori ATS; ✓ eliminazione da Provisioning della credenziale estesa nell'ambito dell'attributo "PROT" per n. 38 medici, non presenti nell'Albo prescrittori di ATS. <p>La sintetica relazione sull'attività svolta è stata inviata alla DGW in data 21/12/2018 con nota prot. n. 0131240/18.</p>
<p>Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva [punto 6.1 a) DGR n. X/6917/2017]</p> <p>Centri di Prescrizione</p> <p>Effettuazione sopralluoghi presso i Centri di Prescrizione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - controllo dei requisiti organizzativi / strutturali autocertificati dai Centri di Prescrizione e dal Centro per la prescrizione di ausili per minori con gravi disabilità - fascia di età 0-18 anni, mediante sopralluogo; - controllo delle convenzioni delle Strutture sanitarie e delle aziende fornitrici di protesi per la presenza del tecnico presso le sedi della Struttura Sanitaria; - verifica dell'esistenza di procedure/linee guida/ Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA); - controllo delle convenzioni tra Ente di afferenza dei 	<p>Ciclo 2018-2020</p> <p>n. 9 Centri di prescrizione da verificare mediante sopralluogo (36% del totale) con redazione di relativo verbale;</p> <p>n. criticità rilevate.</p>	<p>n. 9 Centri di Prescrizione controllati / n. 9 Centri di Prescrizione programmati (100%), con redazione di relativo verbale.</p> <p>Nessuna criticità rilevata.</p> <p><u>Evidenze documentali:</u> n. 5 verbali registrati a repertorio, agli atti del Servizio Farmaceutico per nove centri di prescrizioni totali.</p>

<p>prescrittori (ASST o Struttura Sanitaria privata accreditata) e RSA.</p>		
<p>Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza erogativa [punto 6.1 b) DGR n. X/6917/2017]</p> <p>Gestione Elenco Fornitori Elenco 1</p> <p>Aggiornamento e adozione formale, entro 30 giorni dall'istanza, dell'elenco aziendale dei Fornitori Elenco 1</p> <p>Controllo e aggiornamento sistematico anagrafica fornitori di Assist@nt-RL.</p>	<p>n. determinazioni di aggiornamento dell'elenco dei fornitori adottate entro 30 gg., con pubblicazione dell'elenco sul sito istituzionale di ATS.</p> <p>n. aggiornamenti anagrafica fornitori in Assist@nt-RL in concomitanza ai nuovi inserimenti/cancellazione dall'Elenco e profilazione dei relativi tecnici.</p> <p>n. aggiornamenti anagrafica su segnalazione dei fornitori e aggiornamento profilazione tecnici.</p>	<p>Adottate n. 5 determinazioni di aggiornamento dell'Elenco aziendale dei Fornitori Elenco 1, su istanza delle Ditte Fornitrici, come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determina n. 114 del 22/02/18 - Determina n. 316 del 23/04/18 - Determina n. 427 del 12/06/18 - Determina n. 593 del 16/08/18 - Determina n. 918 del 17/12/18 <p>L'Elenco aziendale dei Fornitori è pubblicato sul sito web dell'Agenzia, sezione Enti e Imprese, Ditte protesiche.</p> <p>n. 18 aggiornamenti anagrafica fornitori in Assist@nt-RL in concomitanza ai nuovi inserimenti/cancellazione dall'Elenco e profilazione dei relativi tecnici.</p> <p>n. 9 aggiornamenti anagrafica su segnalazione dei fornitori e aggiornamento profilazione tecnici.</p>
<p>Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza erogativa [punto 6.1 b) DGR n. X/6917/2017]</p> <p>Controllo dei Fornitori Elenco 1 del Nomenclatore Tariffario (Allegato 5 - DPCM 12.01.2017)</p> <p>Effettuazione sopralluoghi presso aziende ortopediche, audioprotesiche ed esercizi di ottica per la verifica del possesso dei criteri autocertificati.</p> <p>Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni</p>	<p style="text-align: center;">Ciclo 2018-2020</p> <p>Aziende ortopediche n. 9 sopralluoghi (36% del totale), con redazione di verbale; n. prescrizioni effettuate; n. ottemperanze verificate (pari al 100% delle prescrizioni).</p> <p>Aziende audioprotesiche n. 9 sopralluoghi (32% del totale) con redazione di verbale; n. prescrizioni effettuate; n. ottemperanze verificate (pari al 100% delle prescrizioni).</p> <p>Esercizi di ottica n. 7 sopralluoghi (32% del totale) con redazione di verbale; n. prescrizioni effettuate; n. ottemperanze verificate (pari al 100% delle prescrizioni).</p>	<p>Aziende ortopediche N. 9 sopralluoghi effettuati / N. 9 sopralluoghi programmati (100%), con redazione di relativo verbale. <i>Evidenza:</i> n. 9 verbali a repertorio, agli atti del Servizio Farmaceutico. n. 9 prescrizioni effettuate n. 9 ottemperanze verificate</p> <p>Aziende audioprotesiche N. 9 sopralluoghi effettuati / N. 9 sopralluoghi programmati (100%), con redazione di relativo verbale. <i>Evidenza:</i> n. 9 verbali a repertorio, agli atti del Servizio Farmaceutico. n. 8 prescrizioni effettuate n. 8 ottemperanze verificate (di cui 2 cessazioni).</p> <p>Esercizi di ottica N. 7 sopralluoghi effettuati / N. 7 sopralluoghi programmati (100%), con redazione di relativo verbale. <i>Evidenza:</i> n. 7 verbali a repertorio, agli atti del Servizio Farmaceutico. n. 7 prescrizioni effettuate n. 7 ottemperanze verificate (di cui 1 cessazione)</p>
<p>Accreditamento dei Fornitori Elenco 1 del Nomenclatore Tariffario</p>	<p>- n. nuove aziende fornitrici controllate con sopralluogo / n. attivazioni (100%);</p>	<p>Aziende ortopediche N. 3 sopralluoghi effettuati (mancato rilascio dell'autorizzazione per 1</p>

<p>(Allegato 5 - DPCM 12.01.2017)</p> <p>Effettuazione sopralluoghi presso aziende ortopediche, audioprotesiche ed esercizi di ottica di nuovo inserimento per verifica possesso criteri autocertificati.</p> <p>Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni</p>	<ul style="list-style-type: none"> - n. prescrizioni effettuate; - n. ottemperanze verificate (pari al 100% delle prescrizioni). 	<p>azienda ortopedica) / N. 3 attivazioni (100%), con redazione di relativo verbale.</p> <p><u>Evidenza:</u> n. 3 verbali a repertorio, agli atti del Servizio Farmaceutico. n. 2 prescrizioni effettuate n. 2 ottemperanze verificate</p> <p>Aziende audioprotesiche N. 2 sopralluoghi effettuati (mancato rilascio dell'autorizzazione per 1 azienda audioprotesica) / N. 2 attivazioni (100%), con redazione di relativo verbale. <u>Evidenza:</u> n. 2 verbali a repertorio, agli atti del Servizio Farmaceutico. n. 1 prescrizioni effettuate n. 1 ottemperanze verificate</p> <p>Esercizi di ottica N. 0 sopralluoghi effettuati / N. 0 attivazioni (100%), con redazione di relativo verbale. <u>Evidenza:</u> nessun verbale a repertorio, agli atti del Servizio Farmaceutico, non essendovi stata alcuna attivazione. n. 0 prescrizioni effettuate n. 0 ottemperanze verificate per le motivazioni dinanzi espresse</p>																																																												
<p>Monitoraggio dell'andamento complessivo delle attività, volumi economici, completezza dei dati, in collaborazione con le ASST [punto 6.1 c) DGR n. X/6917/2017]</p> <p>Verifica semestrale per ciascuna ASST dell'andamento della spesa protesica e della numerosità delle prescrizioni per classi omogenee di dispositivi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - n. 2 monitoraggi in collaborazione con l'ASST Spedali Civili di Brescia (SUPI); - n. criticità rilevate e azioni poste in essere. 	<p>Effettuati in collaborazione con l'ASST Spedali Civili di Brescia n. 2 monitoraggi sull'andamento della spesa protesica e sulla numerosità delle prescrizioni per classi omogenee di dispositivi. Di seguito la rappresentazione prospettica dell'attività rilevata suddivisa per semestri, precisando che sono disponibili i soli dati di spesa dell'ASST CONTABILE e non dell'ASST OPERATIVA:</p> <p style="text-align: center;"><u>1° semestre 2018</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Elenco</th> <th>NOLEGGIO</th> <th>NUOVO</th> <th>TOTALE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td>4.411.771</td> <td>4.411.771</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td>67.107</td> <td>67.107</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2.252.379</td> <td>30.724</td> <td>2.283.103</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>354.192</td> <td>37.886</td> <td>392.078</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td></td> <td>139.915</td> <td>139.915</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>41.569</td> <td>503.079</td> <td>544.648</td> </tr> <tr> <td>Magaz zino</td> <td>264.084</td> <td></td> <td>264.084</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2.912.224</td> <td>5.190.481</td> <td>8.102.705</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><u>2° semestre 2018</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Elenco</th> <th>NOLEGGIO</th> <th>NUOVO</th> <th>TOTALE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>-</td> <td>4.679.876</td> <td>4.679.876</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>-</td> <td>64.921</td> <td>64.921</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2.373.733</td> <td>7.333</td> <td>2.381.066</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>370.913</td> <td>40.812</td> <td>411.725</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>-</td> <td>174.852</td> <td>174.852</td> </tr> </tbody> </table>	Elenco	NOLEGGIO	NUOVO	TOTALE	1		4.411.771	4.411.771	2		67.107	67.107	3	2.252.379	30.724	2.283.103	4	354.192	37.886	392.078	A		139.915	139.915	B	41.569	503.079	544.648	Magaz zino	264.084		264.084		2.912.224	5.190.481	8.102.705	Elenco	NOLEGGIO	NUOVO	TOTALE	1	-	4.679.876	4.679.876	2	-	64.921	64.921	3	2.373.733	7.333	2.381.066	4	370.913	40.812	411.725	A	-	174.852	174.852
Elenco	NOLEGGIO	NUOVO	TOTALE																																																											
1		4.411.771	4.411.771																																																											
2		67.107	67.107																																																											
3	2.252.379	30.724	2.283.103																																																											
4	354.192	37.886	392.078																																																											
A		139.915	139.915																																																											
B	41.569	503.079	544.648																																																											
Magaz zino	264.084		264.084																																																											
	2.912.224	5.190.481	8.102.705																																																											
Elenco	NOLEGGIO	NUOVO	TOTALE																																																											
1	-	4.679.876	4.679.876																																																											
2	-	64.921	64.921																																																											
3	2.373.733	7.333	2.381.066																																																											
4	370.913	40.812	411.725																																																											
A	-	174.852	174.852																																																											

		<table border="1" data-bbox="1061 118 1528 241"> <tr> <td>B</td> <td>58.156</td> <td>1.182.855</td> <td>1.241.011</td> </tr> <tr> <td>magazzino</td> <td></td> <td></td> <td>-</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2.802.802</td> <td>6.150.650</td> <td>8.953.451</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><u>Scost.% 2° sem. vs. 1 sem.</u></p> <table border="1" data-bbox="1118 293 1522 338"> <tr> <td>-4%</td> <td>18%</td> <td>10%</td> </tr> </table> <p>Fonte dati: Assistant-RL.</p> <p>Nel sistema non risultano inseriti costi per la gestione del magazzino del 2° semestre 2018.</p> <p>Nel corso dell'attività di monitoraggio non sono state rilevate criticità.</p>	B	58.156	1.182.855	1.241.011	magazzino			-		2.802.802	6.150.650	8.953.451	-4%	18%	10%
B	58.156	1.182.855	1.241.011														
magazzino			-														
	2.802.802	6.150.650	8.953.451														
-4%	18%	10%															
<p>Monitoraggio prescrizioni on-line vs. cartacee [punto 6.1 e) DGR n. X/6917/2017]</p> <p>Verifica che i Prescrittori degli Enti del Sistema SSL autorizzati alla prescrizione protesica (Strutture Sanitarie Pubbliche e Private Accreditate, RSA, IDR, ...) utilizzino esclusivamente la piattaforma regionale Assist@nt-RL, riducendo ai soli casi di effettiva impossibilità la prescrizione su cartaceo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - n. 2 monitoraggi delle prescrizioni on-line vs. cartaceo, in collaborazione con l'ASST Spedali Civili di Brescia (SUPI); - n. criticità rilevate e azioni poste in essere. 	<p>Effettuati, in collaborazione con il SUPI, i seguenti monitoraggi sull'anno 2018:</p> <p>Pratiche on-line redatte da Medici Specialisti: 97,6% (19.835/20.313). <i>Come dichiarato dal SUPI, la % residua di pratiche cartacee (2,4%) è dovuta a malfunzionamenti del sistema o a duplicazione delle pratiche effettuata dall'operatore amm.vo del Distretto ASST per gestione pratiche contenenti presidi con forniture con percorso diversificato.</i></p> <p>Pratiche on-line redatte da Medici RSA: 99,7% (614/616).</p> <p>Pratiche on-line redatte da MMG/PLS 0,6% (61/9.637). <i>Si evidenzia che per i MMG/PLS non è al momento prevista l'obbligatorietà della prescrizione on-line.</i></p> <p><u>Evidenza:</u> Nota SUPI ASST Civili del 19.02.19 prot. n. 0014068 (atti ATS prot. 0018095).</p>															
<p>Programmazione e verifica dell'articolazione territoriale e dei requisiti di qualità degli Uffici Protesica aperti al pubblico [punto 6.1 f) DGR n. X/6917/2017]</p> <p>Verifica del possesso dei requisiti di qualità degli Uffici protesica aperti al pubblico mediante Audit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuazione di n. 3 audit verbalizzati presso gli uffici protesica territoriali (1 audit per ciascuna ASST); - n. criticità rilevate e azioni poste in essere. 	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuati n. 3 audit/ n. 3 audit programmati; - nessuna criticità rilevata, pertanto non è stata posta in essere nessuna azione. <p><u>Evidenza:</u> n. 3 verbali di audit: - N. repertorio verbale 2757/2018 - N. repertorio verbale 2562/2018 - N. repertorio verbale 2492/2018</p>															
<p>External auditing sui processi di Assistenza Protesica in capo alle ASST [appendice al punto 6) DGR n. X/6917/2017]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuazione di un audit verbalizzato presso il SUPI dell'ASST contabile; - n. criticità rilevate e azioni poste in 	<ul style="list-style-type: none"> - n. 1 audit effettuato / n. 1 audit programmato (100%) in data 23.10.2018 con redazione di relativo verbale. 															

