

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. 186

del 13/04/2018

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Piano Controlli delle attività sanitarie, socio sanitarie e sociali anno 2018.

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

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

Dr. Fabrizio Speziani

Dr.ssa Annamaria Indelicato

Dott.ssa Teresa Foini



IL DIRETTORE GENERALE

Richiamate:

- la L.R. n. 23/2015 di evoluzione del servizio sociosanitario lombardo, ed in particolare l'art. 11 comma 4 lettera a) che istituisce l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo quale organismo tecnico-scientifico terzo e indipendente, che tra le sue funzioni predispone e propone alla Giunta regionale che lo approva, previo parere della commissione consiliare competente, il piano annuale dei controlli e dei protocolli;
- la D.G.R. n. X/7600 del 20.12.2017, recante le Regole di Sistema per il 2018, che prevede la predisposizione del Piano Controlli per l'Esercizio 2018 ed il relativo invio alla DG Welfare e all'Agenzia dei Controlli entro il 31.01.2018 (in formato elettronico);
- la D.G.R. n. X/7683 del 12.01.2018 ad oggetto "*Determinazioni in ordine alla proposta dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo Concernente il Piano dei Controlli e dei protocolli 2018 (richiesta di parere alla Commissione Consiliare)*", che fornisce le indicazioni e le raccomandazioni per la predisposizione del Piano Controlli previsto dalle Regole di Sistema;
- la D.G.R. n. X/7923 del 26.02.2018 che proroga l'efficacia del piano dei controlli annuale approvato con D.G.R. n. X/6502 del 21.04.2017 fino all'approvazione del Piano dei controlli per l'anno 2018;
- la nota regionale prot. n. G1.2018.0009936 del 14.03.2018 che definisce le verifiche in ambito sanitario, sociosanitario e sociale in continuità con quanto definito nel Piano dei Controlli l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo del 2017 ed il termine per l'invio dei piani di attività 2018 entro il 16.04.2018;

Atteso che il Piano controlli è il principale strumento di programmazione che le ATS predispongono 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, socio sanitario e sociale;

Rilevata pertanto, la necessità di elaborare un unico Piano Controlli delle attività sanitarie, socio sanitarie e sociali anno 2018 che comprende le diverse aree oggetto dell'attività ispettiva: area controlli sugli episodi di ricovero e cura, area controlli prestazioni di specialistica ambulatoriale, area accreditamento sanitario, area cure primarie, area protesica maggiore, area farmaceutica (territoriale ed ospedaliera), area salute mentale, area sociosanitaria e sociale, controlli sulle persone giuridiche di diritto privato e utilizzo delle risorse assegnate per la vigilanza socio assistenziale, secondo le indicazioni regionali e le indicazioni dell'Agenzia di Controllo;

Ritenuto di approvare il suddetto Piano Controlli delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali anno 2018, di cui all'allegato A (composto da n. 93 pagine) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Dato atto che le Regole di Sistema del 2018 dispongono che a partire dall'esercizio 2018, al fine di allineare l'esercizio di controllo con l'esercizio di produzione, le annualità di controllo coincidano con l'annualità solare prevedendo per il 2018 (anno di transizione) la durata di 10 mesi, dal 1° marzo 2018 al 31 dicembre 2018;

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

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



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

D E C R E T A

- a) di approvare, ai sensi della D.G.R. n. X/7600 del 20.12.2017 e successive D.G.R. n. X/7683 del 12.01.2018, D.G.R. n. X/7923 del 26.02.2018 e per le motivazioni espresse in premessa e qui integralmente richiamate, il Piano Controlli delle attività sanitarie, socio sanitarie e sociali anno 2018, di cui all'allegato A (composto da n. 93 pagine) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- b) di dare atto che dall'adozione del presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;
- c) di provvedere all'inoltro del documento in formato elettronico alla Direzione Generale Welfare e all'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo a cura del Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie;
- d) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art. 12, comma 12, della L.R. n. 33/2009;
- e) di disporre, a cura 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 e dell' art. 32 della L. n. 69/2009 ed in conformità al D.Lgs. n. 196/2003 e secondo le modalità stabilite dalle relative specifiche tecniche.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dr. Carmelo Scarcella

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

PIANO CONTROLLI DELLE ATTIVITÀ SANITARIE, SOCIO SANITARIE E SOCIALI ANNO 2018

IN ATTUAZIONE ALLA DGR X/7600 del 20.12.2017 "*DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2018*" E ALLA DGR X/7923 DEL 26.02.2018 "*DETERMINAZIONI URGENTI IN ORDINE ALL'EFFICACIA DEL PIANO DEI CONTROLLI ANNO 2017 APPROVATO CON DGR X/6502/2017*"

In ottemperanza alla DGR X/7600 del 20.12.2017, ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018", e alla DRG X/7923 del 26.02.2018 "Determinazioni urgenti in ordine all'efficacia del Piano dei Controlli anno 2017 approvato con DGR X/6502/2017", si dispone il presente Piano Controlli delle attività Sanitarie e Socio Sanitarie relativo all'anno 2018.

Indice

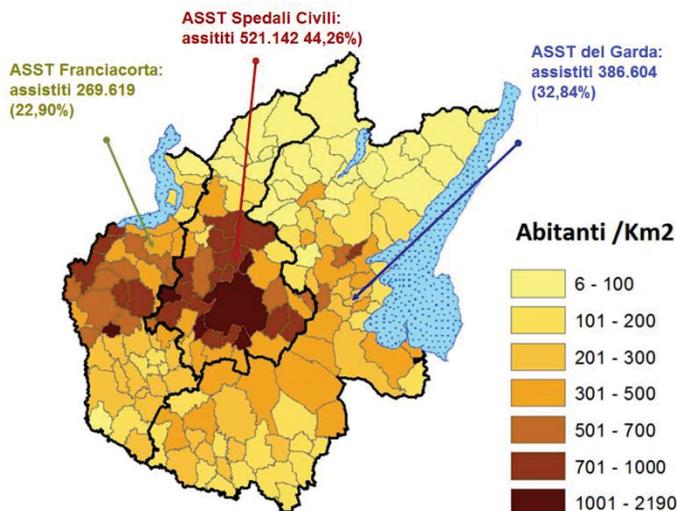
<i>ASPETTI EPIDEMIOLOGICI</i>	<i>pag. 3</i>
<i>AREA CONTROLLI SUGLI EPISODI DI RICOVERO E CURA</i>	<i>pag. 16</i>
<i>AREA CONTROLLI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE</i>	<i>pag. 19</i>
➤ <i>Verifiche sui Tempi di Attesa</i>	<i>pag. 29</i>
➤ <i>Customer Satisfaction</i>	<i>pag. 31</i>
<i>AREA ACCREDITAMENTO SANITARIO</i>	<i>pag. 33</i>
<i>AREA CURE PRIMARIE</i>	<i>pag. 37</i>
<i>AREA PROTESICA MAGGIORE</i>	<i>pag. 44</i>
<i>AREA FARMACEUTICA</i>	<i>pag. 49</i>
➤ <i>Farmaceutica Territoriale</i>	<i>pag. 49</i>
➤ <i>Farmaceutica Ospedaliera</i>	<i>pag. 62</i>
<i>AREA SALUTE MENTALE</i>	<i>pag. 66</i>
<i>AREA SOCIOSANITARIA E SOCIALE</i>	<i>pag. 68</i>
➤ <i>Attività di Vigilanza sulla Rete delle Unità d'Offerta Sociosanitarie</i>	<i>pag. 68</i>
➤ <i>Controllo di Appropriatezza Unità d'Offerta Sociosanitarie</i>	<i>pag. 74</i>
➤ <i>Attività di Vigilanza e Controllo sulla Rete delle Unità d'Offerta Sociali</i>	<i>pag. 86</i>
<i>AREA CONTROLLI SULLE PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO (PGP)</i>	<i>pag. 90</i>
<i>UTILIZZO DELLE RISORSE ASSEGNATE PER LA VIGILANZA SOCIO ASSISTENZIALE</i>	<i>pag. 92</i>