<ul style="list-style-type: none"> - Esistenza di procedure e della loro puntuale applicazione per il tempestivo e sistematico aggiornamento delle anagrafiche, degli applicativi gestionali in uso, in esito a eventi quali decesso del beneficiario, cambio di residenza, ricovero in RSA, ecc.; - Esistenza di procedure e della loro puntuale applicazione per il recupero e riutilizzo di dispositivi non più necessari all'assistito o tempestiva interruzione dei contratti attivati con la formula del Noleggio; - Esistenza di un piano gare per gli acquisti diretti nonché della effettuazione di "procedure pubbliche di acquisto" per tutte le casistiche di dispositivi per i quali ne è prevista l'attuazione; - Esistenza di procedure e della puntuale applicazione in ordine all'accertamento della effettiva attuazione della fase di collaudo, ove prevista e obbligatoria; - Corretta imputazione dei costi nei conti economici e modalità di analisi del dato con confronto dei dati di bilancio e flusso DIT; <p>Attuazione di processi strutturati e sistematici per controlli sulle prestazioni erogate al fine di accertare l'appropriatezza erogativa (coerenza tra quanto prescritto e prodotto commerciale fornito) prevedendo anche una percentuale di casistiche da sottoporre a verifica de visu.</p>	<p>essere.</p>	<p>Nel corso dell'Audit sono stati verificati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anagrafiche e applicativi gestionali puntualmente aggiornati in caso di decesso del beneficiario del presidio, cambio di residenza, ricovero in RSA. - recupero e riutilizzo puntuale di dispositivi non più necessari all'assistito o interruzione dei noleggi. - Gare in essere per acquisizione dei dispositivi e altre procedure di acquisto <p>- Nessuna criticità rilevata dunque non è stato necessario porre in essere nessuna azione.</p> <p><u>Evidenza:</u> N. repertorio verbale 617/2019.</p>
--	----------------	---

PIANIFICAZIONE ANNO 2019

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi
<p>Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva protesica [punto 6.1 a) DGR n. X/6917/2017]</p> <p>Gestione Elenchi Prescrittori protesica</p>	<p>Aggiornamento e adozione formale, a cadenza trimestrale, dell'elenco degli Specialisti Prescrittori di assistenza protesica, su richiesta delle Strutture ospedaliere.</p> <p>Aggiornamento su database dell'Agenzia dell'elenco dei MMG e MRSA abilitati alla prescrizione protesica on-line.</p> <p>Attribuzione credenziali estese per l'accesso ad Assist@nt-RL.</p> <p>Controllo periodico dell'anagrafica prescrittori di Assist@nt-RL.</p>	<p>n. 4 determinazioni di aggiornamento dell'elenco dei prescrittori, con pubblicazione sul sito istituzionale di ATS.</p> <p>verifica e aggiornamento in Assist@nt-RL del 100% dei medici abilitati alla prescrizione protesica (Specialisti, MMG e MRSA), con aggiornamento dei rispettivi database interni.</p>

<p>Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva [punto 6.1 a) DGR n. X/6917/2017]</p> <p><u>Centri di Prescrizione</u></p>	<p>Effettuazione sopralluoghi presso i Centri di Prescrizione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - controllo dei requisiti organizzativi / strutturali autocertificati dai Centri di Prescrizione e dal Centro per la prescrizione di ausili per minori con gravi disabilità – fascia di età 0-18 anni, mediante sopralluogo; - controllo delle convenzioni delle Strutture sanitarie e delle aziende fornitrici di protesi per la presenza del tecnico presso le sedi della Struttura Sanitaria; - verifica dell'esistenza di procedure/linee guida/ Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA); - controllo delle convenzioni tra Ente di afferenza dei prescrittori (ASST o Struttura Sanitaria privata accreditata) e RSA. 	<p>Ciclo 2018-2020</p> <p>n. 11 Centri di prescrizione da verificare mediante sopralluogo (37% del totale) con redazione di relativo verbale;</p> <p>n. criticità rilevate.</p>
<p>Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza erogativa [punto 6.1 b) DGR n. X/6917/2017]</p> <p><u>Gestione Elenco Fornitori Elenco 1</u></p>	<p>Aggiornamento e adozione formale, entro 30 giorni dall'istanza, dell'elenco aziendale dei Fornitori Elenco 1</p> <p>Controllo e aggiornamento sistematico anagrafica fornitori di Assist@nt-RL.</p>	<p>n. determinazioni di aggiornamento dell'elenco dei fornitori adottate entro 30 gg., con pubblicazione dell'elenco sul sito istituzionale di ATS.</p> <p>n. aggiornamenti anagrafica fornitori in Assist@nt-RL in concomitanza ai nuovi inserimenti/cancellazione dall'Elenco e profilazione dei relativi tecnici.</p> <p>n. aggiornamenti anagrafica su segnalazione dei fornitori e aggiornamento profilazione tecnici.</p>
<p>Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza erogativa [punto 6.1 b) DGR n. X/6917/2017]</p> <p>Controllo dei Fornitori Elenco 1 del Nomenclatore Tariffario (Allegato 5 - DPCM 12.01.2017)</p>	<p>Effettuazione sopralluoghi presso aziende ortopediche, audioprotesiche ed esercizi di ottica per la verifica del possesso dei criteri autocertificati.</p> <p>Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni</p>	<p>Ciclo 2018-2020</p> <p>Aziende ortopediche n. 9 sopralluoghi (36% del totale), con redazione di verbale; n. prescrizioni effettuate; n. ottemperanze verificate (pari al 100% delle prescrizioni).</p> <p>Aziende audioprotesiche n. 8 sopralluoghi (30% del totale) con redazione di verbale; n. prescrizioni effettuate; n. ottemperanze verificate (pari al 100% delle prescrizioni).</p> <p>Esercizi di ottica n. 7 sopralluoghi (33% del totale) con redazione di verbale; n. prescrizioni effettuate; n. ottemperanze verificate (pari al 100% delle prescrizioni).</p>
<p>Accreditamento dei Fornitori Elenco 1 del Nomenclatore Tariffario (Allegato 5 - DPCM</p>	<p>Effettuazione sopralluoghi presso aziende ortopediche, audioprotesiche ed esercizi di ottica di nuovo inserimento per verifica possesso criteri</p>	<p>- n. nuove aziende fornitrici controllate con sopralluogo / n. attivazioni (100%);</p>

12.01.2017)	autocertificati. Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni	<ul style="list-style-type: none"> - n. prescrizioni effettuate; - n. ottemperanze verificate (pari al 100% delle prescrizioni).
Monitoraggio dell'andamento complessivo delle attività, volumi economici, completezza dei dati, in collaborazione con le ASST [punto 6.1 c) DGR n. X/ 6917/2017]	Verifica semestrale per ciascuna ASST dell'andamento della spesa protesica e della numerosità delle prescrizioni per classi omogenee di dispositivi.	<ul style="list-style-type: none"> - n. 2 monitoraggi in collaborazione con l'ASST Spedali Civili di Brescia (SUPI); - n. criticità rilevate e azioni poste in essere.
Monitoraggio prescrizioni on-line vs. cartacee [punto 6.1 e) DGR n. X/ 6917/2017]	Verifica che i Prescrittori degli Enti del Sistema SSL autorizzati alla prescrizione protesica (Strutture Sanitarie Pubbliche e Private Accreditate, RSA, IDR, ...) utilizzino esclusivamente la piattaforma regionale Assist@nt-RL, riducendo ai soli casi di effettiva impossibilità la prescrizione su cartaceo.	<ul style="list-style-type: none"> - n. 2 monitoraggi delle prescrizioni on-line vs. cartaceo, in collaborazione con l'ASST Spedali Civili di Brescia (SUPI); - n. criticità rilevate e azioni poste in essere.
Programmazione e verifica dell'articolazione territoriale e dei requisiti di qualità degli Uffici Protesica aperti al pubblico [punto 6.1 f) DGR n. X/ 6917/2017]	<p>Verifica del possesso dei requisiti di qualità degli Uffici protesica aperti al pubblico mediante Audit.</p> <p>Verifica dell'appropriatezza, dell'aderenza dei pazienti e del tempestivo recupero delle apparecchiature al termine della loro utilità, con approfondimento specifico su ventilazione NON invasiva (CPAP, Bilevel, PSV)</p>	Le verifiche sull'attività e sui requisiti di qualità degli Uffici Protesica aperti al pubblico saranno integrati nel corso dell'external auditing presso il SUPI
External auditing sui processi di Assistenza Protesica in capo alle ASST [appendice al punto 6) DGR n. X/ 6917/2017]	<ul style="list-style-type: none"> - Esistenza di procedure e della loro puntuale applicazione per il tempestivo e sistematico aggiornamento delle anagrafiche, degli applicativi gestionali in uso, in esito a eventi quali decesso del beneficiario, cambio di residenza, ricovero in RSA, ecc.; - Esistenza di procedure e della loro puntuale applicazione per il recupero e riutilizzo di dispositivi non più necessari all'assistito o tempestiva interruzione dei contratti attivati con la formula del Noleggio; - Esistenza di un piano gare per gli acquisti diretti nonché della effettuazione di "procedure pubbliche di acquisto" per tutte le casistiche di dispositivi per i quali ne è prevista l'attuazione; - Esistenza di procedure e della puntuale applicazione in ordine all'accertamento della effettiva attuazione della fase di collaudo, ove prevista e obbligatoria; - Corretta imputazione dei costi nei conti economici e modalità di analisi del dato con confronto dei dati di bilancio e flusso DIT; - Attuazione di processi strutturati e sistematici per controlli sulle 	<ul style="list-style-type: none"> - effettuazione di un audit verbalizzato presso il SUPI dell'ASST contabile; - n. criticità rilevate e azioni poste in essere.

	prestazioni erogate al fine di accertare l'appropriatezza erogativa (coerenza tra quanto prescritto e prodotto commerciale fornito) prevedendo anche una percentuale di casistiche da sottoporre a verifica de visu; - verifica attività e requisiti di qualità degli Uffici Protetica aperti al pubblico	
--	--	--

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 01.01.2019

Distretto ATS	N. Farmacie	N. Dispensari	N. Parafarmacie	N. Grossisti	N. Esercizi Autorizzati al Commercio on-line
Distretto 1 - Brescia	134	2	22	11	10
Distretto 2 - Franciacorta	76	1	13	1	2
Distretto 3 - Garda	111	9	7	0	7
Totale	321	12	42	12	19

SINTESI ATTIVITA' 2018

Obiettivi	Indicatori quantitativi	Rendicontazione al 31.12.2018
FARMACIE e DISPENSARI Farmaceutici Effettuazione controlli sulle farmacie convenzionate e dispensari previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività: - vigilanza ispettiva ordinaria - vigilanza ispettiva straordinaria - vigilanza preventiva per rilascio autorizzazioni per nuova apertura/trasferimento/ampliamento locali farmacie e dispensari; - vigilanza per constatazione e	Biennio 2018/2019 Effettuazione di n. 158 visite ispettive nelle farmacie (50%) e n. 5 visite nei dispensari (45%) - n. visite ispettive con redazione di verbale di accertamento - n. verbali di accertamento con prescrizione / n. verbali di accertamento - n. verbali di constatazione e affido stupefacenti - n. verbali di contestazione	- n. 158 visite ispettive ordinarie, n. 31 visite ispettive preventive e 0 visite ispettive straordinarie sulle Farmacie (119,6%) e n.5 visite ispettive sui dispensari (100%); - n. 96 verbali di accertamento con prescrizione / n. 194 verbali di accertamento (49,48%); - n. 136 verbali di constatazione e affido stupefacenti; - n. 26 verbali di contestazione (PVA); - n. 26 sanzioni amministrative per un importo notificato di euro 29.394; - n.1 Notizia di reato (prot. ATS n. 0131031 del 21.12.2018) <u>Evidenza:</u> 194 verbali registrati a repertorio, agli atti del Servizio Farmaceutico.

<p>affido stupefacenti scaduti/non vendibili; - vigilanza sul collaboratore farmacista</p>	<ul style="list-style-type: none"> - n. sanzioni amministrative per un importo notificato di euro - n. segnalazioni di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria 	
<p>PARAFARMACIE Effettuazione controlli sulle parafarmacie previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività: - vigilanza ispettiva ordinaria - vigilanza ispettiva straordinaria</p>	<p>Biennio 2018/2019 Effettuazione di n. 21 visite ispettive (50%) - n. visite ispettive con redazione di verbale di accertamento - n. verbali di accertamento con prescrizione / n. verbali di accertamento - n. sanzioni amministrative - n. segnalazioni di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - n. 21 visite ispettive effettuate su 21 programmate (100%) e n. 1 visita ispettiva preventiva, con redazione di relativo verbale di accertamento - n. 3 verbali di accertamento con prescrizione / n. 22 verbali di accertamento - nessuna sanzione amministrativa - nessuna segnalazione di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria. <p><u>Evidenza:</u> n. 22 verbali registrati a repertorio agli atti del Servizio</p>
<p>GROSSISTI Effettuazione controlli previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività: - vigilanza ispettiva ordinaria - vigilanza ispettiva straordinaria - vigilanza preventiva per rilascio autorizzazioni per nuova apertura/trasferimento/ampliamento locali /estensione area geografica - vigilanza per constatazione e affido stupefacenti scaduti/non vendibili</p>	<p>Biennio 2018/2019 Effettuazione di n. 6 visite ispettive (50%) - n. visite ispettive con redazione di verbale di accertamento - n. verbali di accertamento con prescrizione / n. verbali di accertamento - n. verbali di contestazione - n. sanzioni amministrative per un importo notificato di euro - n. segnalazioni di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - n. 6 visite ispettive effettuate su 6 programmate (100%) con redazione di relativo verbale di accertamento - n. 3 verbali di accertamento con prescrizione / n. 6 verbali di accertamento - nessuna sanzione amministrativa - nessuna segnalazione di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria. <p><u>Evidenza:</u> n. 6 verbali registrati a repertorio, agli atti del Servizio Farmaceutico.</p>
<p>STRUTTURE SANITARIE Effettuazione sopralluoghi presso Strutture di Ricovero e Cura, Carceri, RSA, 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 entro il mese di ottobre 2018, con redazione di relativo verbale. - n. verbali di contestazione - n. sanzioni amministrative - n. segnalazioni di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - n. 9 richieste di affido gestite su n. 9 richieste di affido pervenute al 31.10.18 (pari al 100%), con redazione di relativo verbale; - nessun verbale di contestazione; - nessuna sanzioni amministrative; - nessuna segnalazione di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria; <p><u>Evidenza:</u> n. 9 verbali registrati a repertorio, agli atti del Servizio Farmaceutico.</p>

PIANIFICAZIONE ANNO 2019

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi
<p>FARMACIE e DISPENSARI Farmaceutici</p> <p>Effettuazione controlli sulle farmacie convenzionate e dispensari previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vigilanza ispettiva ordinaria - vigilanza ispettiva straordinaria - vigilanza preventiva per rilascio autorizzazioni per nuova apertura/trasferimento/ampliamento o locali farmacie e dispensari; - vigilanza per constatazione e affido stupefacenti scaduti/non vendibili; - vigilanza sul collaboratore farmacista 	<ul style="list-style-type: none"> - Visita ispettiva presso la farmacia secondo le modalità previste dalla normativa vigente; - Stesura di verbale di accertamento in loco con eventuali prescrizioni correttive e preventive; - Stesura di verbale di constatazione e affido stupefacenti scaduti non vendibili in loco; - Irrogazione di eventuale sanzione amministrativa con separato verbale di contestazione (come da Decreto DG n. 124 del 01.04.2016); - 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. 	<p style="text-align: center;">Biennio 2018/2019</p> <p>Effettuazione di n. 84 visite ispettive nelle farmacie (26%) e n. 3 visite nei dispensari (30%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. visite ispettive con redazione di verbale di accertamento - n. verbali di accertamento con prescrizione / n. verbali di accertamento - n. verbali di constatazione e affido stupefacenti - n. verbali di contestazione - n. sanzioni amministrative per un importo notificato di euro - n. segnalazioni di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria <p><i><u>Nota bene:</u></i> Considerato la nota difficoltà a reperire dirigenti farmacisti e viste le recenti dimissioni di un'unità, il completamento del 100% dei controlli delle farmacie e dispensari (biennio 2018/2019) sarà assicurato non appena l'organico verrà reintegrato.</p>
<p>PARAFARMACIE</p> <p>Effettuazione controlli sulle parafarmacie previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vigilanza ispettiva ordinaria - vigilanza ispettiva straordinaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Visita ispettiva presso la parafarmacia secondo le modalità previste dalla normativa vigente; - Stesura di verbale di accertamento in loco con eventuali prescrizioni correttive e preventive; - Irrogazione di eventuale sanzione amministrativa con separato verbale di contestazione (come da Decreto DG n. 124 del 01.04.2016); - 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. 	<p style="text-align: center;">Biennio 2018/2019</p> <p>Effettuazione di n. 15 visite ispettive (36%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. visite ispettive con redazione di verbale di accertamento - n. verbali di accertamento con prescrizione / n. verbali di accertamento - n. sanzioni amministrative - n. segnalazioni di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria <p><i><u>Nota bene:</u></i> Considerato la nota difficoltà a reperire dirigenti farmacisti e viste le recenti dimissioni di un'unità, il completamento del 100% dei controlli delle parafarmacie (biennio 2018/2019) sarà assicurato non appena l'organico verrà reintegrato.</p>