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

IL CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO

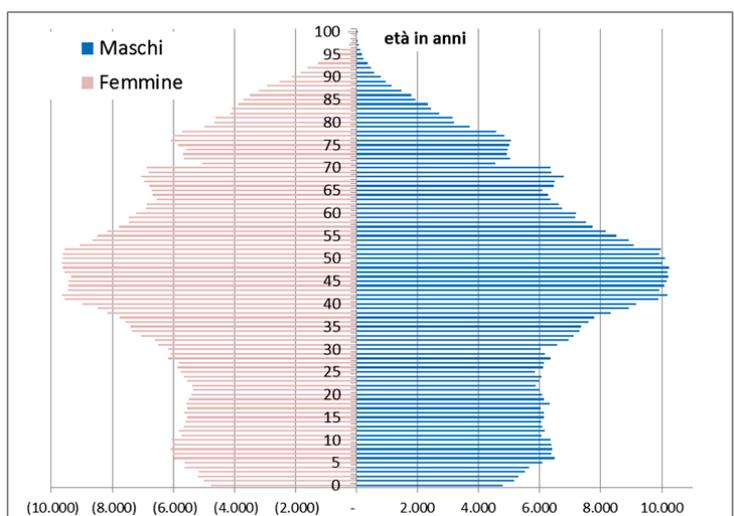
Il territorio della ATS di Brescia comprende 164 Comuni e 3 ASST e si estende su una superficie di 3.465 km², con una densità abitativa che varia considerevolmente tra le diverse zone: l'area della città è quella più densamente abitata (>1.000 persone/km²), seguita dai Comuni adiacenti al perimetro cittadino 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 2017



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 31/12/2017 il numero di assistiti era 1.177.365, di cui l'1,57% non residente. A questi vanno aggiunte 22.530 persone in carico solo per un periodo limitato nel corso del 2017 poiché decedute (N=10.551) 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 5,2% 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 (48.008 vs 25.257). L'età media della popolazione a dicembre 2017 era di 44,1 anni, più elevata nelle femmine (45,5) che nei maschi (42,7), inferiore rispetto a quella nazionale (44,9 anni) e regionale (44,8 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 17,7% negli ultimi 18 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 44,1 con un incremento medio annuo pari a 61 giorni.
- Gli anziani sono aumentati di 80.743 unità tra il 2000 ed il 2017 (+48,3%), mentre i grandi anziani sono più che raddoppiati. L'indice di vecchiaia è rimasto abbastanza stabile fino al 2011 ma è in continuo aumento negli ultimi anni.
- Il tasso di natalità nella ATS ha avuto un andamento non lineare: è cresciuto del 9% dal 2000 al 2008 per poi scendere rapidamente e costantemente negli anni successivi (-27,8%). Come per il resto del paese nel 2017 viene ulteriormente abbassato il record negativo 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 (-5% 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 (9,07 e 8,96).

Tabella 1 - Variazione di alcuni indicatori demografici: 2000-2017

Indicatore	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2016	2017	% variaz. 2017/00
Totale assistiti	1.000.248	1.045.478	1.093.708	1.149.520	1.168.168	1.174.365	1.176.312	1.177.365	17,7%
% donne	51,05%	50,83%	50,66%	50,51%	50,67%	50,73%	50,73%	50,61%	-0,8%
Età media	41,23	41,69	41,94	42,11	42,72	43,55	43,84	44,12	7,0%
N° bambini (<15 anni)	139.224	148.957	161.405	174.814	179.362	175.405	172.990	170.539	22,5%
% bambini	13,92%	14,25%	14,76%	15,21%	15,35%	14,94%	14,71%	14,48%	4,1%
N° pop. 65 anni e più	167.187	182.982	199.636	211.815	224.973	240.350	244.436	247.930	48,3%
% anziani	16,71%	17,50%	18,25%	18,43%	19,26%	20,47%	20,78%	21,06%	26,0%
Indice vecchiaia [§]	120	123	124	121	125	137	141	145	21,1%
>=85 anni	18.237	18.197	21.461	26.111	30.318	34.655	36.020	37.038	103,1%
% grandi anziani	1,82%	1,69%	1,92%	2,26%	2,60%	2,95%	3,06%	3,15%	72,5%
N° nuovi nati	10.253	11.009	12.037	12.691	11.543	10.271	9.875	9.479	-7,5%
Tasso natalità X 1.000 [§]	10,25	10,53	11,01	11,04	9,88	8,75	8,39	8,05	-21,5%
Tasso fecondità grezzo [£]	42,1	44,0	46,7	47,6	43,7	40,1	39,1	38,0	-9,8%
N° morti (integrazione con registro)*	8.648	9.272	8.761	9.617	9.999	10.537	10.118	10.551	22,0%
Tasso grezzo mortalità ^{&}	8,65	8,87	8,01	8,37	8,56	8,15	8,60	8,96	3,7%
Tasso di crescita naturale	1,6	1,7	3,0	2,7	1,3	0,93	-0,2	-0,9	-156,7%

* N° morti ultimi 12 mesi solo in base ai dati anagrafici

§ **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 2017 gli stranieri assistiti nella ATS di Brescia (esclusi coloro senza permesso di soggiorno) rappresentavano il 14,4% del totale, una percentuale quasi doppia rispetto a quella nazionale (8,3% nel 2016) e anche superiore a quella lombarda (11,4%).

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):

- l'età media risultava essere di 32,2 anni, molto più bassa rispetto ai 46,1 anni degli italiani;

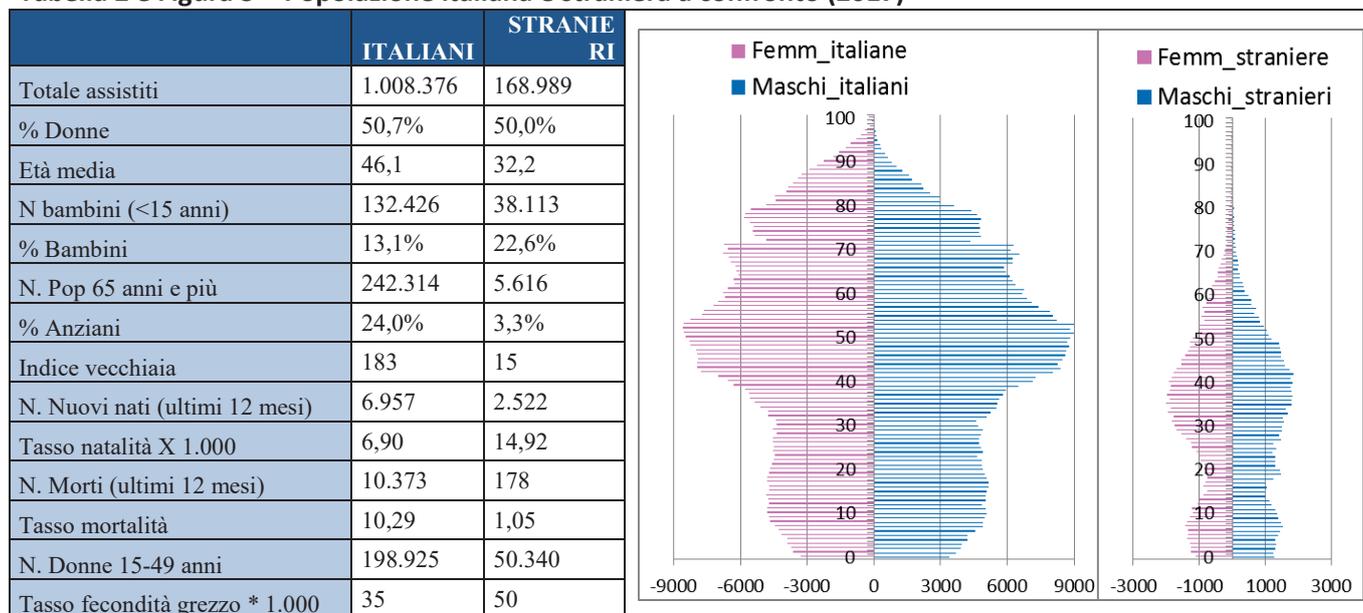
- la percentuale di bambini era del 22,6% di 9,4 punti percentuali più elevata rispetto agli italiani;
- la percentuale di anziani era molto bassa (3,3% vs 24,0%);
- il tasso di natalità è stato di 14,9/1.000, vale a dire 2,2 volte più elevato rispetto a quello degli italiani; il 26,6% dei nuovi nati nella ATS di Brescia è straniero con un tasso di fecondità grezzo nelle donne straniere del 43% più elevato rispetto alle italiane.

Tra la popolazione italiana del 2017 sono compresi anche 29.446 assistiti di recente naturalizzazione (2,9% della popolazione italiana) è questa una sottopopolazione in crescita nettamente più giovane rispetto a quella italiana autoctona (età media=31,0 vs 46,6). Trattasi comunque di un numero sicuramente sottostimato 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 considerato vi sono stati forti cambiamenti, in particolare:

- la presenza di stranieri è più che quadruplicata passando dai 39.580 del 2000 ai 168.989 del 2017, ma l'incremento più rilevante vi è stato tra 2000 e 2008 (+258%) e si è poi ridotto fino ad arrestarsi negli ultimi anni: un fenomeno legato alla minor presenza legale di "nuovi" stranieri e in parte anche al numero crescente di stranieri che ottengono la cittadinanza.
- si è passati da una presenza prevalentemente maschile (64% nel 2000) ad una paritaria (quota femminile è al 50,0% nel 2017);
- la presenza di bambini stranieri si è quintuplicata tra 2000 e 2011(da 8.329 a 42.770) per poi stabilizzarsi e ridursi negli ultimi anni; la stragrande maggioranza di essi è nata nel nostro paese.
- Nel 2017 il 26,6% 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 14,9 x 1.000) che del tasso di fecondità (da 114 a 50 x 1.000); il tasso di natalità tra la popolazione italiana è sceso invece dal 9,4 del 2000 al 6,9x1.000 del 2017 mentre il tasso di fecondità nelle donne italiane è diminuito solo in parte negli ultimi anni (da 39 a 35x1.000).

Tabella 2 e Figura 3 - Popolazione italiana e straniera a confronto (2017)



La popolazione di cittadinanza italiana è cresciuta dal 2000 al 2017 del 5,0%, ma ciò grazie all'immigrazione di cittadini italiani e alla naturalizzazione degli stranieri. Il saldo naturale dei soli italiani (differenza tra il numero di nati ed il numero di morti) è dal 2008 negativo ed in continua e pesante diminuzione (-3.416 unità nel 2017). Una forte influenza sul trend demografico futuro

sarà data dal fatto che la popolazione di donne in età fertile italiane è in costante diminuzione: da 233.293 nel 2000 a 198.925 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 2000-2017 indicano che l'età media di morte si è progressivamente innalzata, aumentando di 6,2 anni nei maschi (pari a 4,4 mesi/anno) e di 4,1 anni nelle donne (2,9 mesi/anno) (Tabella3).

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

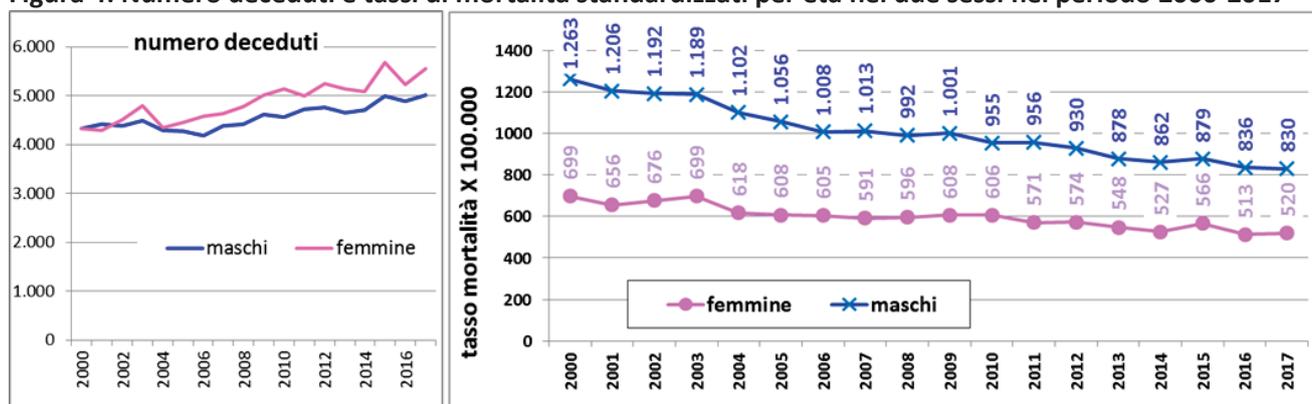
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
uomini	tasso grezzo	876	883	857	864	820	805	770	791	779	804	790	813	819	800	811	854	836	853
	età media di morte	71,0	70,8	71,7	72,1	72,3	73,0	73,0	73,4	74,1	74,2	74,5	75,1	75,3	75,7	75,8	76,6	77,2	77,6
donne	tasso grezzo	839	822	852	893	803	814	819	815	826	855	870	841	877	857	848	943	870	922
	età media di morte	79,6	79,9	80,1	80,8	80,5	80,6	80,8	81,6	81,6	81,8	81,9	82,3	82,7	82,7	83,0	83,6	83,7	84,3

*i dati del 2017 sono stimati in base ai soli dati anagrafici disponibili fino al novembre 2017

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 siano 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 (-34% complessivo per l'intero periodo) che nelle femmine (-26%).
- vi sono stati due picchi di mortalità, uno nel 2003 (legato all'ondata di calore di quell'estate), ed uno più nel 2015 (dovuto ad un aumento della mortalità sia nel periodo invernale che estivo e riscontrato similmente in tutto il paese).