<p>GROSSISTI Effettuazione controlli previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vigilanza ispettiva ordinaria - vigilanza ispettiva straordinaria - vigilanza preventiva per rilascio autorizzazioni per nuova apertura/trasferimento/ampliamento locali /estensione area geografica - vigilanza per constatazione e affido stupefacenti scaduti/non vendibili 	<ul style="list-style-type: none"> - Visita ispettiva presso il magazzino secondo le modalità previste dalla normativa vigente; - Stesura di verbale di accertamento in loco con eventuali prescrizioni correttive e preventive; - Stesura di verbale di constatazione e affido stupefacenti scaduti non vendibili in loco; - Irrogazione di eventuale sanzione amministrativa con separato verbale di contestazione (come da Decreto DG n. 124 del 01.04.2016); - 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. 	<p>Biennio 2018/2019 Effettuazione di n. 6 visite ispettive (50%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. visite ispettive con redazione di verbale di accertamento - n. verbali di accertamento con prescrizione / n. verbali di accertamento - n. verbali di contestazione - n. sanzioni amministrative per un importo notificato di euro - n. segnalazioni di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria
<p>STRUTTURE SANITARIE Effettuazione sopralluoghi presso Strutture di Ricovero e Cura, Carceri, RSA, Sert. SMI e Ambulatori Veterinari che richiedono la constatazione e affido di sostanze stupefacenti da avviare alla distruzione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controllo presso la struttura richiedente della tenuta del registro degli stupefacenti; - Stesura di verbale di constatazione e affido stupefacenti scaduti non vendibili in loco; - Irrogazione di eventuale sanzione amministrativa con separato verbale di contestazione (come da Decreto DG n. 124 del 01.04.2016); - 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. 	<p>Evasione del 100% delle richieste di affido pervenute entro il mese di ottobre 2019, con redazione di relativo verbale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. verbali di contestazione - n. sanzioni amministrative - n. segnalazioni di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria

2. FARMACEUTICA TERRITORIALE

CONTROLLO APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA

SINTESI ATTIVITA' 2018

Obiettivi	Indicatori quantitativi	Rendicontazione al 31.12.2018																																															
<p>Report personalizzati per Medici Convenzionati (Scheda Medico)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Produzione di report personalizzati per MMG e PLS (Scheda Medico) per individuazione: <ul style="list-style-type: none"> • <i>non aderenti alle indicazioni regionali in materia di prescrizione di farmaci equivalenti</i> • <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> 	<ul style="list-style-type: none"> - n. di report personalizzati prodotti (Scheda Medico) per ciascun trimestre 2017 e anno 2017; - n. MMG/PLS iperprescrittori rilevati nel corso del 2017; - n. incontri effettuati e verbalizzati con i medici iperprescrittori; - n. criticità riscontrate e azioni poste in essere; - n. MMG/PLS sensibilizzati alla prescrizione di farmaci equivalenti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prodotti n. 4.284 report Scheda Medico del 2017 (1° trim: n. 857; 2° trim. n. 850, 3° trim. n. 853, 4° trim. n. 862 e Anno 2017 n. 862 report); - Predisposto tabulato di sintesi con individuazione medici ipo/iperprescrittori per le categorie A, C, J, M e tutti gli ATC, come sintetizzato nella tabella che segue; - In data 12/06/2018 con nota prot. n. 0059015 i report sono stati trasmessi al Dipartimento Cure Primarie per il seguito di competenza, come da sintesi in tabella: <table border="1" data-bbox="1070 954 1522 1630"> <thead> <tr> <th>Distretti ATS</th> <th>Ambiti distrettuali</th> <th>MMG iperprescrittori dal 4 trim-16 al 4 trim 17</th> <th>MMG ipo-prescrittori dal 4 trim-16 al 4 trim 17</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">1</td> <td>1</td> <td>11</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">2</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>15</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">3</td> <td>9</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>5</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">totale</td> <td>59</td> <td>42</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Con mailing list del 19/06/2018 inviata informativa ai MMG/PLS inerente la pubblicazione sul portale GURU della Scheda medico 2017; - Il Dipartimento Cure Primarie con nota prot. n. 0131467 del 24.12.2018 ha certificato di aver incontrato 55 medici iperprescrittori, con redazione di relativo verbale; non sono stati effettuati incontri con 4 medici (3 	Distretti ATS	Ambiti distrettuali	MMG iperprescrittori dal 4 trim-16 al 4 trim 17	MMG ipo-prescrittori dal 4 trim-16 al 4 trim 17	1	1	11	8	2	5	6	3	3	1	4	3	1	2	5	5	2	6	2	2	7	15	2	8	1	3	3	9	2	4	10	2	4	11	5	8	12	5	1	totale		59	42
Distretti ATS	Ambiti distrettuali	MMG iperprescrittori dal 4 trim-16 al 4 trim 17	MMG ipo-prescrittori dal 4 trim-16 al 4 trim 17																																														
1	1	11	8																																														
	2	5	6																																														
	3	3	1																																														
	4	3	1																																														
2	5	5	2																																														
	6	2	2																																														
	7	15	2																																														
	8	1	3																																														
3	9	2	4																																														
	10	2	4																																														
	11	5	8																																														
	12	5	1																																														
totale		59	42																																														

		cessati e 1 neoinserto). Sono stati altresì sensibilizzati per la prescrizione di farmaci equivalenti n. 248 MMG, che avevano un trend di prescrizione in diminuzione.																																										
Controllo Note AIFA 39, 51, 74 e 79 soggette a Piano terapeutico (periodo: gennaio/giugno 2017)	<ul style="list-style-type: none"> - n. prescrizioni complessive rilevate, suddivise per nota AIFA; - n. prescrizioni senza PT rilevate, suddivise per tipologia di prescrittore; - n. report personalizzati pubblicati su portale GURU; - n. prescrizioni regolarizzate con PT inviati successivamente dai Prescrittori; - n. criticità rilevate e azioni poste in essere 	<ul style="list-style-type: none"> - Attivato monitoraggio in tempo reale delle prescrizioni soggette a nota 39 con autorizzazione preventiva alla Farmacia, previa verifica dell'esistenza e congruità del PT in corso di validità. Al 31.12.2018: n. 1231 ricette gestite e autorizzate. - Effettuato incrocio database PT pervenuti ad ATS relativo alle note AIFA 39, 51, 74 e 79 con prescrizioni farmaceutiche del primo semestre 2017, con il seguente esito: 1.170 prescrizioni relative a 550 pazienti non pervenuti ad ATS relative a 381 MMG e 20 PLS, così suddivise: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="background-color: #d9e1f2;">MMG</th> </tr> <tr> <th></th> <th>n. prescrizioni con PT non pervenuto</th> <th>n. prescrizioni regolarizzate</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nota 39</td> <td style="text-align: center;">26</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Nota 51</td> <td style="text-align: center;">414</td> <td style="text-align: center;">284</td> </tr> <tr> <td>Nota 74</td> <td style="text-align: center;">346</td> <td style="text-align: center;">175</td> </tr> <tr> <td>Nota 79</td> <td style="text-align: center;">300</td> <td style="text-align: center;">116</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1.086</td> <td style="text-align: center;">575</td> </tr> <tr> <th colspan="3" style="background-color: #d9e1f2;">PLS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>n. prescrizioni con PT non pervenuto</th> <th>n. prescrizioni regolarizzate</th> </tr> <tr> <td>Nota 39</td> <td style="text-align: center;">44</td> <td style="text-align: center;">25</td> </tr> <tr> <td>Nota 51</td> <td style="text-align: center;">40</td> <td style="text-align: center;">23</td> </tr> <tr> <td>Nota 74</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Nota 79</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">84</td> <td style="text-align: center;">48</td> </tr> </tbody> </table> <p>Sono stati prodotti e pubblicati sul portale GURU rivolto ai MMG, i report personalizzati di ciascun medico e con nota prot. n. 0127059 del 11.12.2018 è stato richiesto ai MMG interessati di inviare ad ATS, entro il 28.02.2019, i PT non pervenuti ad ATS in loro possesso.</p> <p>A seguito dell'analisi condotta è stato constatato che non è possibile quantificare in modo puntuale i piani mancanti in quanto la durata del piano può differire a seconda dello</p>	MMG				n. prescrizioni con PT non pervenuto	n. prescrizioni regolarizzate	Nota 39	26	0	Nota 51	414	284	Nota 74	346	175	Nota 79	300	116		1.086	575	PLS				n. prescrizioni con PT non pervenuto	n. prescrizioni regolarizzate	Nota 39	44	25	Nota 51	40	23	Nota 74	0	0	Nota 79	0	0		84	48
MMG																																												
	n. prescrizioni con PT non pervenuto	n. prescrizioni regolarizzate																																										
Nota 39	26	0																																										
Nota 51	414	284																																										
Nota 74	346	175																																										
Nota 79	300	116																																										
	1.086	575																																										
PLS																																												
	n. prescrizioni con PT non pervenuto	n. prescrizioni regolarizzate																																										
Nota 39	44	25																																										
Nota 51	40	23																																										
Nota 74	0	0																																										
Nota 79	0	0																																										
	84	48																																										

			schema terapeutico adottato dallo specialista. Sarà oggetto di analisi una diversa impostazione del database di rilevazione.																											
Note AIFA 4, 13 e 66 e farmaci ATC C10AX09 (ezetimibe) e ATC C10BA02 (ezetimibe + simvastatina)	Evidenza di cluster di medici con prescrizioni potenzialmente inappropriate per ambito distrettuale, per ciascuna nota o classe ATC indagata.		La verifica dell'appropriatezza prescrittiva relativa alle note AIFA 4, 13, 66 e farmaci ATC C10AX09 (ezetimibe) e ATC C10BA02 (ezetimibe + simvastatina) è stata condotta utilizzando la BDA aziendale 2017, analizzando le prescrizioni nei periodi stabiliti: <ul style="list-style-type: none"> - I semestre 2017 per le note 13, 66 e 4 - II semestre 2017 per i farmaci ATC C10AX09 e C10BA02. L'analisi si è focalizzata sul rispetto delle indicazioni delle note in alcune categorie di pazienti, evidenziando le eventuali possibili prescrizioni inappropriate e le opportune azioni correttive da mettere in atto con i prescrittori. <u>Evidenza</u> : Nota ATS prot. n. 0010594 del 30.01.2019																											
CONTROLLO NOTE AIFA errata/omessa	<p>Nota AIFA omessa</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. ricette controllate / n. ricette pervenute da L.I. (100%) - n. ricette regolarizzate - n. ricette addebitate alle Farmacie e valore addebito. <p>Nota AIFA errata</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. ricette controllate / n. ricette pervenute da L.I. (100%) - n. ricette regolarizzate - n. ricette da addebitare ai MMG/PLS/MCA e valore addebito. 		<p>Effettuato il controllo sul 100% delle ricette con nota AIFA omessa relative all'anno 2017 e trasmesse alle Farmacie con nota ATS prot. n. 0053282 del 28.05.2018 per eventuale regolarizzazione, con il seguente esito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 173 ricette controllate - n. 62 ricette regolarizzate - n. 111 ricette addebitate per € 4.270,24 (addebito nel mese contabile di settembre 2018). <p>Effettuato il controllo sul 100% delle ricette con nota AIFA errata relative all'anno 2017 e trasmesse al Dipartimento Cure Primarie con nota prot. n. 0056356 del 05.06.2018 per eventuale regolarizzazione:</p> <table border="1" data-bbox="1082 1592 1517 2007"> <thead> <tr> <th>Distretto</th> <th>Ambito</th> <th>n. MMG/PLS</th> <th>n. ricette con nota AIFA errata</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">1</td> <td>1</td> <td>15</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>11</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2</td> <td>5</td> <td>11</td> <td>61</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>12</td> <td>19</td> </tr> </tbody> </table>	Distretto	Ambito	n. MMG/PLS	n. ricette con nota AIFA errata	1	1	15	26	2	5	5	3	9	19	4	11	25	2	5	11	61	6	5	7	7	12	19
Distretto	Ambito	n. MMG/PLS	n. ricette con nota AIFA errata																											
1	1	15	26																											
	2	5	5																											
	3	9	19																											
	4	11	25																											
2	5	11	61																											
	6	5	7																											
	7	12	19																											

			8	5	5
			9	11	11
		3	10	5	11
			11	17	31
			12	8	21
		tot		114	241
			<p>a cui si aggiungono n. 39 ricette prescritte da n. 23 MCA.</p> <p>Il Dipartimento Cure Primarie ha certificato che sono state regolarizzate n. 220 ricette. Non risultano rettifiche 21 ricette per i seguenti motivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 per grafia non riconosciuta dal MMG prescrittore; - 4 per mancata audizioni dei MMG; - 2 per cessazione dei MMG; - 13 per rifiuto del MMG di modificare la nota; - 1 per errata apposizione della fustella. <p>n. 5 ricette da addebitare ai MMG/PLS/MCA per un valore pari a 16,21€.</p> <p><u>Evidenza:</u> nota prot. ATS n. 0131467 del 24.12.2018 e nota prot. ATS n. 005887 del 18.01.2019</p> <p>Effettuato il controllo sul 100% delle ricette con nota AIFA errata relative all'anno 2017 e trasmesse alle Strutture Ospedaliere Lombarde per eventuale regolarizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n.222 ricette controllate / n.222 ricette da L.I. (100%) - n.222 ricette regolarizzate (100%) <p><u>Evidenza:</u> note del 15.06.2018 prot. ATS n. 0060481, 0060557, 0060458, 0060578, 0060439, 0060409, 0060446, 0060452, 0060469, 0060475, 0060499, 0060586, 0060597, 0060507, 0060421.</p> <p>nota prot. ATS del 18.06.2018 n. 0060998, 0060950, 0060998, 0060998.</p>		
			<p>Nota AIFA errata</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. ricette controllate / n. ricette pervenute da L.I. (100%) - n. ricette regolarizzate - n. ricette da addebitare agli Specialisti e valore addebito. 		
COMMISSIONI FARMACEUTICHE AZIENDALI	<p>Controllo del 100% delle ricette pervenute alle CFA entro il termine di prescrizione (un anno dalla ricezione in CFA).</p> <p>n. sedute CFA Pubblica</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. ricette / moduli vagliati dalla CFA Pubblica - n. ricette / moduli addebitati 	<p>CFA Pubblica</p> <p>Effettuato il controllo del 100% delle ricette/moduli pervenuti entro il termine di prescrizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ricette convenzionata (periodo contabile agosto 2017-marzo 2018) • moduli webcare (periodo contabile: settembre 2017-aprile 2017) 			

	<p>n. sedute CFA Privata</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. ricette/moduli vagliati - n. ricette / moduli addebitati 	<p><u>Attività svolta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 1 seduta - n. 31 ricette/moduli vagliati - n. 10 ricette/moduli addebitati alle Farmacie per € 180,15 (importo lordo) <p><u>Evidenza:</u> v N. repertorio verbale 2288/2018</p> <p>CFA Privata</p> <p>Effettuato il controllo del 100% delle ricette/moduli pervenuti entro il termine di prescrizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ricette convenzionata (periodo contabile marzo 2017 – dicembre 2017) • moduli webcare (periodo contabile: febbraio 2017 – dicembre 2017) <p><u>Attività svolta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 6 sedute - n. 339 ricette/moduli vagliati dalla CFA privata - n. 173 ricette/moduli addebitati alle Farmacie per € 2.232,12 (importo lordo) <p><u>Evidenza:</u> N. repertorio verbale 626/2018 N. repertorio verbale 800/2018 N. repertorio verbale 982/2018 N. repertorio verbale 1632/2018 N. repertorio verbale 1959/2018 N. repertorio verbale 2198/2018</p>
<p>CONGUAGLIO CONTABILE (Progetto un TEAM per le ATS)</p>	<p>Come da Piano operativo regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - chiusura conguaglio contabile relativo agli anni 2010 e 2011 (n. farmacie interessate e valore addebito per ciascun anno contabile); - effettuazione conguaglio contabile 2012 e avvio anno contabile 2013 (Prime Lettere). 	<p>E' proseguito 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), e successivo "Un Team per le ATS" (atti ATS prot. n. 0079801 del 31.08.2017), che prevede la conclusione dell'accertamento delle differenze contabili a tutto il 2016 entro il 30.06.2019.</p> <p><u>ANNO 2010 e 2011</u></p> <p>Nel mese di gennaio 2018 sono stati effettuati i controlli per il contraddittorio sugli anni 2010 e 2011.</p> <p>Sono state inviate nel mese di Marzo 2018 le Seconde Lettere a 304 Farmacie, con conseguente addebito per un importo pari a € 173.144,34.</p> <p><u>Evidenza:</u> n. 304 Seconde lettere via PEC alle Farmacie nel mese di marzo 2018.</p> <p><u>ANNO 2012 e 2013</u></p> <p>Sono state assicurate le attività di supporto a Santer-Reply per la tariffazione delle ricette degli anni 2012 e 2013.</p> <p>Sono state inviate nel mese di maggio 2018 le Prime Lettere a 295</p>

		<p>Farmacie, nello stesso mese sono stati effettuati i colloqui con le Farmacie.</p> <p>Sono state inviate nel mese di giugno 2018 le Seconde Lettere a 295 Farmacie, con conseguente addebito di un importo pari a € 251.079,43.</p> <p><u>Evidenza:</u></p> <p>n. 295 Prime lettere via PEC alle Farmacie per invito a colloquio nel mese di maggio 2018.</p> <p>n. 295 Seconde lettere via PEC alle Farmacie nel mese di giugno 2018.</p> <p>ANNO 2014 e 2015</p> <p>Sono state assicurate le attività di supporto a Santer-Reply per la tariffazione delle ricette degli anni 2014 e 2015.</p> <p>Sono state inviate nel mese di novembre 2018 le Prime Lettere a 301 Farmacie, nello stesso mese sono stati effettuati i colloqui con le Farmacie.</p> <p>Nel mese di febbraio 2019 saranno inviate le Seconde lettere, per conseguente addebito.</p> <p><u>Evidenza:</u></p> <p>n. 301 Prime lettere via PEC alle Farmacie per invito a colloquio nel mese di novembre 2018.</p> <p>Inviata al Servizio Risorse Economico Finanziarie, in data 14.11.2018 con nota prot. ATS n. 0116475/18, la rendicontazione economica degli addebiti alle farmacie effettuati nel corso dell'anno 2018.</p>
--	--	---

PIANIFICAZIONE ANNO 2019

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi
<p>Report personalizzati per Medici Convenzionati (Scheda Medico)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Produzione di report personalizzati per MMG e PLS (Scheda Medico) per individuazione: <ul style="list-style-type: none"> • <i>non aderenti alle indicazioni regionali in materia di prescrizione di farmaci equivalenti</i> • <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> 	<p>Entro il primo semestre 2019 il Servizio Farmaceutico provvede a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – produrre n. 5 schede medico per ciascun MMG/PLS (una per ciascun trimestre 2018, più scheda riepilogativa anno 2018), comprensive del trend di andamento prescrittivo in materia di farmaci equivalenti; – produrre tabella di sintesi iper/ipoprescrittori 2018 per le categorie ATC A, C, J, M; – inviare alla Direzione Socio-Sanitaria (Dipartimento Cure Primarie) i report predisposti <p>Entro il 31.12.2019, il Dipartimento Cure Primarie provvede a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – rendere disponibili ai medici i report della Scheda medico; – incontrare e verbalizzare gli incontri con i medici iperprescrittori; – sensibilizzare i medici con trend prescrittivo in diminuzione, alla prescrizione di farmaci equivalenti. 	<ul style="list-style-type: none"> – n. di report personalizzati prodotti (Scheda Medico) per ciascun trimestre 2018 e anno 2018; – n. MMG/PLS iperprescrittori rilevati nel corso del 2018; – n. incontri effettuati e verbalizzati con i medici iperprescrittori; – n. criticità riscontrate e azioni poste in essere; – n. MMG/PLS sensibilizzati alla prescrizione di farmaci equivalenti.
<p>Controllo e autorizzazione ricette Nota AIFA 39 soggette a Piano terapeutico (periodo: gennaio/dicembre 2019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – valutazione richieste di autorizzazione preventiva alla dispensazione dei farmaci con nota 39 pervenute dalle Farmacie; – verifica dell'acquisizione agli atti del Servizio Farmaceutico del Piano Terapeutico (anche per via telematica) riferito alla prescrizione da autorizzare; – verifica della congruità della prescrizione con il Piano Terapeutico (periodo di validità, dosaggio terapia, ecc.); – rilascio autorizzazione alla dispensazione della ricetta entro 24 ore dalla ricezione, ovvero segnalazione alla farmacia che la ricetta non è rispondente ai formalismi e/o non associabile a PT valido o non acquisito da ATS. 	<ul style="list-style-type: none"> – n. autorizzazioni rilasciate sul n. ____ totale delle richieste pervenute (___%); – n. segnalazioni di prescrizioni non autorizzabili sul n. ____ totale delle richieste pervenute (____%).

CONTROLLO errata/omessa	NOTE	AIFA	Verifica sul 100% delle ricette con nota AIFA errata / omessa relativa all'anno 2018, pervenute da Lombardia Informatica (L.I.).	
			Le ricette con <u>nota AIFA omessa</u> vengono inviate alle Farmacie per eventuale regolarizzazione, ovvero per successivo addebito.	Nota AIFA omessa <ul style="list-style-type: none"> - n. ricette controllate / n. ricette pervenute da L.I. (100%) - n. ricette regolarizzate - n. ricette addebitate alle Farmacie e valore addebito.
			Le ricette con <u>nota AIFA errata</u> prescritte dai MMG/PLS/MCA vengono inviate al Dipartimento Cure Primarie per eventuale regolarizzazione, ovvero per successivo addebito, secondo normativa vigente.	Nota AIFA errata <ul style="list-style-type: none"> - n. ricette controllate / n. ricette pervenute da L.I. (100%) - n. ricette regolarizzate - n. ricette da addebitare ai MMG/PLS/MCA e valore addebito.
			Le ricette con <u>nota AIFA errata</u> prescritte dagli Specialisti vengono inviate alle Strutture ospedaliere per eventuale regolarizzazione, ovvero per successivo addebito, secondo normativa vigente.	Nota AIFA errata <ul style="list-style-type: none"> - n. ricette controllate / n. ricette pervenute da L.I. (100%) - n. ricette regolarizzate - n. ricette da addebitare agli Specialisti e valore addebito.
COMMISSIONI FARMACEUTICHE AZIENDALI			Verifica sulle ricette SSR / moduli AIR restituiti da Lombardia Informatica perché ritenuti irregolari.	Controllo del 100% delle ricette pervenute alle CFA entro il termine di prescrizione (un anno dalla ricezione in CFA).
			Le ricette/moduli confermati come irregolari vengono inviati al Servizio Farmaceutico per l'addebito alla Farmacia.	n. sedute CFA Pubblica <ul style="list-style-type: none"> - n. ricette/moduli vagliati dalla CFA Pubblica - n. ricette / moduli addebitati n. sedute CFA Privata <ul style="list-style-type: none"> - n. ricette/moduli vagliati - n. ricette / moduli addebitati
CONGUAGLIO CONTABILE (Progetto un TEAM per le ATS)			Verifica delle differenze contabili elaborate da Santer Reply /LISPA in contraddittorio con Farmacie secondo il Nuovo Piano Operativo di LISPA/Santer, con conclusione dell'anno contabile 2016 entro il 19.06.2019 (Atti ATS prot. n. 0079801 del 31.08.2017).	Come da Piano operativo regionale: <ul style="list-style-type: none"> - chiusura conguaglio contabile relativo agli anni 2014 e 2015 (n. farmacie interessate e valore addebito per ciascun anno contabile); - effettuazione conguaglio contabile 2016.
			Evasione delle richieste di contraddittorio delle Farmacie, con stesura di verbale, per le quali risulta differenza contabile, 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' 2018

Obiettivi	Indicatori quantitativi	Rendicontazione al 31.12.2018
<p>Controllo delle prescrizioni / erogazioni dei farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici): 100%, con presenza del dato di targatura nel file F per farmaci HCV.</p> <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 per farmaci HCV.</p>	<p>Controllo sul 100% dei record prodotti dalla Struttura pubblica autorizzata (ASST Spedali Civili di Brescia).</p>	<p>Nuovi Farmaci per HCV Effettuato il controllo su n. 3.912 prescrizioni/erogazioni dei nuovi farmaci per HCV (pari al 100% dei record) rendicontati nel periodo gennaio-dicembre 2018 per verifica presenza di scheda AIFA, corretta compilazione del tracciato (date di somministrazione e dispensazione del farmaco), assenza di farmaci con AIC revocati; presenza del dato di targatura nell'apposito campo del tracciato record: non sono stati formulati rilievi.</p> <p><u>Evidenze documentali:</u> note ATS: - prot. n. 0072863 del 17.07.2018 - prot. n. 0117546 del 16.11.2018 - prot. n. 0132743 del 31.12.2018 - prot. n. 0009231 del 20.01.2019 note ASST Spedali Civili - prot. ATS n. 0103605 del 12.10.2018 - prot. ATS n. 0130423 del 20.12.2018 - prot. ATS n. 0005923 del 18.01.2019 - prot. ATS n. 0011757 del 01.02.2019</p> <p>Verificata altresì la corretta applicazione dei prezzi massimi di acquisto, senza rilievi di anomalie.</p> <p><u>Evidenze documentali:</u> note ATS: - prot. n. 0044807 del 04.05.2018 - prot. n. 0072824 del 17.07.2018 - prot. n. 0122231 del 29.11.2018 - prot. n. 0006155 del 18.01.2019 - prot. n. 0009594 del 28.01.2019 note ASST Spedali Civili: - prot. ATS n. 0047625 del 10.05.2018 - prot. ATS n. 0103620 del</p>

		<p>12.10.2018 - prot. ATS n. 0128327 del 14.12.2018 - prot. ATS n. 0008654 del 25.01.2019 - prot. ATS n. 0010613 del 30.01.2019</p> <p>Agli atti del Servizio Farmaceutico, sul portale "Trasmissione flussi" è presente il flusso storico dei tracciati inviati e ricevuti.</p>
<p>Controllo delle prescrizioni / erogazioni in File F dei farmaci ipercolesterolemia, inibitori PCSK9 (evolocumab e alirocumab): 50%</p> <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>Controllo sul 50% dei record prodotti nel corso del 2018 dalle Strutture accreditate bresciane.</p>	<p><u>Farmaci ipercolesterolemia, inibitori PCSK9 (evolocumab e alirocumab)</u></p> <p>Effettuato il controllo delle prescrizioni/erogazioni dei nuovi farmaci per ipercolesterolemia, inibitori PCSK9-evolocumab e alirocumab rendicontati nel periodo gennaio-dicembre 2018 n. 768/1.505, pari al 51% dei record senza formulazione di rilievi.</p> <p><u>Evidenze documentali:</u> note ATS: - prot. n. 0072904 del 17.07.2018 - prot. n. 0130372 del 20.12.2018 - prot. n. 0130376 del 20.12.2018 - prot. n. 0009220 del 28.01.2019 nota ASST Franciacorta: - atti ATS prot. n. 0011794 del 1.2.2019; - atti ATS prot. n. 0013611 del 7.2.2019;</p> <p>Agli atti del Servizio Farmaceutico sul portale "Trasmissione flussi" è presente il flusso storico dei tracciati inviati e ricevuti.</p> <p>Verificata altresì la corretta applicazione dei prezzi massimi di acquisto, senza rilievi di anomalie</p> <p><u>Evidenza documentale:</u> note ATS: - prot. n. 0044807 del 04.05.2018 - prot. n. 0072824 del 17.07.2018 - prot. n. 0122231 del 29.11.2018 - prot. n. 0006155 del 18.01.2019 - prot. n. 0009594 del 28.01.2019 note ASST SPEDALI CIVILI:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - prot. ATS n. 0047625 del 10.05.2018 - prot. ATS n. 0103620 del 12.10.2018 - prot. ATS n. 0128327 del 14.12.2018 - prot. ATS n. 0008654 del 25.01.2019 - prot. ATS n. 0010613 del 30.01.2019 <p>nota ASST FRANCIACORTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prot. ATS n. 0049167 del 15.05.2018 - prot. ATS n. 0127037 del 11.12.2018 - prot. ATS n. 0008228 del 24.01.2019 - prot. ATS n. 0011824 del 04.02.2019 <p>Agli atti del Servizio Farmaceutico sul portale "Trasmissione flussi" è presente il flusso storico dei tracciati inviati e ricevuti.</p>
<p>Controllo del 50% delle prescrizioni/erogazioni in File F dei farmaci oncologici ad alto costo (tipologia 5, 2 e 1) effettuate nell'anno 2018</p> <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>Controllo sul 50% dei record prodotti dalle strutture accreditate bresciane nel corso del 2018.</p>	<p>Farmaci oncologici</p> <p>Effettuato il controllo su di n. 19.318/38.454 prescrizioni/erogazioni dei farmaci oncologici (pari al 50,2% dei record) sul periodo gennaio/giugno 2018, con correzione di 47 record che le Strutture interessate dalle osservazioni hanno provveduto ad autocorreggere, per cui non è stata intrapresa alcuna azione. Per tutti i record rendicontati è stata verificata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la presenza/assenza della scheda AIFA, anche tramite sistema informativo web di AIFA • la corretta compilazione del tracciato (date di somministrazione e dispensazione del farmaco) e l'assenza di farmaci con AIC revocati; <p><u>Evidenza documentale:</u> note ATS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prot. n.0072892 del 17.07.2018 - prot. n.0131434 del 24.12.2018 - prot. n.0131438 del 24.12.2018 - prot. n.0131464 del 24.12.2018 - prot. n.0131479 del 24.12.2018

		<p>- prot. n.0131488 del 24.12.2018 nota ASST SPEDALI CIVILI:</p> <p>- prot. ATS n. 0005915 del 18.01.2019 note ASST FRANCIACORTA</p> <p>- prot. ATS n. 0104608 del 16.10.2018</p> <p>- prot. ATS n. 0000595 del 09.01.2019 note ASST GARDA:</p> <p>- prot. ATS n. 0003490 del 11.01.2019</p> <p>- prot. ATS n. 0003495 del 11.01.2019</p> <p>Agli atti del Servizio Farmaceutico sul portale "Trasmissione flussi" è presente il flusso storico dei tracciati inviati e ricevuti.</p> <p>Verificata altresì la corretta applicazione dei prezzi massimi di acquisto, senza rilievi di anomalie <u>Evidenza documentale:</u> note ATS:</p> <p>- prot. n. 0044807 del 04.05.2018</p> <p>- prot. n. 0072824 del 17.07.2018</p> <p>- prot. n. 0122231 del 29.11.2018</p> <p>- prot. n. 0006155 del 18.01.2019</p> <p>- prot. n. 0009594 del 28.01.2019</p> <p>note ASST SPEDALI CIVILI:</p> <p>- prot. ATS n. 0047625 del 10.05.2018</p> <p>- prot. ATS n. 0103620 del 12.10.2018</p> <p>- prot. ATS n. 0128327 del 14.12.2018</p> <p>- prot. ATS n. 0008654 del 25.01.2019</p> <p>- prot. ATS n. 0010613 del 30.01.2019</p> <p>note ASST FRANCIACORTA:</p> <p>- prot. ATS n. 0049167 del 15.05.2018</p> <p>- prot. ATS n. 0127037 del 11.12.2018</p> <p>- prot. ATS n. 0008228 del 24.01.2019</p> <p>- prot. ATS n. 0011824 del 04.02.2019</p> <p>Agli atti del Servizio Farmaceutico sul portale "Trasmissione flussi" è presente il flusso storico dei tracciati inviati e ricevuti.</p>
<p>Controllo delle prescrizioni / erogazioni in File F dei farmaci, relativamente alle indicazioni non soggette a scheda AIFA,</p>	<p>Controllo sul 50% dei record prodotti dalle strutture accreditate bresciane nel corso del 2018.</p>	<p>È stato effettuato il controllo su n. 19.318/38.454 prescrizioni/erogazioni di farmaci oncologici (pari al 50,2% dei</p>

<p>rituximab, trastuzumab e temozolamide: 50%</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 delle indicazioni terapeutiche non soggette a scheda AIFA per le quali il farmaco è stato erogato.</p>		<p>record) sul periodo gennaio-giugno 2018.</p> <p>Per tutti i record rendicontati nel periodo gennaio-giugno 2018 è stata verificata la corretta compilazione del tracciato (date di somministrazione e dispensazione del farmaco) e l'assenza di farmaci con AIC revocati.</p> <p>Sono state formulate osservazioni su n. 1.010 record totali, che la Struttura interessata, in autocontrollo, ha provveduto a correggere.</p> <p><u>Evidenza documentale:</u> nota ATS prot. n. 0072892 del 17.07.2018 nota ATS prot. n. 0131479 del 24.12.2018 Agli atti del Servizio Farmaceutico sul portale "Trasmissione flussi" è presente il flusso storico dei tracciati inviati e ricevuti.</p> <p>Per tutti i record rendicontati nel periodo gennaio-giugno 2018 è stata verificata altresì la corretta applicazione dei prezzi massimi di acquisto, senza formulazione di rilievi.</p> <p><u>Evidenza documentale:</u> note ATS: - prot. n. 0044807 del 04.05.2018 - prot. n. 0072824 del 17.07.2018 - prot. n. 0122231 del 29.11.2018 - prot. n. 0006155 del 18.01.2019 - prot. n. 0009594 del 28.01.2019 note ASST SPEDALI CIVILI: - prot. ATS n. 0047625 del 10.05.2018 - prot. ATS n. 0103620 del 12.10.2018 - prot. ATS n. 0128327 del 14.12.2018 - prot. ATS n. 0008654 del 25.01.2019 - prot. ATS n. 0010613 del 30.01.2019 note ASST FRANCIACORTA: - prot. ATS n. 0049167 del 15.05.2018 - prot. ATS n. 0127037 del 11.12.2018 - prot. ATS n. 0008228 del 24.01.2019 - prot. ATS n. 0011824 del 04.02.2019</p>
---	--	--