Figura 4: Numero deceduti e tassi di mortalità standardizzati per età nei due sessi nel periodo 2000-2017



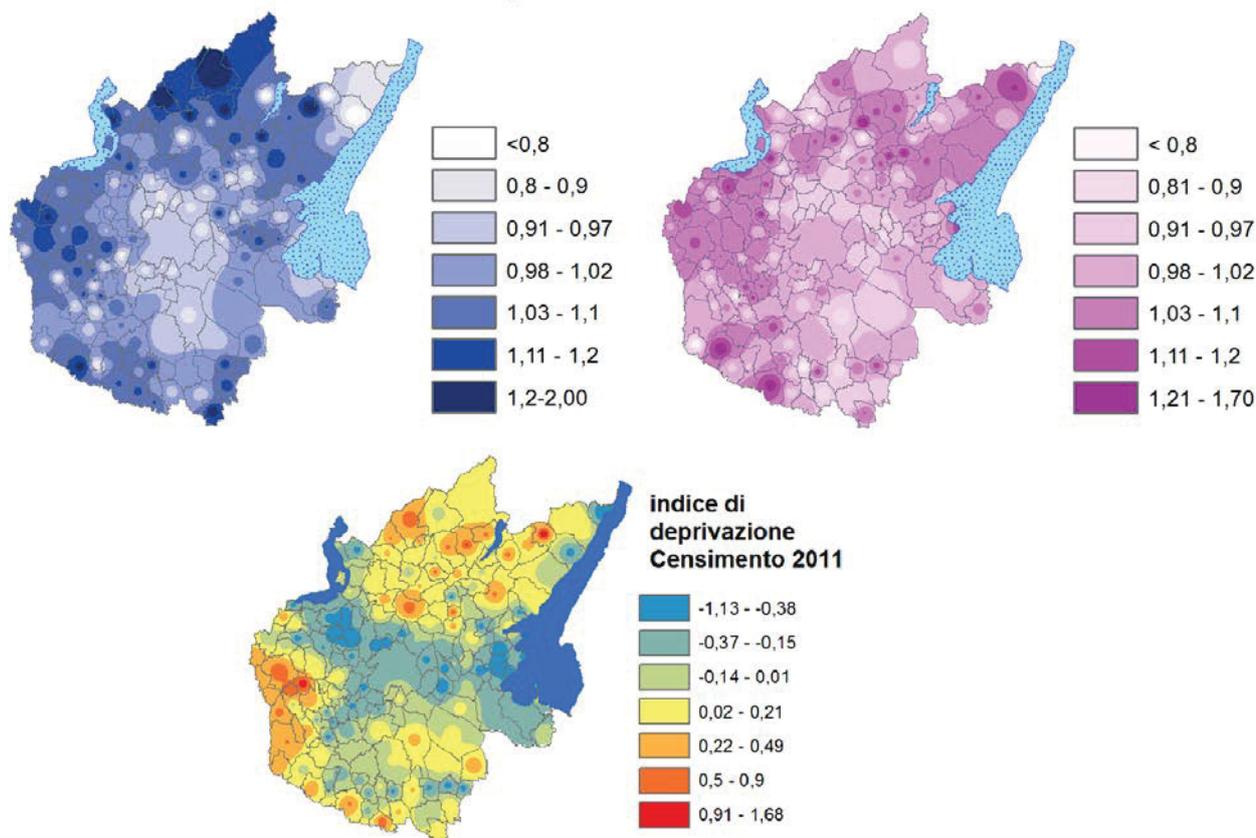
¹ PYLL (potential years of life lost) è una misura della mortalità prematura. Per ogni individuo l'età di morte è sottratta ad un'età di riferimento (75 anni in genere nei paesi industrializzati); nel caso l'età di morte sia successiva all'età di riferimento si attribuisce il valore "0", in modo da non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

Confronto nazionale e regionale. Prendendo come riferimento il 2014, 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 (971 nei maschi e 617 nelle femmine) che a quelli regionali (maschi=940, femmine= 588)

Analisi territoriale. Considerando la mortalità negli ultimi 5 anni nei due sessi ([Figura 5](#)) si nota sostanzialmente lo stesso pattern territoriale con:

- Una mortalità più elevata nella zona occidentale e sud occidentale 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 2012 ed il 2016 per comune con smoothing IDW: maschi a sinistra a e donne a destra. In basso la mappa con indice di deprivazione su base comunale (dati Censimento 2011)

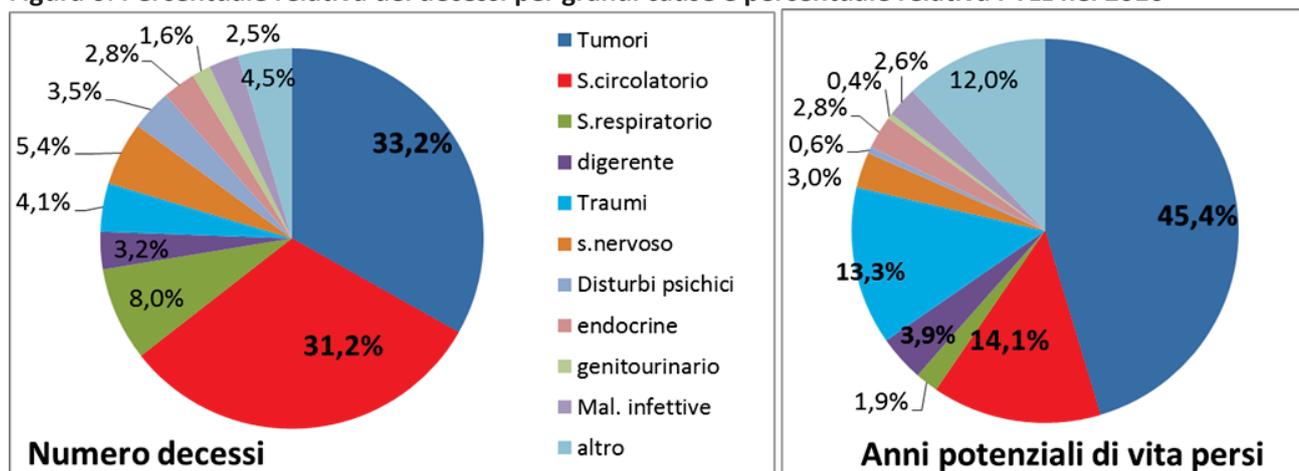


Nel corso del 2016 sono decedute 10.118 persone, 4.888 maschi (età media=77,2) e 5.230 femmine (età media=83,7), mentre gli anni di vita persi sono stati 31.703, per il 66% a carico dei maschi (21.001).

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 2016



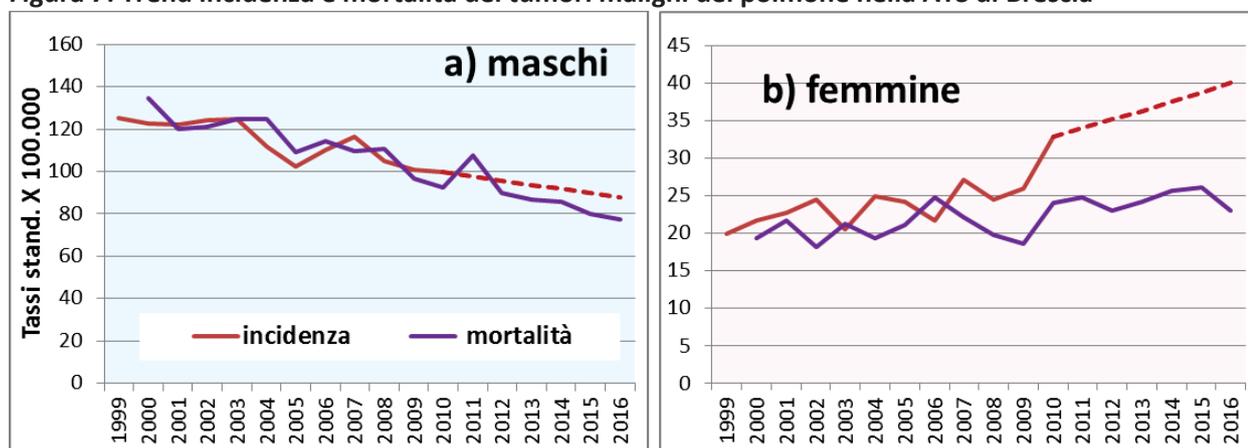
PATOLOGIA TUMORALE

La patologia tumorale ha rappresentato nel 2016 con 3.361 decessi la prima causa di morte complessiva (33,2% del totale); in particolare era la prima tra i maschi (38,6%) e la seconda nelle femmine (28,2%). I tumori da soli hanno causato il 45,4% degli anni potenziali di vita persi (14.390 anni) al primo posto sia per i maschi (40,3%) che per le donne (55,4%). Nello specifico i tumori più rilevanti sia in termini di numero di decessi che di anni potenziali di vita persi, sono stati il tumore delle vie respiratorie (458 decessi e 1.824 PYLL nei maschi e 180 decessi e 854 PYLL nelle donne) e della mammella nelle femmine (231 decessi e 1.337 PYLL). Dopo questi tumori hanno avuto un forte impatto i tumori del fegato (294 decessi e 1.469 PYLL), del colon/retto (290 decessi e 1.082), e a seguire i tumori di pancreas, sistema emolinfopoietico, stomaco. 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 sono molto bassi nelle età più giovani ed 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.