		Agli atti del Servizio Farmaceutico sul portale "Trasmissione flussi" è presente il flusso storico dei tracciati inviati e ricevuti.
Controllo appropriatelyzza erogativa dei farmaci rendicontati in File F ed erogati in distribuzione diretta	Controllo sul 50% dei record prodotti dalle strutture accreditate bresciane nel corso del 2018.	La verifica di appropriatelyzza erogativa delle specialità Simponi, Roactemra 162 mcg fl. e Cosentyx è stata effettuata su tutte le erogazioni in File F del 1° semestre 2018 (n. 2.305 erogazioni). L'analisi si è focalizzata sulle modalità di dispensazione dei farmaci e sui quantitativi erogati per valutare che gli stessi siano consoni alla posologia ordinaria per ogni singolo paziente. Si è tenuto conto anche del confezionamento del farmaco, della necessità di un'eventuale induzione e delle tempistiche di erogazione del farmaco previste dal livello regionale. <i>Evidenza documentale:</i> Relazione ATS prot. n. 0006621 del 21.01.2019

PIANIFICAZIONE ANNO 2019

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi
Controllo della prescrizione/erogazione/ rendicontazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione su tutti i farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici) effettuati nell'anno 2019 (100%).	Verifica presenza/assenza della scheda AIFA. Verifica puntuale della corretta applicazione dei prezzi massimi di acquisto come periodicamente trasmessi da Regione Lombardia sulla base degli accordi negoziati da AIFA con le Aziende Farmaceutiche e controllo del reale costo sostenuto da parte della Struttura, anche mediante acquisizione delle fatture di acquisto. Verifica della presenza del dato di targatura nell'apposito campo del tracciato (solo farmaci per HCV).	- Controllo del 100% dei record prodotti dalle Strutture bresciane nel corso del 2019 per i farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici) con verifica puntuale a carico dell'ATS del reale costo sostenuto da parte della Struttura.
Controllo della corretta rendicontazione in File F delle note di credito/rimborso alla Struttura erogatrice dei rimborsi MEA o prezzo volume	Verifica della corretta rendicontazione in file F della tipologia 15 (come aggiornata) e della tipologia 19 mediante trasmissione alle Strutture dei record di competenza ricevuti con nota regionale prot. n. G1.2019.0016851 del 13/05/2019 (atti ATS prot. n. 0049890/19).	- Controllo del 100% dei record forniti.

AREA SALUTE MENTALE

SINTESI DEGLI ASPETTI DEI CONTROLLI 2018

Nel corso dell'esercizio 2018 il controllo operato dall'Area Psichiatria è stato rivolto agli indicatori di monitoraggio derivabili dalla valutazione della documentazione idonea al ricovero in Strutture della Riabilitazione Psichiatrica del territorio ATS-Brescia ed è proseguito come quello per l'anno 2017.

La verifica ha interessato in generale l'appropriatezza dei ricoveri in Strutture della Riabilitazione Psichiatrica e Neuropsichiatrica mediante la registrazione ed il monitoraggio dei dati riportati sulla richiesta di ratifica ATS in regime 46/SAN e 28/SAN.

Concretamente si è proceduto alla valutazione della totalità delle schede autocertificanti i requisiti di ingresso, presentate dai DSM e NPIA delle ASST insistenti sul territorio di competenza ATS Brescia.

Il numero di istanze di ratifica pervenute ad ATS nel corso dell'anno 2018 (per un totale di n. 885), ha evidenziato, in termini generali, una ormai consolidata acquisizione della corretta modalità di inoltro delle richieste di ratifica da parte dei CPS e NPIA delle ASST invianti.

Le ratifiche non rilasciate sulla totalità delle richieste, si attesta, infatti, al di sotto del 3% (2,82%), a fronte di un valore di poco superiore al 9% (9,03%), riscontrato nell'anno 2017.

Si registra, inoltre, nell'anno 2018, un incremento percentuale di richieste di ratifica di ingresso pari al 22,2%, comprendente sia nuovi ingressi che la riammissione di utenti già in carico. In termini assoluti, si tratta di n° 125 ratifiche di ingresso in più.

Tale incremento potrebbe rappresentare un indicatore utile per ulteriori approfondimenti su aspetti riguardanti, da un lato l'appropriatezza clinica degli inserimenti nelle strutture che erogano prestazioni sanitario-riabilitative specialistiche e dall'altro l'eventuale fabbisogno emergente connesso al più ampio mondo del disagio sociale (utenti over 65, utenti con disabilità anche affetti da disturbi del comportamento, ecc).

Nelle tabelle seguenti vengono riportati i dati inerenti il monitoraggio nel corso dell'anno 2018 (tab.1) e il confronto tra 2017 e 2018 (tab.2) delle richieste di ratifica provenienti dai Dipartimenti di Salute Mentale e Neuropsichiatrie invianti.

Tabella n. 1

Indicatore - CONTROLLI su Richiesta Ratifica 46/san + 28/san	1° trimestre 2018	2° trimestre 2018	3° trimestre 2018	4° trimestre 2018	totale anno 2018
N° Richieste Ratifiche Pervenute	228	257	229	171	885
N° Richieste Ratificate	178	195	172	142	687
N° Richieste Sospese	18	35	25	19	97
N° Richieste non Ratificate	8	10	4	3	25
Altro (note, determine o comunicazioni diverse)	24	17	28	7	76

Tabella n.2

Indicatore - CONTROLLI su Richiesta Ratifica 46/san + 28/san	totale anno 2017	totale anno 2018	Variazione 2018 su 2017	delta %
N° Richieste Ratifiche Pervenute	675	885	210	31,1
N° Richieste Ratificate	562	687	125	22,2
N° Richieste Sospese	31	97	66	212,9
N° Richieste non Ratificate	61	25	-36	-59,0
Altro (note, determine o comunicazioni diverse)	21	76	55	261,9

L'obbligo dell'invio ad ATS della scheda "Rinnovo PTI", da inoltrare in occasione dell'aggiornamento del Piano Terapeutico Individuale, ha permesso di monitorare la prosecuzione del ricovero su proroga clinica, secondo le esigenze riconosciute dall'équipe di cura: dal 01.01.2018 al 31.12.2018 sono state registrate n. 586 comunicazioni di rinnovo. Esse rappresentano veri e propri controlli sul mantenimento di uno degli aspetti più importanti dell'appropriatezza dei inserimenti, ovvero la verifica della presenza di un Piano di Cura aggiornato e condiviso tra le équipe CPS/Poli Territoriali NPJA delle ASST e le Strutture residenziali della riabilitazione psichiatrica e neuropsichiatrica, e che trova riscontro con quanto rendicontato nel flusso 46/SAN.

Nello specifico per gli inserimenti in strutture residenziali di NPJA le verifiche sono state condotte secondo i criteri elaborati dallo specifico protocollo condiviso e relativa rendicontazione in 28/SAN. Per quanto riguarda il controllo di appropriatezza sugli inserimenti in Strutture non a contratto della Riabilitazione Psichiatrica e Neuropsichiatrica (territoriali, fuori ATS o fuori Regione) presso cui sono inseriti utenti bresciani, la verifica si è basata sul riscontro in ogni richiesta o rinnovo di prosecuzione del ricovero (trimestrale, semestrale o annuale) di una documentazione valida e aggiornata dei criteri clinici certificati dallo specialista del DSM/UONPJA inviante che ne stabilisca/riconfermi la necessità. Tale verifica rappresenta la condizione imprescindibile per inserire l'utente con accesso all'erogazione del fondo extra-contratto attraverso il flusso 43/SAN. Tale monitoraggio, alimenta uno specifico database, che si ritiene possa fornire utilità anche ai fini del mandato aziendale in termini di programmazione delle risorse in un'area ad elevata complessità come quella della Salute Mentale.

In ordine alle attività previste dal piano controlli per il 2018, si è proceduto inoltre a:

- verifica della presenza dei dinieghi alle proposte di ricovero da parte degli Enti Inviante, rilasciati dalle strutture residenziali di Psichiatria e Neuropsichiatrica con registrazione delle motivazioni di non accoglimento per i pazienti in inserimento con flusso 43/SAN;
- verifica su tutta la casistica della completezza informativa dei dati socio demografici rilevati in giorni indici (un giorno indice individuato per ogni struttura) sulle schede anagrafiche di PSICHEWEB per i casi inseriti nel sistema informativo.

Infine, in collaborazione con il Servizio Programmazione Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, sono state effettuate:

- verifica formale della completezza dei flussi 46/SAN e 43/SAN.

PIANIFICAZIONE CONTROLLI 2019

Per quanto riguarda la pianificazione dell'attività di Controllo per l'anno 2019 gli interventi volti alla verifica dell'appropriatezza dei ricoveri in strutture residenziali e semiresidenziali di Psichiatria e Neuropsichiatrica saranno mantenuti attraverso:

- Impostazione e condivisione in vista della sperimentazione di un modello per la registrazione dei movimenti in ingresso e dimissione degli utenti afferenti all'area di psichiatria e NPJA e inseriti in strutture residenziali e semiresidenziali della rete territoriale di competenza. Tale nuovo sistema presuppone la presenza della corretta tenuta della documentazione clinica ed amministrativa comprovante l'appropriatezza dei percorsi di

riabilitativi, sia da parte delle DSM/UONPIA, CPS/Polo Territoriale di riferimento, che della struttura accogliente;

- Prosecuzione della registrazione e monitoraggio, delle comunicazioni di rinnovo dei PTI, dei flussi di inserimento e dimissione dei pazienti nelle strutture residenziali e semiresidenziali di Psichiatria e Neuropsichiatria, in modo tale da mantenere aggiornato il data base sulla prosecuzione del programma di cura e dunque del ricovero;
- Verifica della presenza e dell'aggiornamento dei registri dei dinieghi rilasciati dalle strutture residenziali di Psichiatria e Neuropsichiatria sulla base delle proposte di ricovero da parte degli enti invianti completo della registrazione delle motivazioni di non accoglimento;
- Verifica a campione della completezza informativa dei dati socio demografici rilevabili sulle schede anagrafiche di PsicheWeb per i casi inseriti nel sistema informativo;
- Verifica dell'appropriatezza degli inserimenti di pazienti presenti da più di cinque anni in strutture residenziali extra-contratto (in regione e fuori regione) sia per quanto riguarda Psichiatria sia per NPIA, attraverso il riscontro della formale completezza della documentazione richiesta dalla procedura specifica condivisa già in uso.

Infine, saranno condivise le verifiche effettuate dal Servizio Programmazione Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, come di consueto:

- Verifica formale della completezza dei flussi 46/SAN e 43/SAN e 28/SAN per l'ambito della residenzialità di NPIA.

AREA SOCIO SANITARIA E SOCIALE

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

ANALISI DEL CONTESTO TERRITORIALE

Rete delle Unità d'Offerta socio-sanitarie

Nel territorio dell'ATS di Brescia è presente una diffusa rete di Unità d'Offerta socio sanitarie Tabella n. 1 e Tabella n. 2; tale rete garantisce ai cittadini bresciani un'offerta completa di prestazioni, in particolare per le persone fragili e con compromissioni importanti dello stato di salute. Il numero delle UdO al 01.01.2019 è indicato nelle due tabelle sotto riportate.

Tabella n. 1

UNITA' D'OFFERTA SOCIO SANITARIE TERRITORIO ATS DI BRESCIA		
TIPOLOGIA STRUTTURA	N. Strutture autorizzate	N. Strutture accreditate (e contrattualizzate)
RSA	86	85*
CDI	54	54**
Hospice	6	6
RSD	7	7
CDD	29	29
CSS	22	21
Cure Intermedie (delle quali n. 2 post acuti)/ Riabilitazione ambulatoriale	6	6
Consultori Familiari (dei quali n. 3 sedi distaccate)	20	19
Comunità Dipendenze	22	20
Servizi Multidisciplinari Integrati	4	4
ADI (delle quali n. 23 accreditate dall'ATS di Brescia)	32	32
UCP-DOM (delle quali n. 3 accreditate da altre ATS)	16	16
Comunità Dipendenze bassa intensità	3	3

*delle quali n. 84 a contratto

** dei quali n. 51 a contratto

Tabella n. 2

UNITA' D'OFFERTA SOCIO SANITARIE GESTITE DIRETTAMENTE DALLE ASST NEL TERRITORIO DI ATS BRESCIA	
TIPOLOGIA STRUTTURA	N. Strutture autorizzate ed accreditate
RSD	1
Consultori Familiari (di cui 3 sedi distaccate)	16
Servizi Territoriali per le Dipendenze	8
ADI	3
UCP DOM	3
Hospice	2

La Tabella n. 3 riporta le UdO autorizzate e/o accreditate dall'ATS di Brescia, e la loro ripartizione sui tre Distretti dell'ATS.

Tabella n. 3: ripartizione per ambiti distrettuali delle diverse tipologie di unità d'offerta socio-sanitarie

TIPOLOGIA STRUTTURA	TOTALI	ASST SPEDALI CIVILI	ASST GARDA	ASST FRANCIACORTA
RSA	86	33	33	20
CDI	54	22	17	15
HOSPICE	8	3	4	1
RSD	8	5	3	0
CDD	29	13	10	6
CSS	22	10	8	4
Cure Intermedie/Riabilitazione Ambulatoriale (di cui 2 post acuti)	6	2	2	2
Consultori Familiari (di cui 6 sedi distaccate)	36	17	10	9
Comunità Dipendenze	22	10	8	4
SMI/SerT	12	6	4	2
ADI	26	10	11	5
UCP-DOM	16	7	5	4
Comunità Dipendenze bassa intensità	3	3	0	0
TOTALI	327	141	114	72

SINTESI DELL'ATTIVITA' EFFETTUATA NEL 2018

Nel corso del 2018 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 dei controlli dell'ATS di Brescia prevedeva un'attività di verifica su base triennale considerando l'anno 2018 come primo anno del triennio e programmando per ciascuna delle 3 annualità la vigilanza di almeno 1/3 delle Unità d'Offerta attive all'inizio del triennio, per ogni singola tipologia di Unità d'Offerta. La sintesi degli obiettivi di vigilanza ordinaria relativa all'anno 2018 e del loro raggiungimento è riportata nella Tabella n. 4 che suddivide l'attività per tipologia di Unità d'offerta.

Tabella n. 4 - Vigilanza UdO socio-sanitarie: confronto UdO vigilate al 31.12.2018 ed UdO pianificate per l'anno 2018

Unità di Offerta	VIGILANZA	
	N. Unità d'Offerta vigilate alla data del 31.12.2018	Obiettivo pianificazione 2018
RSA	29	29
CDI	19	19
HOSPICE	3	2
RSD	3	2
CDD	11	10
CSS	7	7
CURE INTERMEDIE	2	2
CONS. PRIVATI	7	7
COMUNITA' DIPENDENZE	8	7
SMI	2	2
ADI	8	8
UCP-DOM	5	4
COM. DIP. BASSA INTENSITA'	1	1
ATTIVITA' INNOVATIVE		
RESIDENZIALITA' ASSISTITA PER RELIGIOSI	1	1
MISURA 2 "RESIDENZIALITA' LEGGERA ASSISTITA"	4	4
MISURA 4 "RSA APERTA"	14	13
STRUTTURE PUBBLICHE DELLE ASST BRESCIA		
RSD	-	-
CONSULTORI FAMILIARI	5	5
SERT/NOA	3	3
ADI	1	1
UCP DOM	1	2
HOSPICE	-	1
TOTALE	134	130

L'equipe di vigilanza ha verificato complessivamente oltre il 100% delle UdO programmate nel piano controlli 2018.

In 9 vigilanze sono state riscontrate carenze per le quali sono state emesse lettere di diffida e sono state irrogate sanzioni. In particolare sono risultate carenti n. 3 RSA, n. 3 CDI, n. 2 Comunità Dipendenze e n. 1 UCP-Dom, verso le quali sono state emesse prescrizioni, diffide e relativi verbali di contestazione.