Negli ultimi anni sono aumentati sia il numero dei decessi (+14% nei maschi e +16% nelle femmine periodo 2000-16) che il numero assoluto dei casi incidenti (circa + 20% in entrambi i sessi nel periodo 1999-2010).

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 8.854 nei maschi e calata meno nelle donne (da 7.323 a 5.765). L'incidenza è rimasta, invece, sostanzialmente stabile in entrambi i sessi: nelle femmine -0,4% annuo ($p = 0,2$) e nei maschi -1% annuo ($p = 0,1$).

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 nella 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

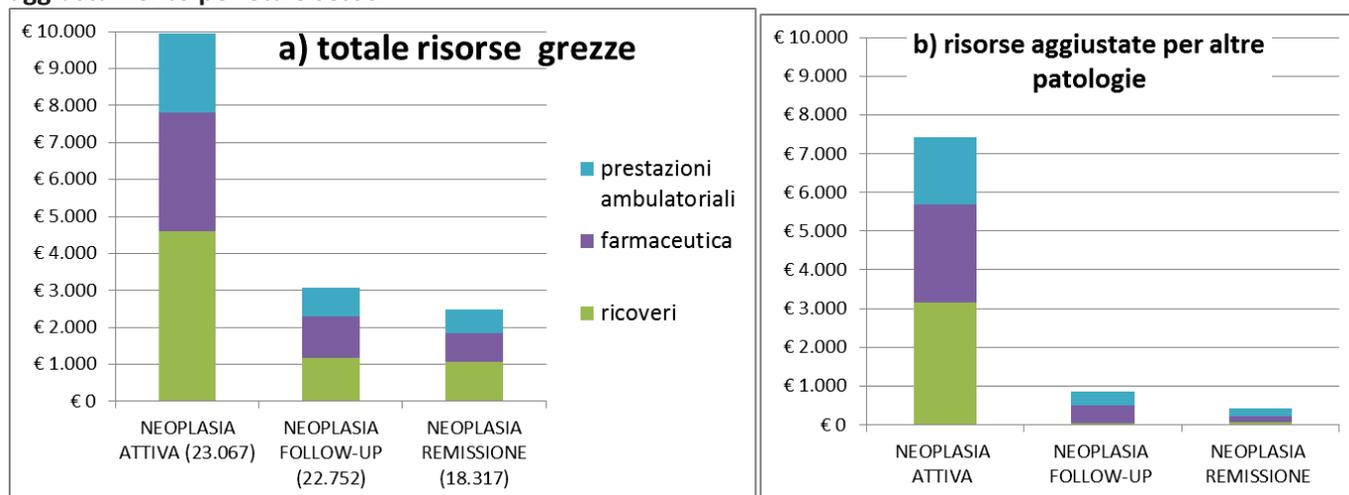
Secondo la Banca Dati Assistiti (BDA) della ATS di Brescia nel 2016 ben 58.055 assistiti, pari al 4,8% della popolazione presa in carico nel corso dell'anno (1.200.733), risultavano avere ricevuto delle prestazioni sanitarie specifiche per la patologia tumorale (ricoveri, farmaci, prestazioni specialistiche, esenzione, etc): 32.326 (55,7%) erano donne e l'età media era di 64,4 anni per le donne e 67,6 per i maschi. Nel 69,5% dei casi oltre al tumore questi assistiti erano stati presi in carico nel corso dell'anno anche per altre patologie e 3.842 sono deceduti nel corso dell'anno ma "solo" 2.978 (77,5%) avevano quale causa principale di morte un tumore. Vi erano inoltre 382 soggetti deceduti per tumore ma non presi in carico per questa patologia nel corso dell'anno: si trattava in questo caso di soggetti molto anziani con età media di 84 anni. Nella famiglia patologica della BDA denominata "tumori" confluiscono però categorie di pazienti assai diverse sia poiché affetti da tipologia tumorali assai diverse per esito e cure richieste sia perché vengono inclusi diversi momenti temporali della malattia tumorale.

L'algoritmo di classificazione delle malattie croniche proposta da regione Lombardia nella DGR 6164/2017 porta ad identificare un numero un poco superiore di assistiti con patologia tumorale e permette di dividerli in tre gruppi patologici:

- assistiti con neoplasia attiva 23.067 (1,9% della popolazione)
- assistiti con neoplasia in follow-up attiva 22.752 (1,9% della popolazione)
- assistiti con neoplasia in remissione 18.317 (1,5% della popolazione)

Si noti come (Figura 8) il consumo di risorse sanitarie nel 2016 per coloro con neoplasia attiva sia nettamente più elevato degli altri assistiti con neoplasia; in particolare tenendo conto della presenza di altre co-patologie la neoplasia attiva ha comportato un assorbimento di risorse intorno ai 7.400 € mentre neoplasia in follow-up (850€) ed in remissione (450€) erano intorno a valori nettamente inferiori, con un consumo di risorse dovuto soprattutto ad alte co-patologie.

Figura 8: Consumo di risorse sanitarie nel 2016 nelle tre categorie di assistiti con neoplasia: a sinistra (b) la stima delle risorse utilizzate per la sola patologia tumorale al netto di altre co-patologie e con aggiustamento per età e sesso.



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 (458) che di anni potenziali di vita persi (1.824 PYLL), nelle donne ha un impatto più basso (180 decessi e 854 PYLL) ma è in rapida ascesa. I tassi sono simili a quelli lombardi e più elevati di quelli italiani ed i 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 2007-8, 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 2016 sono deceduti per tumori del fegato 294 assistiti con una perdita di 1.469 PYLL con i maschi che presentano tassi quasi tripli rispetto alle femmine.

Sia i tassi di mortalità che di incidenza per questo tumore sono nella ATS di Brescia più elevati sia rispetto alla media nazionale che a quella regionale; in particolare in ambito lombardo vi sono forti differenze con la zona di confine tra Brescia, Bergamo e che si estende a nord nella ATS della Montagna e a sud verso Cremona che fa registrare i tassi più elevati in entrambi i sessi. Il trend di mortalità di questo tumore 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 2016 sono deceduti per tumori dello stomaco 218 assistiti con una perdita di 910 PYLL con i maschi che hanno tassi doppi rispetto alle femmine.

Sia i tassi di mortalità che di incidenza per questo tumore sono nella ATS di Brescia più elevati rispetto alla media nazionale e simili rispetto alla media regionale anche se, analogamente a quanto riscontrato per il tumore del fegato vi è un'area a maggior incidenza nella zona di confine tra Brescia, Bergamo e che si estende a nord nella ATS della Montagna e a sud verso Cremona.

Continua la storica diminuzione di mortalità ed incidenza per questi tumori che nel periodo 2000-2016 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 2016 sono deceduti per tumori del pancreas 252 assistiti con una perdita di 1.127 PYLL; i tassi nei maschi sono più elevati rispetto alle femmine.

Sia i tassi di mortalità che di incidenza per questo tumore sono nella ATS di Brescia più elevati rispetto alla media nazionale e simili rispetto alla media regionale. Sia i tassi di mortalità che di l'incidenza per tumore del pancreas sono più elevati di un 50% nei maschi rispetto alle donne, ed in entrambe i sessi il trend è rimasto stabile senza alcuna diminuzione né in termini di tassi né di anni di vita persi. Si registrano notevoli differenze di incidenza e mortalità tra i vari comuni 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.

Tumori maligni del tessuto linfatico ed ematopoietico. Nel 2016 sono deceduti per questi tumori 246 assistiti con una perdita di 1.011 PYLL. In tale categoria sono comprese diverse forme tumorali tra loro assai diversificate. I tassi di mortalità per tumore maligni del tessuto linfatico ed ematopoietico nella ATS di Brescia sono in entrambi i sessi più bassi sia rispetto agli analoghi tassi italiani che a quelli lombardi, una caratteristica che ci accomuna alle province di Bergamo e Trento. Il tasso di mortalità per tumori maligni del tessuto linfatico ed ematopoietico è più elevato di un 50% nei maschi rispetto alle donne. Si registrano notevoli differenze di incidenza e mortalità tra i vari comuni 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.

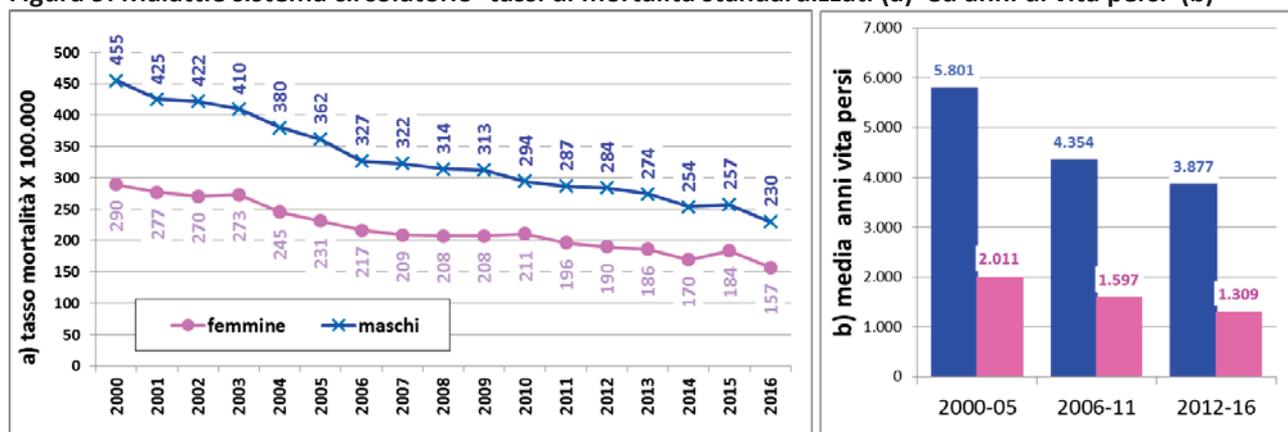
PATOLOGIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Le patologie del sistema circolatorio, pur essendo al primo posto come causa di morte nelle donne (35,0%) e al secondo negli uomini (27,1%), hanno un minore impatto in termini di PYLL (14,1% del totale), soprattutto nel sesso femminile dove l'età media di morte per queste cause è assai avanzata (87,4 anni).

La mortalità per malattie del sistema circolatorio è inferiore 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)



Il numero di soggetti presi in carico nel 2016 per cardiopatie, scompenso e vasculopatie è stato pari a 96.647 soggetti l'8% della popolazione assistita nel corso dell'anno, vi erano poi ulteriori 154.576 assistiti presi in carico per ipertensione arteriosa senza altre patologie del sistema circolatorio: complessivamente il 20,9% 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. Molto spesso questi assistiti avevano associate altre patologie quali le dislipidemie (21,0% dei casi) o il diabete (20,3% dei casi) e, complessivamente, i soggetti con cardiopatie e/o diabete e/o dislipidemie erano 280.314, il 23,4% di tutta la popolazione assistita ed il 73,6% di tutti i pazienti cronici. La prevalenza dei pazienti con una almeno una di queste tre patologie aumenta vertiginosamente con l'avanzare dell'età: dal 3,9% sotto i 50 anni a più dell'80% dopo gli 80 anni; prima degli 80 anni la prevalenza è sempre più elevata nei maschi.

I TRAUMI E GLI AVVELENAMENTI

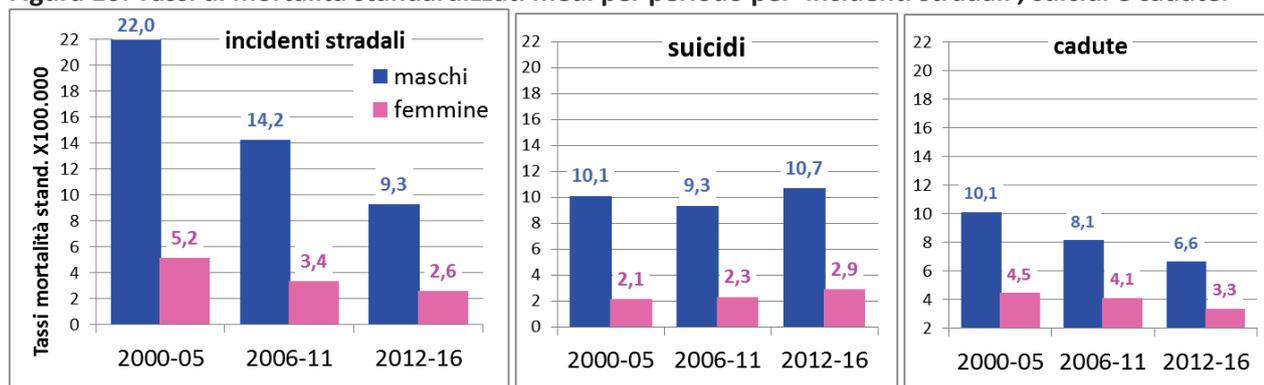
I traumi e gli avvelenamenti nel 2016 hanno causato 417 decessi (il 59,2% nei maschi), ma dal momento che una buona parte di questi avviene in giovane età, sono stati per i maschi la seconda causa di perdita di anni di vita e, considerando entrambi i sessi, hanno causato la perdita

di 4.224 anni (13,3% del totale). La maggior perdita di anni di vita è stata a causa dei suicidi (1.992 PYLL per 83 deceduti) e degli incidenti di trasporto (1.256 PYLL per 62 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).