Le sanzioni sono state irrogate principalmente per:

- carenze dei contratti di lavoro/incarichi professionali;
- mancato raggiungimento dello standard minimo di presenza del personale nel periodo preso a campione;
- mancata/incompleta rilevazione della presenza del personale;
- mancata diffusione della customer satisfaction

- carenza/incompletezza/mancato aggiornamento di documenti (protocolli, carta dei servizi, documento organizzativo, piano di formazione).

Per n. 2 RSA, 1 CDI e 1 RSD si sono svolte vigilanze su segnalazione; nel corso delle suddette vigilanze su segnalazione i requisiti previsti dalla normativa vigente sono risultati rispettati.

In relazione all'applicazione della DGR 2942/2014 (misure applicative della DGR 116/2013) sono state effettuate le vigilanze inerenti la verifica dei requisiti organizzativi gestionali e strutturali tecnologici in n. 14 UdO campionate che hanno attivato la Misura 4 e in n. 4 UdO che hanno attivato la Misura 2, senza particolari rilievi e/o richieste di integrazione documentale.

Per quanto riguarda la "Residenzialità Assistita per religiosi" nell'anno 2018 è stata vigilata, con esito positivo, n. 1 Unità d'Offerta che ha richiesto di erogare tale misura.

Nell'anno 2018 le regole di sistema in ambito sociosanitario (DGR n. X/7600/2017) hanno confermato la possibilità, da parte degli Enti Gestori, di presentare istanza di nuovi accreditamenti all'ATS.

Nel corso del 2018 sono state verificate il 100% delle istanze presentate all'ATS ovvero n. 5 SCIA, n. 4 volture dell'accredimento, n. 7 SCIA con contestuale richiesta di accreditamento, n. 4 richieste di Ente Unico e 4 richieste di accreditamento.

E' stato gestito e perfezionato l'iter di accreditamento dei SERT pubblici in aderenza ai nuovi POAS.

Per quanto riguarda i requisiti soggettivi sono state acquisite, entro il 31.01.2018, da tutti gli Enti che gestiscono UdO Socio Sanitarie, le autocertificazioni come previsto dalla DGR 2569/2014. E' stato verificato il 100% delle dichiarazioni sostitutive relative alle istanze pervenute. E' stato inoltre verificato, a campione, il 10% delle autocertificazioni acquisite entro il 31.01.2018.

Per la verifica della regolarità della continuità gestionale e finanziaria è stata acquisita, entro il 30.06.2018, la relazione dei revisori contabili sul bilancio 2017.

Entro il 28.02.2018 sono state acquisite le autocertificazioni relative all'applicazione del D.Lgs. 231/2001 e a campione sono state richieste e verificate n. 69 relazioni dell'organismo di vigilanza.

PIANIFICAZIONE VIGILANZA 2019

L'attività di vigilanza 2019 sulle Unità d'Offerta sociosanitarie sarà attuata secondo la normativa regionale vigente e nel rispetto delle Regole di Sistema 2019 – DGR X/1046 del 17.12.2018.

La funzione di vigilanza si svolgerà attraverso attività volte alla 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 dalla normative specifiche di riferimento.

Le vigilanze nell'anno 2019 avverranno in tutte le UdO sociosanitarie, pubbliche e private, indipendentemente dallo status erogativo (abilitate all'esercizio, accreditate e contrattualizzate) e per tutte le misure innovative o sperimentazioni in ambito sociosanitario promosse da Regione.

L'attività di vigilanza sarà orientata a verificare l'effettivo ottenimento del fine sotteso a requisiti e indicatori e pertanto non potrà prescindere dal sopralluogo presso l'unità d'offerta e dovrà comprendere la verifica dell'aderenza e della coerenza della documentazione con la situazione di fatto. L'attività comporterà la verifica degli aspetti strutturali e tecnologici da effettuarsi in modo integrato con quelli gestionali e organizzativi.

Pianificazione Vigilanza 2019

Nella Tabella n. 6 è evidenziato il numero totale delle Unità d'Offerta censite al 01.01.2019 e il numero delle Unità d'Offerta da vigilare nel corso del 2019.

ATS di Brescia effettuerà l'attività di vigilanza anche sulle Unità di Offerta gestite direttamente dalle ASST.

Tabella n. 6 – Pianificazione attività 2019

ANNO 2019 - Strutture Private del territorio di ATS Brescia			
TIPOLOGIA STRUTTURA	N. Strutture autorizzate	N. Strutture accreditate	OBIETTIVO Strutture da vigilare anno 2019
RSA	86	85	28
CDI	54	54	18
Hospice	6	6	2
RSD	7	7	3
CDD	29	29	10
CSS	21	21	7
Cure Intermedie (di cui 2 post acuti)/ Riabilitazione ambulatoriale	6	6	2
Consultori Familiari (di cui 3 sedi distaccate)	20	19	7
Comunità Dipendenze	22	20	8
Servizi Multidisciplinari Integrati	4	4	2
ADI	23	23	10
UCP-DOM	13	13	5
Comunità Dipendenze Bassa Intensità	3	3	1
ANNO 2019 – Attività innovative ATS di Brescia			
Residenzialità assistita per religiosi	3	3	1
Misura 2 Residenzialità leggera/assistita	7	7	2
Misura 4 RSA Aperta	44	44	15
ANNO 2019 - Strutture Pubbliche delle ASST di Brescia			
RSD	1	1	0
Consultori Familiari (di cui 3 sedi distaccate)	16	16	3
Servizi Territoriali per le Dipendenze	8	8	6
ADI	3	3	2
UCP-DOM	3	3	2
Hospice	2	2	1
TOTALE	381	377	135

Per l'anno 2019 si prevede altresì di effettuare le seguenti verifiche:

Gestione e verifiche in ordine alle SCIA e delle istanze di accreditamento

Saranno garantite le verifiche sul possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento nel 100% delle SCIA e delle istanze di accreditamento presentate secondo le procedure contenute nel Sub Allegato 9 della DGR 4702/2015.

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

Considerato che l'attività può essere avviata dalla data di presentazione della SCIA, al fine di evitare possibili rischi per gli utenti, le verifiche saranno avviate con la massima tempestività.

Verifica dei Requisiti Soggettivi

Per quel che riguarda i requisiti soggettivi entro il 31 gennaio vengono acquisite le dichiarazioni sostitutive di certificazione, riportate nella DGR 2569/2014, prodotte ai sensi del DPR 445/2000. L'obbligo di trasmissione di tali dichiarazioni è a carico di tutte le UdO sociosanitarie, abilitate all'esercizio, accreditate e contrattualizzate.

Nel corso del 2019 saranno verificate tutte le dichiarazioni sostitutive relative alle istanze presentate e almeno il 10% di quelle acquisite entro il 31 gennaio.

Verifica in ordine al mantenimento Requisiti Strutturali/Tecnologici ed Organizzativo/Gestionali

E' prevista anche un'attività di vigilanza congiunta tra le équipes della vigilanza e dell'appropriatezza, per la verifica di situazioni particolarmente complesse, anche a seguito di segnalazioni.

Prosegue inoltre, in alcuni specifici ambiti dell'attività di vigilanza, la collaborazione con il Dipartimento PIPSS nell'ottica di un sistema integrato di verifica e controllo che si avvalga delle diverse professionalità presenti in Agenzia.

Nel corso dell'anno 2019, che rappresenta il 2° anno di attività di verifica del triennio 2018/2020, saranno vigilate almeno 1/3 delle unità d'offerta attive all'inizio del triennio, per ogni singola tipologia di unità d'offerta.

Tali unità d'Offerta saranno individuate sulla base dei seguenti criteri di priorità:

- periodo più lungo intercorso dall'ultima vigilanza;
- criticità riscontrate in ambito sia gestionale che strutturale nelle vigilanze precedenti;
- diffide/sanzioni formulate nelle vigilanze precedenti;
- approfondimenti a seguito di segnalazioni.

La vigilanza sarà effettuata in modo omogeneo di numero di vigilanze sulle diverse tipologie di Unità d'Offerta e, tendenzialmente, sui diversi territori dell'Agenzia.

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

Relativamente ai soggetti gestori di più unità d'offerta, anche di diversa tipologia, saranno verificati gli standard per ogni singola UdO, tenendo conto anche dell'eventuale utilizzo dello stesso personale su più strutture o misure; la verifica degli standard gestionali sarà effettuata prendendo in considerazione le presenze del personale all'interno di un periodo di riferimento. L'unità minima di rilevazione è costituita da almeno una settimana campione.

Saranno altresì verificati, partendo dalla vigilanza, in ciascuna Unità d'Offerta su campioni significativi e rappresentativi delle diverse qualifiche professionali, i titoli di studio e le eventuali iscrizioni agli albi professionali.

Alla luce di un'analisi delle criticità emerse nel corso delle vigilanze e dello studio condotto da ACSS sulle schede struttura, verrà dedicata attenzione al rispetto delle norme in materia di lavoro, sia in ambito sociosanitario che sanitario, in collaborazione con l'Ispettorato Territoriale del Lavoro.

L'attività di vigilanza delle Unità d'Offerta sociosanitarie e sociali afferiscono alla stessa U.O. e pertanto i casi che presentano criticità, sia gestionale che strutturale e in riferimento alla tipologia di utenza presente, verranno affrontati in modo integrato dagli operatori delle rispettive équipes.

Vigilanza e controllo sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative e le misure applicative della DGR 116/2013

La programmazione 2019 garantirà la verifica su almeno 1/3 delle sperimentazioni delle unità d'offerta innovative.

CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIE

RENDICONTAZIONE ATTIVITÀ 2018

Così come previsto dal piano controlli 2018 dell'ATS di Brescia (Decreto n. 186/2018) nel corso del 2018 il controllo di appropriatezza è stato espletato seguendo le indicazioni della DGR 6502 del 21.04.2017 e con quanto disposto dalle regole di sistema (DGR 7600/2017).

Ha riguardato tutte le tipologie di UDO socio-sanitarie sia autorizzate che accreditate, nella misura del 35% circa, utilizzando il sistema degli indicatori di appropriatezza assistenziale previsto dalla DGR 1765/14 ed il relativo metodo di rilevazione costituito dalle check-list regionali di verifica.

A conclusione dell'attività di controllo, nel verbale conclusivo, si è tracciato l'invito a utilizzare le check list regionali per favorire momenti di autocontrollo. Al momento l'attività di autocontrollo rimane ancora una metodologia poco strutturata e poco significativa per la difficoltà ad acquisirne l'esito.

Le verifiche, effettuate con preavviso nella giornata lavorativa antecedente la visita, per consentire alla struttura di organizzare la presenza di personale senza impatti negativi sull'assistenza, sono state eseguite da personale assegnato facente parte dell' "UO Qualità e Appropriatelyzza delle prestazioni delle Unità d'offerta Sociosanitarie" dell'ATS di Brescia.

Le risorse tecnologiche/strumentali assegnate sono state: un'autovettura ad uso esclusivo dell'UO e n. 7 PC, di cui 2 portatili.

Ai sensi della DGR 7600/2017 per le unità d'offerta individuate, è stato garantito il controllo di appropriatezza sulle seguenti percentuali di fascicoli che hanno riguardato utenti in carico nel 2016-2017:

- per le prestazioni erogate in regime residenziale o semiresidenziale è stato campionato almeno l'11,5% dei FaSAS;
- per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare è stato campionato almeno il 3,5% dei fascicoli.

Nel corso del 2018 sono state effettuate verifiche anche sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative (residenzialità assistita per religiosi) e il controllo sulle misure applicative della DGR 2942/2015 e DGR 116/2013 (Misura 2 e Misura 4): anche per le misure è stato campionato il 35% delle strutture socio-sanitarie, che hanno aderito all'erogazione dell'attività, campionando l'11,5% dei Fasas.

Nella tabella n.1 sono elencate le strutture oggetto di controllo e nella tabella n. 2 sono indicati i FaSAS verificati per tipologia di struttura.

Tabella n. 1 - Unità d'offerta controllate anno 2018

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	N.STRUTTURE programmate piano 2018/n. totale	N. STRUTTURE controllate (*)	Percentuale UDO controllate sul totale delle strutture
RSA	30/86	34	39,53%
CDI	19/54	19	35,1%
HOSPICE	2/4	2	50%
RSD	3/8	3	37%
CDD	10/29	11	37,9%
CSS	7/21	8	38%
CURE INTERMEDIE	2/5	2	40%
RIABILITAZIONE AMBULATORIALE	2/4	2	50%
CONSULTORI FAMILIARI	10/30	10	33,3%
COMUNITA DIPENDENZE	8/22	8	36,3%
SMI/SERT	6/12	6	50%
ADI	12/35	13	37,14%
UCP DOM	7/19	18	94,7%
RESIDENZIALITA' ASSISTITA PER RELIGIOSI	1/3	1	33,3%
TOTALE	119/332	137	43,7%
Misure			
MISURA 2 (residenzialità leggera)	non programmabile	2	/
MISURA 4 (RSA aperta)	non programmabile	16	/
TOTALE		155	46,6%

(*) Nota: comprese le Strutture controllate su segnalazione .

Tabella n. 2 - Numero FASAS verificati anno 2018

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	n. FaSAS programmati Piano controlli 2018	n. FaSAS controllati (*)	% minima di livello di accettabilità	% livello di accettabilità massima di
RSA	400	412	76,9%	100%
CDI	73	77	90%	100%
HOSPICE	48	54	100%	100%
RSD	23	24	95,10%	96,60%
CDD	50	52	95,60%	100%
CSS	14	16	96,90%	100%
CURE INTERMEDIE	104	104	93%	99%
RIABILITAZIONE AMBUL/DOMICILIARE	32	34	96,9%	99,3%
CONSULTORI FAMILIARI	462	468	76,7%	99,4%
COMUNITA' DIPENDENZE	36	36	95,2%	100%
SMI/SERT	109	109	87,3%	94%
ADI	39	42	77,80%	100%
UCP-DOM	7	282	83,9%	100%
totale	1.397	1.710		
Misure e attività innovative				
RESIDENZIALITA' ASSISTITA PER RELIGIOSI	Non programmabili	4		
MISURA 2 (Residenzialità Assistita)	Non programmabili	3	91,67%	100%
MISURA 4 (RSA aperta)	Non programmabili	71	85,19%	100%
totale		1.788		

(*) Nota: compresi i controlli straordinari.

Controlli straordinari

Nel corso del 2018 oltre ai controlli previsti dal PDC sono stati effettuati controlli straordinari che hanno riguardato:

- Segnalazioni da parte di cittadini;
- Segnalazioni da parte della DG Welfare;
- Verifiche territoriali.

Segnalazioni da parte di cittadini

Nel corso del 2018 l'UO dei controlli di appropriatezza ha trattato e dato seguito a n. 8 segnalazioni che lamentavano essenzialmente carenze assistenziali in strutture socio-sanitarie del territorio.

I controlli che hanno interessato le suddette UDO, sono stati effettuati congiuntamente da operatori dell'équipe di appropriatezza e da operatori dell'équipe di vigilanza (nel POAS sono due équipe distinte e appartenenti a servizi diversi) .

Le verifiche sono state condotte in modo mirato verificando i fascicoli degli utenti segnalati e i requisiti gestionali tramite riscontro delle presenze di tutte le figure professionali previste dalla DGR 12618/2003, timbrature cartellini e controllo dell'utente e del suo spazio.

In tutte le strutture non sono state evidenziate le criticità segnalate, ma sempre problematiche relazionali tra la direzione dell'UDO e le famiglie degli ospiti.

Segnalazioni da parte di regione Lombardia

Il 17/07/2018 con nota prot. n. G1.2018.0023282 del 11/07/2018 la Direzione Welfare - Programmazione Rete Territoriale chiedeva una verifica dei criteri di presa in carico e rendicontazione delle prestazioni di UCP-Dom a tutte le ATS avendo riscontrato delle criticità alla luce dell'analisi dei dati relativi all'attività rendicontata nel primo trimestre 2018.

Nello specifico non vi era coerenza tra l'intensità assistenziale risultante dalle giornate di effettiva assistenza (GEA) rendicontate e il livello di classificazione del paziente rendicontato (base o specialistica).