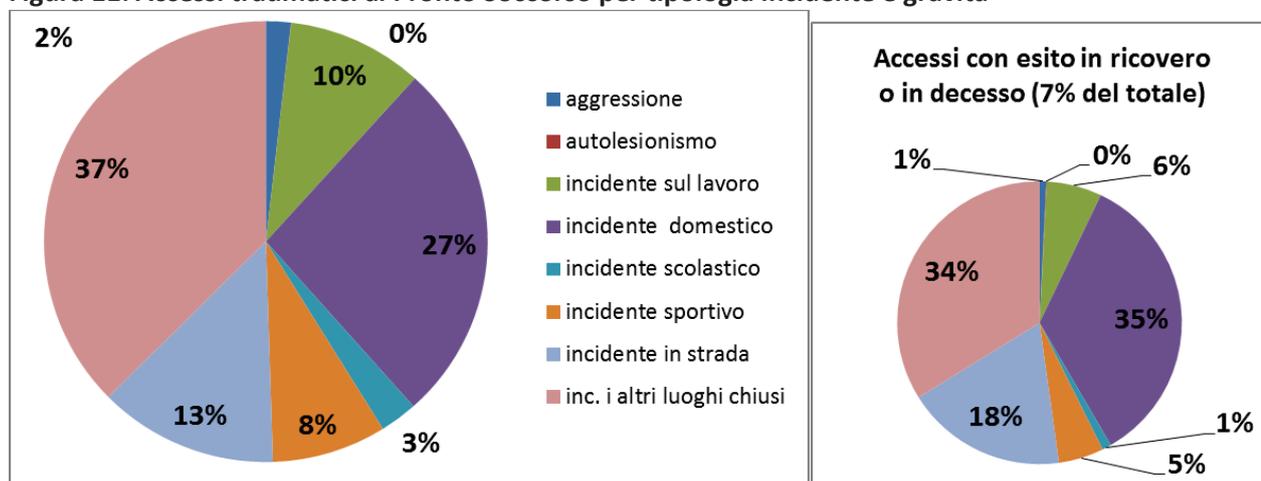
Negli anziani e nei grandi anziani vi è un aumento della mortalità per cause esterne legate all'aumento della popolazione fragile (fratture patologiche etc.).

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



Nel 2017 vi sono stati 152.206 accessi per cause traumatiche nei Pronto Soccorso della ATS di Brescia pari al 29,5% di tutti gli accessi avvenuti; per 88,9% in residenti ATS. Gli incidenti domestici, in altri luoghi chiusi ed in strada erano i più frequenti sia per tutti gli accessi che per i 12.014 accessi con esito più grave (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 Assistiti (BDA). Nel corso del 2016 sono state assistite dall'ATS di Brescia 1.200.719 persone (50,6% femmine), di cui il 31,5% (378.747 persone) presi in carico per almeno una delle 15 condizioni patologiche considerate; di questi, 205.269 presentano una sola patologia, 101.005 due patologie, mentre 72.473 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 4 sottostante presenta i dati dei presi in carico per ognuna delle condizioni patologiche esaminate in ordine decrescente di presa in carico; è inoltre riportato il numero di portatori della patologia isolata.

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

	Numero di persone prese in carico	prevalenza (x 1.000)	numero di persone portatrici della patologia isolata	prevalenza (x 1.000)	percentuale delle forme isolate sul totale
Cardiovascolopatie	251.223	209,2	102.226	85,1	40,7%
Diabete	69.917	58,2	12.574	10,5	18,0%
Dislipidemie*	65.020	54,2	7.657	6,4	11,8%
Neoplasie	58.058	48,4	17.963	15,0	30,9%
Broncopneumopatie	36.223	30,2	14.718	12,3	40,6%
Malattie endocrine	37.230	31,0	11.385	9,5	30,6%
E/G/Duodenopatie	34.281	28,6	4.156	3,5	12,1%
Neuropatie	24.310	20,2	8.110	6,8	33,4%
Epato-enteropatie	18.405	15,3	8.065	6,7	43,8%
M. psichiatriche gravi	13.033	10,9	4.166	3,5	32,0%
Malattie autoimmuni	15.223	12,7	3.998	3,3	26,3%
M. rare	13.074	10,9	7.700	6,4	58,9%
Insufficienza renale	7.169	6,0	271	0,2	3,8%
HIV/AIDS	3.627	3,0	2.148	1,8	59,2%
Trapianti*	2.148	1,8	132	0,1	6,1%
totale persone con patologia cronica	378.747	315,4	205.269	171,0	54,2%
senza patologia cronica	821.972	684,6			
totale assistiti	1.200.719				

Nel 2003 (Tabella 5) gli assistiti presi in carico per patologie croniche erano 251,8/1.000, passati a 315,4/1.000 nel 2016, con un aumento nel periodo del 25%. In termini assoluti l'aumento è stato ancora più rilevante, pari al 43% (da 263.936 a 378.747 assistiti). È aumentato anche il numero di persone con più patologie (nel 2016 gli assistiti con patologia cronica avevano in media 1,73 patologie rispetto al 1,50 nel 2003).

Per tutte le patologie, ad eccezione delle Broncopneumopatie, vi è stato un aumento nel corso degli ultimi anni sia in termini assoluti che in termini di percentuale di presa in carico, con gli aumenti maggiori a carico delle malattie rare che sono più che quadruplicate e delle malattie autoimmuni ed esofagogastro-duodenopatie che sono triplicate.

I rilevanti cambiamenti riscontrati nel periodo 2003-2016 possono essere spiegati in parte dall'evoluzione del quadro anagrafico-epidemiologico locale (il progressivo innalzamento dell'età determina un maggior numero di assistiti con patologie croniche), ma anche dalla maggior sensibilità e capacità di riconoscere patologie croniche in precedenza misconosciute. Alcuni aumenti hanno anche specifiche motivazioni:

- per HIV/AIDS grazie alle recenti terapie è migliorata la sopravvivenza e pur essendo diminuiti i nuovi casi si innalza il numero totale dei presi in carico.
- l'attivazione della "Rete delle Malattie Rare" ne ha favorito la diagnosi e la presa in carico
- per i trapiantati dopo il 2007, vi è stato un cambiamento metodologico che ha permesso una maggiore sensibilità nell'identificazione degli stessi.

Tabella 5 - Andamento della presa in carico per malattie croniche secondo BDA tra 2003 e 2016.

	Presa in carico negli anni (x 1000)								Variazione % periodo 2016/2003	
	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	presa in carico	n° assoluto assistiti
1. Cardiovascolopatie	173,4	185,1	188,1	188,8	194,1	197,0	202,5	209,2	20,7%	38,2%
2. Diabete	38,9	43,4	45,8	48,7	52,4	55,4	57,4	58,2	49,5%	71,3%
3. Dislipidemie *	29,2	39,0	43,5	38,8	43,9	48,1	50,9	54,2	85,7%	112,7%
4. Neoplasie	35,0	35,5	38,3	38,9	40,8	43,9	47,0	48,4	38,1%	58,2%
5. Broncopneumopatie	30,3	31,6	31,0	28,3	28,4	28,9	29,9	30,2	-0,5%	14,0%
6. Malattie endocrine	14,5	16,9	18,6	20,5	23,1	26,1	25,3	31,0	113,1%	144,2%
7. E/G/Duodenopatie	9,7	12,6	13,3	14,4	20,2	25,2	28,8	28,6	195,5%	238,6%
8. Neuropatie	16,0	17,2	17,1	17,4	18,1	18,7	19,9	20,2	26,6%	45,1%
9. Epto-enteropatie	10,6	12,2	13,1	13,2	14,0	14,4	15,0	15,3	45,1%	66,2%
10. M. psichiatriche gravi	7,7	8,5	9,5	9,7	9,9	9,8	10,6	10,9	40,1%	60,6%
11. Malattie autoimmuni	3,7	4,6	5,4	6,8	8,4	10,5	12,1	12,7	244,7%	294,9%
12. Malattie rare	2,6	3,9	4,9	6,0	7,4	8,9	10,2	10,9	326,3%	388,4%
13. Insufficienza renale	3,6	4,3	4,7	4,6	5,0	5,3	5,7	6,0	65,8%	90,0%
14. HIV/AIDS	2,2	2,4	2,6	2,7	2,8	2,9	3,0	3,0	39,9%	60,3%
15. Trapianti *	0,6	0,7	1,1	1,2	1,4	1,5	1,7	1,8	207,3%	252,1%
Totale persone con patologia cronica	251,8	266,2	272,1	275,7	286,5	297,1	307,5	315,4	25,2%	43,5%
Senza patologia cronica	748,2	733,8	727,9	724,3	713,5	702,9	692,5	684,6	-8,5%	4,8%