A seguito di tale richiesta si è proceduto ad effettuare controlli incrociati:

- un controllo è stato effettuato da una specifica articolazione aziendale del Dipartimento PIPSS sui dati inseriti in VIVIDI dagli operatori delle ASST e sulla rendicontazione degli operatori degli enti erogatori per ogni pratica utente preso in carico nel primo semestre 2018;
- un altro controllo è stato effettuato dagli operatori addetti ai controlli di appropriatezza su tutti i fascicoli degli utenti di tutte le UCP- Dom operanti sul territorio bresciano .

Dai controlli è emerso quanto segue:

- nel 62% le rendicontazione è coerente con il livello preventivato specialistico o di base;
- nel 25% il voucher non corrisponde al livello preventivato . Nella maggior parte dei casi (19,3%) il profilo previsionale è sottostimato rispetto all'intervento attuato ;
- nel 6,8% delle pratiche il CIA è inferiore a 0,20.

I controlli di appropriatezza tramite la visione dei FASAS hanno consentito di verificare:

- la completezza della documentazione inserita nel fascicolo;
- la congruenza tra quanto rendicontato e quanto rilevato in diario in merito alle prestazioni dei singoli professionisti;
- l'appropriatezza assistenziale verificata tramite indicatori generali e specifici elencati nella check list regionali.

I controlli effettuati sia dal PIPSS che dal PAAPSS e i contatti e le interlocuzioni con i rappresentanti delle UDO hanno consentito di evidenziare le seguenti criticità:

- difficoltà gestionali, soprattutto per carenza di medici palliatori, che obbliga talora a sospendere, per periodi più o meno lunghi, l'attività di presa in carico, con conseguente annullamento di accessi;
- disomogeneità di organizzazione nei territori delle 3 ASST con competenze ex-UCAM molto diversificate. In alcuni territori le UCAM si limitano a caricare le pratiche in VIVIDI, in altri continuano ad effettuare la valutazione multidimensionale per la presa in carico dell'utente. Da quanto emerge, il solo caricamento della pratica in VIVIDI da parte dell'UCAM non contempla l'attività di verifica della correttezza dei dati;
- in alcuni casi non è conosciuta agli operatori dell'UDO la procedura per la classificazione del livello di base o specialistica perché, per il calcolo del CIA, sono stati considerati i singoli accessi e non i GEA (giornate di effettiva assistenza);
- non è chiaro a tutti gli EEGG se in una pratica in corso sia possibile e come cambiare il livello assistenziale nel sistema dopo rivalutazione.

Verifiche territoriali

Con DGR n. VII/6220 del 19/02/2007 Regione Lombardia ha previsto che per le persone accolte in RSA e RSD con fragilità importanti determinate da cerebrolesioni acquisite post-traumatiche e da malattie neurologiche evolutive non riconducibili a SV o SLA, le AASSLL continuassero a dare continuità a specifiche convenzioni .

L'ATS ha continuato a garantire la necessaria assistenza a tali pazienti particolarmente fragili attraverso n. 38 posti letto convenzionati in RSA, stilando apposito protocollo di assistenza (determinazione dirigenziale n. M/677 del 10 novembre 2010).

Su input della direzione strategica ATS BS sono stati attivati controlli di appropriatezza specifica in tutte le RSA convenzionate che ospitano tali pazienti, visto il maggiore impegno di spesa programmato per tali tipologie di pazienti.

In n. 3 casi è stata richiesta una rivalutazione neurologica per meglio definire il quadro diagnostico e in n. 1 caso la paziente è stata classificata tramite GCS come SV, mentre negli altri due casi si è confermata la convenzione.

Normativa anticorruzione

ATS Brescia, con decreto n. 57 del 31/01/2018, ha approvato il piano triennale per la prevenzione della corruzione per il periodo 2018-2020.

Nel piano pubblicato sulla home page dall'ATS nella sezione "Amministrazione trasparente" prevede che anche nel campo dei controlli di appropriatezza le misure di prevenzione identificate (rotazione del personale, astensione per conflitto d'interessi, controlli in forma collegiale) vengano monitorate trimestralmente dal responsabile dell'anticorruzione aziendale, così come avvenuto negli anni scorsi.

Per quanto riguarda in specifico la rotazione del personale si ritiene che la misura di prevenzione sia soddisfatta, cambiando almeno un componente dell'équipe ogni 5 anni.

PIANIFICAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO APPROPRIATEZZA 2019

I controlli di appropriatezza per l'anno 2019 sono iniziati seguendo le prime indicazioni dell'ACSS pervenute in data 31/01/2019 che prevedevano la prosecuzione del piano controlli 2018.

In ottemperanza alla DGR 1046 del 17.12.2018 (regole di sistema) nel corso del 2019 sarà sottoposto a controllo di appropriatezza almeno il 30% delle strutture socio-sanitarie del territorio, continuando, quindi, la prevista verifica triennale iniziata nel 2018, da completare nel 2020, assicurando così che tutte le unità d'offerta siano verificate almeno una volta nell'arco di 3 anni.

Ai sensi della sopracitata DGR nel corso dell'anno nell'ATS di Brescia verranno attivati nuovi nuclei Alzheimer per un totale di 212 letti aggiuntivi assegnati da Regione Lombardia: sarà quindi onere dell'UO verificare, dopo l'iter di accreditamento l'appropriato inserimento degli ospiti nei nuclei di nuovo riconoscimento.

Ulteriori verifiche sono state effettuate e saranno realizzate possibilmente in équipe integrata con la vigilanza a seguito di segnalazioni/lamentele o per verifiche mirate per esigenze territoriali.

I controlli prendono in esame le seguenti percentuali minime di fascicoli calcolate in base al numero di utenti rendicontati nel 2018 dalle strutture campionate:

- regime residenziale e semiresidenziale: almeno il 13%
- regime ambulatoriale e domiciliare: almeno il 3,5%

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 assistenziale;
- la congruenza fra quanto rendicontato nei flussi (se accessibili all'UO) e quanto emerso dalla verifica del FaSAS;
- l'appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014).

Le DGR 116/2013, DGR 2942/2015, DGR 4086/2015, DGR 7600/2017 e DGR 7769/2018 hanno attivato e confermato l'applicazione delle misure "residenzialità assistita" "RSA aperta" e "Residenzialità assistita per religiosi" erogate dalle UdO sociosanitarie che quindi sono verificate anche nel corso del 2019.

Sono oggetto di controllo almeno il 30% delle strutture sociosanitarie eroganti le misure, secondo le modalità e le percentuali di verifica previste per le altre unità d'offerta.

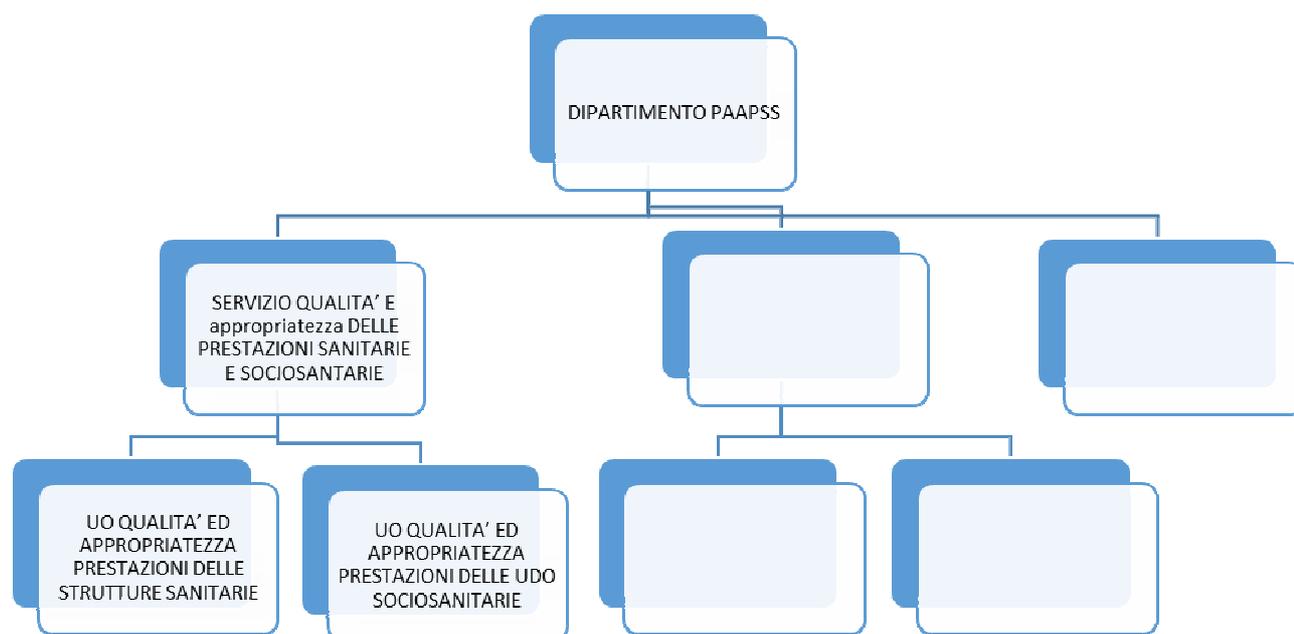
I soggetti gestori sono invitati, tramite annotazione sul verbale di ispezione, ad attivare procedure di autocontrollo al fine di monitorare i processi assistenziali e migliorare la qualità delle prestazioni.

I controlli previsti dal PCP continueranno ad essere effettuati con preavviso, all'Ente Gestore, nella giornata lavorativa antecedente la visita.

Per quanto riguarda la dotazione di mezzi e strumenti operativi, l'UO può disporre di n. 1 autovettura, n. 1 pc per ogni operatore più n. 2 portatili per i controlli in loco.

Articolazione organizzativa

I controlli sono effettuati da una équipe facente parte dell'UOS "Qualità e appropriatezza delle prestazioni delle Unità d'offerta sociosanitarie" afferente alla UOC "Qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie" del Dipartimento PAAPSS (v. organigramma)



Personale dedicato ai controlli di appropriatezza

Cognome e nome	Qualifica professionale
Calvi Anna	Dirigente Psicologo Responsabile UOS
Trevisi Paola	Dirigente Medico
Aliffi Maddalena	Coll. Prof. Assistente Sociale
Biondo Nicoletta *	Coll Prof. Sanitario Infermiera
Biaggio Claudio	Coll. Prof. Sanitario Assistente sanitario
Mazzini Nicola	Coll. Prof. Sanitario – Educatore Professionale pt 50%

*dal 01/08/2019 sarà sostituita da Bianchetti Angelo con stessa qualifica per mobilità altro ente

Normativa anticorruzione

ATS Brescia ha aggiornato, con Decreto n. 25 del 31.01.2019, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione per il periodo 2019-2021.

Vengono confermate le misure di prevenzione già identificate nel precedente piano (rotazione del personale, astensione per conflitto d'interessi, controlli in forma collegiale): per quanto riguarda in specifico la rotazione del personale si ritiene che la misura di prevenzione sia soddisfatta cambiando almeno un componente dell'équipe ogni 5 anni.

Unità d'offerta da controllare anno 2019

Nelle tabelle successive sono elencati il numero delle strutture da controllare (almeno il 30%), gli indicatori con le modalità di campionamento ed il numero di FaSas da verificare.

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	n. STRUTTURE al 31.12.2018 *	n. STRUTTURE DA CONTROLLARE NEL 2019
RSA	86	28
CDI	54	18
HOSPICE	4 + 4 SANITARI	2
RSD	8	2
CDD	29	10
CSS	22	8
CURE INTERMEDIE	5	2
RIABILITAZIONE AMB. - DOMICILIARE	4	1
CONSULTORI FAMILIARI	29	10
COMUNITA' DIPENDENZE	25	8
SMI	4	1
ADI	34	12
UCP-DOM	19	7
SER.T / NOA	9	3
TOTALE	336	112

*strutture che erogano prestazioni socio-sanitarie nel territorio ATS Brescia

Indicatori per campionamento

RSA (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

CDI (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

Hospice (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

ADI (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con profili 3-4
Utenti con un periodo di presa in carico superiore a 250 giorni
Utenti con età inferiore a 65 e superiore a 85 anni
In trattamento fisioterapico

UCP DOM (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

RSD (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
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

CSS (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
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

CDD (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
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 Sidi 1 e 5
Utenti di età inferiore ai 18 anni e superiore ai 65

RIA 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

CURE INTERMEDIE (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

CONSULTORI (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con prestazioni al alta integrazione sociosanitaria contemplate dalla DGR 6131/2017 (codici da 001 a 003)
Utenti con prestazioni rendicontate con codici 801 e 802
Utenti con IVG anche minorenni

Comunità dipendenze (Percentuali 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

Smi/Sert/NOA (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%

Obiettivi controlli programmati anno 2019 - n. strutture e n. verifiche FASAS

Destinatario del controllo	Principali finalità del controllo	Obiettivo specifico di controllo	Criteri di inclusione destinatari del controllo	Tipologia di controllo	Obiettivo controlli programmati anno 2019
RSA	appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014). Corretta classificazione utenza	coerenza tra bisogni emersi dalla VMD, PI, PAI e azioni effettivamente eseguite risultanti dal diario. Completezza documentazione inserita nel fascicolo	Continuità con la programmazione precedente, dando priorità alle strutture non controllate negli ultimi due anni	Sopralluogo con check list	n. 28 strutture n. 357 FASAS
CDI	appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014).	coerenza tra bisogni emersi dalla VMD, PI, PAI e azioni effettivamente eseguite risultanti dal diario. Completezza documentazione inserita nel fascicolo	Continuità con la programmazione precedente, dando priorità alle strutture non controllate negli ultimi due anni	Sopralluogo con check list	n. 18 strutture n. 94 FASAS
Hospice	appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014).	coerenza tra bisogni emersi dalla VMD, PI, PAI e azioni effettivamente eseguite risultanti dal diario. Completezza documentazione inserita nel fascicolo	Continuità con la programmazione precedente, dando priorità alle strutture non controllate negli ultimi due anni	Sopralluogo con check list	n. 2 strutture n. 73 FASAS
RSD	appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014). Corretta classificazione utenza	coerenza tra bisogni emersi dalla VMD, PI, PAI e azioni effettivamente eseguite risultanti dal diario. Completezza documentazione inserita nel fascicolo	Continuità con la programmazione precedente, dando priorità alle strutture non controllate negli ultimi due anni	Sopralluogo con check list	n. 2 strutture n. 12 FASAS
CDD	appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014). Corretta classificazione utenza	coerenza tra bisogni emersi dalla VMD, PI, PAI e azioni effettivamente eseguite risultanti dal diario. Completezza documentazione inserita nel fascicolo	Continuità con la programmazione precedente, dando priorità alle strutture non controllate negli ultimi due anni	Sopralluogo con check list	n. 10 strutture n. 38 FASAS
CSS	appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014). Corretta classificazione utenza	coerenza tra bisogni emersi dalla VMD, PI, PAI e azioni effettivamente eseguite risultanti dal diario. Completezza documentazione inserita nel fascicolo	Continuità con la programmazione precedente, dando priorità alle strutture non controllate negli ultimi due anni	Sopralluogo con check list	n. 8 strutture n. 16 FASAS
Cure Intermedie	appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014).	coerenza tra bisogni emersi dalla VMD, PI, PAI e azioni effettivamente eseguite risultanti dal diario. Completezza documentazione inserita nel fascicolo	Continuità con la programmazione precedente, dando priorità alle strutture non controllate negli ultimi due anni	Sopralluogo con check list	n. 2 strutture n. 79 FASAS

RIA amb e dom.	appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014).	coerenza tra bisogni emersi dalla VMD, PI, PAI e azioni effettivamente eseguite risultanti dal diario. Completezza documentazione inserita nel fascicolo	Continuità con la programmazione precedente, dando priorità alle strutture non controllate negli ultimi due anni	Sopralluogo con check list	n. 1 strutture n.34 FASAS
Consultori	appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014).	coerenza tra bisogni emersi dalla VMD, PI, PAI e azioni effettivamente eseguite risultanti dal diario. Completezza documentazione inserita nel fascicolo	Continuità con la programmazione precedente, dando priorità alle strutture non controllate negli ultimi due anni	Sopralluogo con check list	n. 10 strutture n. 373 FASAS
Comunità dipendenze	appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014).	coerenza tra bisogni emersi dalla VMD, PI, PAI e azioni effettivamente eseguite risultanti dal diario. Completezza documentazione inserita nel fascicolo	Continuità con la programmazione precedente, dando priorità alle strutture non controllate negli ultimi due anni	Sopralluogo con check list	n. 8 strutture n. 48 FASAS
SERT/NOA/ SMI	appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014).	coerenza tra bisogni emersi dalla VMD, PI, PAI e azioni effettivamente eseguite risultanti dal diario. Completezza documentazione inserita nel fascicolo	Continuità con la programmazione precedente, dando priorità alle strutture non controllate negli ultimi due anni	Sopralluogo con check list	n. 4 strutture n. 49 FASAS
ADI	appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014).	coerenza tra bisogni emersi dalla VMD, PI, PAI e azioni effettivamente eseguite risultanti dal diario. Completezza documentazione inserita nel fascicolo	Continuità con la programmazione precedente, dando priorità alle strutture non controllate negli ultimi due anni	Sopralluogo con check list	n. 12 strutture n. 91 FASAS
UCP-DOM	appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014).	coerenza tra bisogni emersi dalla VMD, PI, PAI e azioni effettivamente eseguite risultanti dal diario. Completezza documentazione inserita nel fascicolo	Continuità con la programmazione precedente, dando priorità alle strutture non controllate negli ultimi due anni	Sopralluogo con check list	n. 7 strutture n. 20 FASAS

ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO SULLA RETE DELLE UNITA' D'OFFERTA SOCIALI

Premessa

La funzione di vigilanza e controllo delle Unità d'Offerta sociali è svolta da operatori afferenti alla U.O. Abilitazione all'esercizio e Accreditamento Unità d'Offerta Sociosanitarie e da operatori con professionalità diverse (Tecnico della Prevenzione e medico igienista) afferenti Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, ed è destinata alle Unità d'Offerta descritte nella DGR n. XI/45 del 23/4/2018 e alle Comunità Residenziali per Anziani (C.R.A.) introdotte in via sperimentale nell'ATS di Brescia. Da notare l'avvio nel corso del 2018 di 5 nuove strutture denominate Comunità Alloggio Sociale per Anziani (C.A.S.A.) in base alla DGR n. X/7776 del 17.01.2018.

Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2018

La vigilanza, come previsto dal piano controlli (decreto ATS n. 186 del 13.04.2018), ha riguardato, oltre alla C.R.A., tutte le tipologie di UdO sociali elencate nella citata DGR XI/45 del 23.04.2018, ovvero:

- Unità d'offerta per minori (centri ricreativi diurni, centri aggregazione giovanile, comunità familiari, comunità educative minori, alloggi per l'autonomia);
- Unità d'Offerta per la prima infanzia (nidi, micronidi, nidi famiglia, centri prima infanzia)
- 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 n. X/7600 del 20.12.2017 sono state escluse dal controllo le UdO a carattere temporaneo (Centri Ricreativi Diurni), ad eccezione delle nuove attivazioni tramite CPE. Per tutte le UdO sociali i controlli hanno riguardato gli aspetti strutturali, tecnologici, gestionali, 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 n. 1.

Le équipes di vigilanza nell'anno 2018 hanno effettuato il controllo delle Unità d'offerta nelle quali era stata attivata la Misura 6, come normata dalle DGR n. X/7769 del 17.01.2018. Tale misura è stata attivata presso le comunità educative, le comunità familiari e gli alloggi protetti per l'autonomia; i controlli hanno riguardato n.18 Unità d'Offerta per un totale di 67 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. Come lo scorso anno, in alcuni controlli è risultato assente il progetto quadro, che veniva sostituito da riunioni d'équipe avvenute con operatori esterni (es. Ass. Sociale Comune).

Di seguito sono elencate in Tabella n.1 le vigilanze ordinarie effettuate nel 2018.

Tabella n. 1 - Vigilanza UdO sociali: confronto UdO controllate entro il 31.12.2018 e UdO totali da controllare nell'anno 2018

TIPOLOGIA UNITA' D'OFFERTA SOCIALE	N. UDO SOCIALI DA VIGILARE NEL 2018*	N. UDO SOCIALI VIGILATE NEL 2018
NIDI	82	83
MICRO NIDI	9	10
NIDI FAMIGLIA	17	17
CENTRI PRIMA INFANZIA	2	2
CENTRI AGGREGAZIONE GIOVANILE	28	28
COMUNITA' FAMILIARE	1	1
COMUNITA' EDUCATIVE MINORI	10	10
ALLOGGI PER L'AUTONOMIA	4	4
CENTRI DIURNI ANZIANI	6	6
CENTRI SOCIO EDUCATIVI DISABILI	10	10
SERVIZI DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA PER PERSONE DISABILI	4	5
ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI	6	6
COMUNITA' RESIDENZIALI PER ANZIANI	8	8
Totale UdO	187	190

**non sono comprese le strutture che hanno comunicato la chiusura dell'attività*

Dall'attività di vigilanza effettuata nel 2018 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 dalle Regole di sistema 2018 sono state verificate tutte le C.P.E. pervenute, di seguito descritte:

Area Prima Infanzia: n. 27

Area minori: n. 10

Area disabili: n. 5

Area Anziani: n. 12

PIANIFICAZIONE ANNO 2019 DELLE VIGILANZE PRESSO LE UNITÀ D'OFFERTA SOCIALI

La vigilanza sulle Unità d'offerta sociali per l'anno 2019, ai sensi della L.R. 3/2008, riguarderà tutte le tipologie di UdO sociali elencate nella DGR n. XI/45/2018 e le C.R.A.

Tabella n. 2 - Vigilanza UdO sociali: UdO presenti all'01.01.2019 e obiettivo di vigilanza per l'anno 2019

TIPOLOGIA UNITA' D'OFFERTA SOCIALE	N. UDO SOCIALI AL 01.01.2019	N. UDO SOCIALI DA VIGILARE 2019 (UdO non vigilate nell'anno 2018)
NIDI	184	96
MICRO NIDI	22	14
NIDI FAMIGLIA	27	11
CENTRI PRIMA INFANZIA	4	2
CENTRI AGGREGAZIONE GIOVANILE	52	24
COMUNITA' FAMILIARE	3	2
COMUNITA' EDUCATIVE MINORI	21	12
ALLOGGI PER L'AUTONOMIA	15	11
CENTRI DIURNI ANZIANI	12	6
CENTRI SOCIO EDUCATIVI DISABILI	18	8
SERVIZI DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA PER PERSONE DISABILI	12	8
ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI	9	3
COMUNITA' RESIDENZIALI ANZIANI	21	13
COMUNITA' ALLOGGIO SOCIALE ANZIANI	5	5
COMUNITA' ALLOGGIO DISABILI	1	1
Totale UdO	406	216

Verrà garantita la verifica del 100% delle CPE pervenute anche per le UdO a carattere temporaneo, come previsto dalla DGR 1046/2019 e per le UdO previste dalla DGR 7776/2018.

Al fine di perseguire l'obiettivo prefissato, la programmazione 2019 sulla vigilanza garantirà le verifiche sul mantenimento dei requisiti nelle UdO sociali attive presenti sul territorio dell'ATS di Brescia e non vigilate nell'anno 2018 (Tabella n. 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 2018 dovranno effettuare il controllo di tutte le Unità d'offerta nelle quali è attivata la Misura 6, come normata dalle DGR X/7769/2018.

A seguito di presentazione di CPE i controlli saranno programmati su richiesta dei Comuni, mentre saranno svolti su iniziativa delle équipes di Vigilanza i controlli routinari nel rispetto degli obiettivi assegnati al fine della verifica del mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali.

L'ATS garantirà, nel corso del 2019 la rendicontazione dell'attività di vigilanza e controllo, effettuata presso le UdO sociali, come previsto dalla DGR 1046/2018.

**AREA CONTROLLI sulle persone giuridiche di diritto privato (PGP) a cura della
Commissione di Vigilanza e Controllo ex artt. 23 e 25 C.C.**

SINTESI DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEL 2018

Le principali attività svolte nel corso dell'anno 2018 da parte della Commissione di Vigilanza, nominata con Decreto ATS n. 185 del 13.04.2018, sono state le seguenti:

- predisposizione dell'Autocertificazione anno 2018 (Bilancio 2017) e richiesta agli Enti di provvedervi entro il 30 giugno 2018 (nota prot. ATS n. 0058224 del 11.06.2018) in modalità telematica, mediante accesso al portale di ATS Brescia (<http://pgp.ats-brescia.it>), con appositi ID e password d'ingresso;
- effettuazione dell'attività di vigilanza stabilita nel Piano Controlli 2018, approvato con Decreto ATS n. 186 del 13.04.2018, che prevedeva n. 10 visite ispettive presso gli Enti individuati in base a criteri stabiliti dalla Commissione di Vigilanza nell'Allegato A al Decreto, nella parte dedicata ai controlli sulle Persone Giuridiche di diritto privato pag. 90-91-92. Per ogni visita è stato redatto verbale sottoscritto dal rappresentante dell'Ente vigilato e dalla Commissione.

Pertanto al 31.12.2018 sono state effettuate le ispezioni nei seguenti Enti:

N.	cod. reg.	Descrizione	ISPEZIONE
1	59	(*) Pio Ricovero Inabili al Lavoro Onlus, Castenedolo	Verbale n.1 del 31.01.2018
2	164	Fondazione Cassa Rurale e Artigiana di Capriolo	Verbale n.2 del 28.02.2018
3	112	Fondazione Ca' Serena , Brescia	Verbale n.3 del 27.03.2018
4	171	Comitato Provinciale di Brescia - CRI	Verbale n.4 del 07.05.2018
5	170	Comitato Locale di Brescia - CRI	Verbale n.5 del 07.05.2018
6	140	Fondazione Istituto Morcelliano, Chiari	Verbale n.6 del 22.05.2018
7	55	Fondazione Gambara Tavelli Onlus, Verolanuova	Verbale n.7 del 20.06.2018
8	140	Fondazione Istituto Morcelliano, Chiari	Verbale n.8 del 03.07.2018
9	112	Fondazione di partecipazione Casa Serena, Montichiari	Verbale n.9 del 13.09.2018
10	136	Associazione Essere Bambino – Associazione bresciana per la salute del bambino, Brescia	Verbale n.10 del 18.09.2018
11	170	Comitato Locale di Brescia - CRI	Verbale n. 11 del 26.09.2018
12	37	Fondazione Casa di Industria, Brescia	Verbale n. 12 del 20.11.2018
13	123	Fondazione Guido e Angela Folonari, Brescia	Verbale n. 13 del 20.12.2018

Per alcune Fondazioni è stato necessario effettuare una doppia vigilanza per giungere alla definizione di alcune problematiche riscontrate.

(*)Vigilanza scaturita a seguito di istanza pervenuta da parte dei consiglieri del Comune di Castenedolo per il gruppo consigliere "Viva Castenedolo Viva" (atti ATS Prot.n. 0114310 del 12.12.2017).

Si è continuato a vigilare sulle Fondazioni Commissariate :

- Fondazione "Opera Pia Bettolini" in Chiari, commissariata dal 2017 con Decreto ATS n.298 del 23.05.2017; il Commissariamento si è concluso con l'insediamento del nuovo Consiglio di Amministrazione, comunicato alla Direzione Generale Presidenza Area Affari Istituzionali di Regione Lombardia con nota ATS prot n. 0019863/19 del 25.02.2019;
- Fondazione "Villa Paradiso" in Brescia, commissariata dal 2017 con Decreto ATS n.96 del 24.02.2017; il Commissariamento si è concluso con l'insediamento del nuovo Consiglio di Amministrazione, comunicato alla Direzione Generale Presidenza Area Affari Istituzionali di Regione Lombardia con nota ATS prot n. 0029824/19 del 20.03.2019.

PIANIFICAZIONE 2019

L'attività dell'anno 2019, analogamente a quanto svolto negli ultimi anni, consisterà in nella vigilanza di n. 10 Enti individuati in base ai seguenti criteri definiti dalla Commissione di Vigilanza nella seduta del 09.01.2019 Verbale n. 1 (Rep. Verb. ATS n. 273/19 del 04.02.2019) e del 01.04.2019 Verbale n. 2 (Rep. Verb. ATS n. 1030/19 del 29.04.2019):

- n. 7 enti in base ai risultati di bilancio dell'anno 2017 (ultimo disponibile):
 - a) **in contabilità economico-patrimoniale:** gli enti con MOL negativo oltre a Perdite d'esercizio, partendo da quelli con % più elevata di perdite rispetto al Patrimonio Netto al 31.12.2016;
 - b) **in contabilità finanziaria:** gli enti con Fondo Cassa finale 2016 incongruente con Fondo Cassa iniziale 2017 oppure con movimenti finanziari 2017 irrisori;
- n. 1 ente che non ha mai presentato la Dichiarazione annuale in PGP a tutto il Bilancio 2017;
- n. 1 Ente in vigilanza congiunta con il Dipartimento PAAPSS;
- n. 1 ente oggetto di segnalazione alla fine dell'anno 2018.

Con tali criteri, escludendo gli Enti in fase di liquidazione e quelli già ispezionati negli ultimi 3 anni (2016, 2017, 2018), sono stati selezionati:

N. Ruolo RL	Cod. Int. PGP	Descrizione criterio di scelta e nominativo Ente
		Enti in contabilità economico-patrimoniale
2501	151	Fondazione Antonio Bosio Onlus - Prevalle
1219	122	Associazione Davide Rodella Onlus - Montichiari
1235	128	Fondazione Giorgio Brunelli per la ricerca sulle lesioni del midollo spinale - Cellatica
1852	129	Fondazione 3D Onlus - Sarezzo
2416	144	Fondazione Nulli - Iseo
		Enti in contabilità finanziaria
1123	92	Nido della provvidenza Morelli - Verolanuova
1198	88	Associazione Comunità del Cenacolo Onlus - Berlingo
		Enti che non hanno mai presentato dichiarazione in PGP
2826	17	Fondazione Emanuela Quilleri - Brescia
		Enti in vigilanza congiunta con PAAPSS
2027	68	Fondazione Casa di Riposo G.B. Valotti Onlus
		Segnalazione pervenuta
1964	32	Fondazione Casa di Riposo S. Giovanni - Bovegno

Per ogni visita ispettiva verrà redatto apposito verbale.

L'attività ispettiva si svolge di norma presso la sede dell'Ente, mediante preavviso scritto di qualche giorno, e si concentra principalmente sulla verifica:

- dello Statuto rispetto all'attività svolta, con attenzione anche a quella accessoria/strumentale;
- del corretto insediamento/funzionamento degli Organi previsti dallo Statuto;
- degli atti di straordinaria amministrazione;
- dei Verbali del Cda e dei Bilanci degli ultimi 3 anni.

Verranno inoltre evase le pratiche segnalate da Regione Lombardia o da altri soggetti pubblici/privati che necessitano di verifiche amministrative.

Entro il 30.06.2019, verranno trasmesse dagli Enti alla Commissione, su apposito portale web (<http://pgp.ats-brescia.it>), le Autocertificazioni anno 2019 (Bilancio 2018) alle quali seguirà la verifica della completa e corretta compilazione da parte di tutti gli Enti iscritti nel Registro delle Persone Giuridiche Private.

UTILIZZO DELLE RISORSE ASSEGNATE PER LA VIGILANZA SOCIO ASSISTENZIALE

Con Decreto del Direttore Generale dell'ATS di Brescia n. 579 del 09.11.2018 ad oggetto "Fondi regionali anno 2018 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 – Assegnazione all'ATS di Brescia ed agli Ambiti Territoriali. Programma di utilizzo", l'ATS ha preso atto delle risorse assegnate con Decreto della Direzione Generale Politiche Sociali, Abitative e Disabilità n. 11481 del 02.08.2018 pari ad € 207.506,00 e ha provveduto a trasferire le quote assegnate agli Ambiti Distrettuali, nonché a definire il Piano Economico di utilizzo delle risorse di propria competenza, come indicato nella tabella seguente:

Ente	Contributo Regionale	Piano Economico di cui al Decreto n. 579 del 09.11.2018	
Ambiti Territoriali	€ 84.662,00	€ 84.662,00	Trasferimento risorse agli Ambiti Territoriali
ATS Brescia	€ 122.844,00	€ 92.844,00	Personale a supporto delle funzioni e formazione del personale adibito alla vigilanza e al controllo di appropriatezza
		€ 30.000,00	Acquisizione di attrezzature informatiche, adeguamento software-attrezzature

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 e per il conferimento di incarico libero professionale, adibito alle funzioni di segreteria e di vigilanza.

Ogni dettaglio relativo alla rendicontazione economica dell'utilizzo delle risorse attribuite all'Agenzia, è contenuto nel documento di bilancio dell'esercizio 2018.