*cambiamento metodologico nel corso del periodo

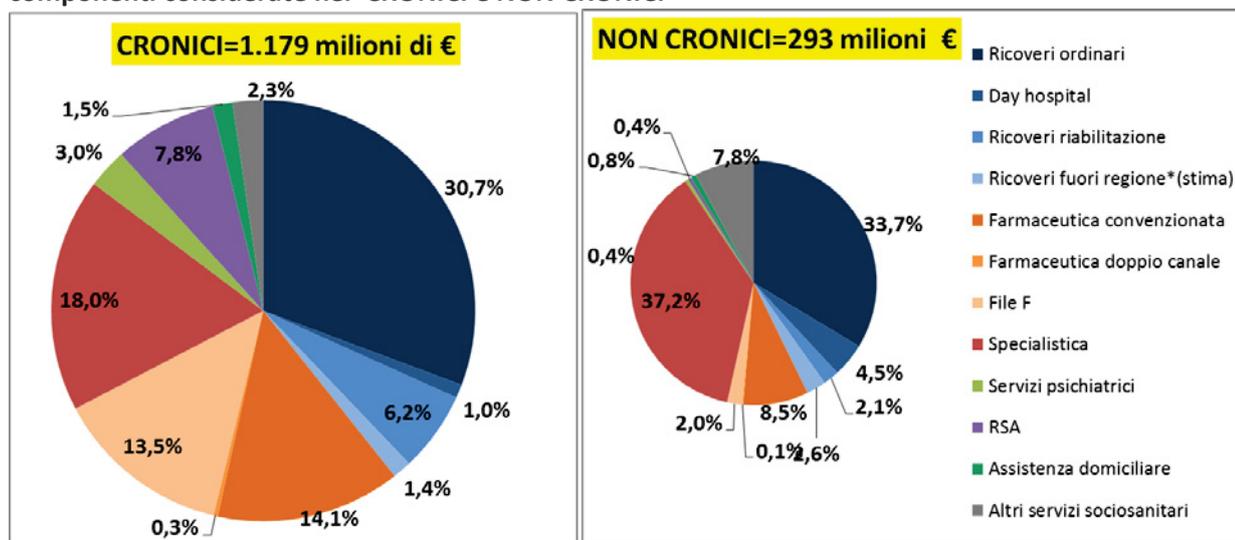
CONSUMO DI RISORSE PER INTERA POPOLAZIONE

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

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

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

Figura 12: BDA 2016 dell'ATS di Brescia: consumo di risorse sanitarie con ripartizione tra le principali componenti considerate nei CRONICI e NON CRONICI



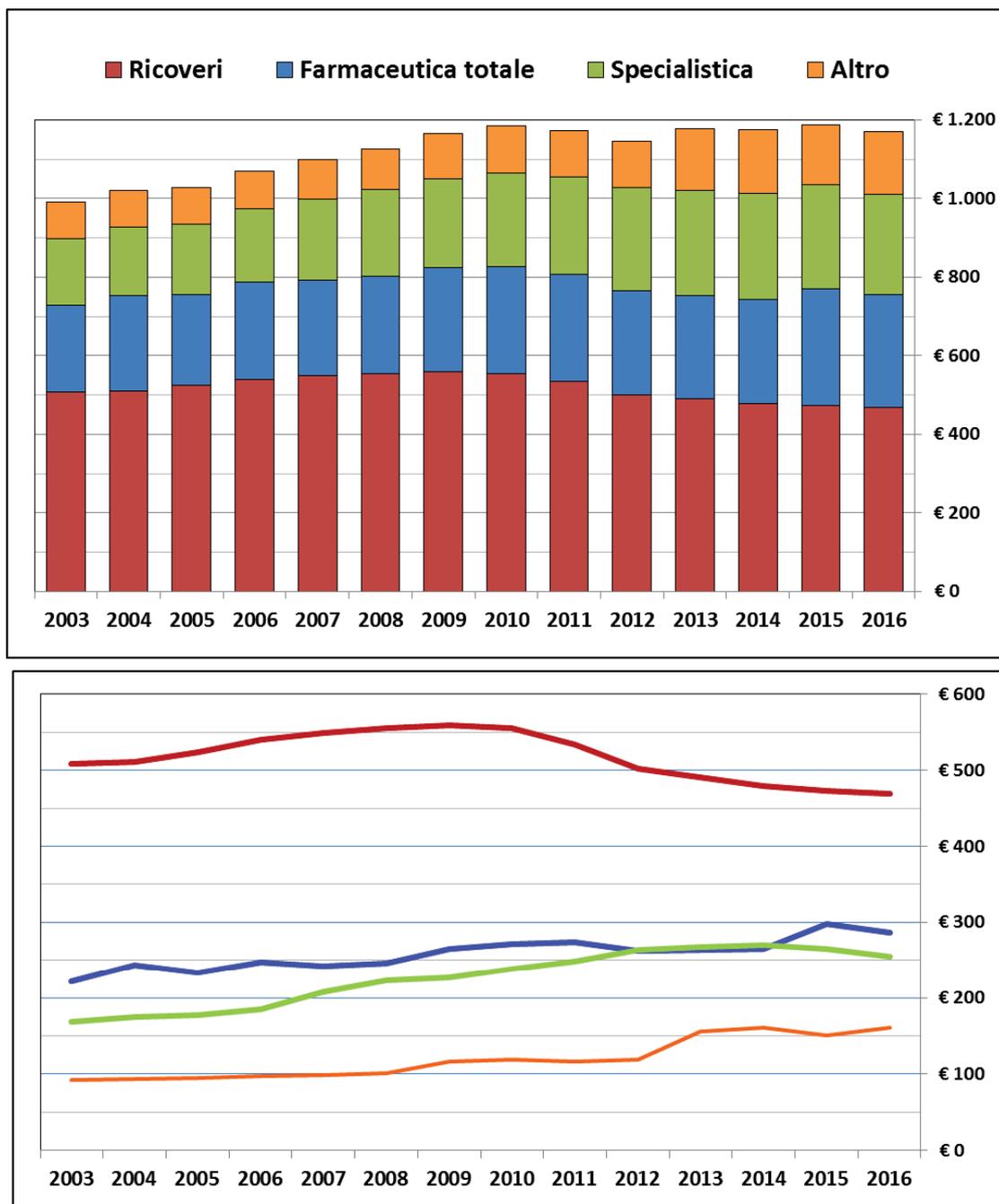
Nel periodo 2003-2016 si vede un aumento complessivo delle risorse complessive consumate fino al 2010, con valori relativamente stabili negli anni successivi (Figura 4). In particolare le risorse consumate per i ricoveri sono cresciute dal 2003 al 2010 e poi diminuite fino al 2016. Le risorse per la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

2003 al 2014 con una stabilizzazione negli ultimi 2 anni. In costante crescita il consumo per "Altro".

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

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

Figura 13: Consumo risorse pro_capite nel periodo 2003-2016 nell'ATS di Brescia sulla popolazione pesata con metodo OSMED.



AREA CONTROLLI SUGLI EPISODI DI RICOVERO E CURA

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

Diversamente dal passato, i controlli per il 2018 avranno durata più breve, dieci mesi anziché 12 e si concluderanno il 31/12/2018.

Di conseguenza la quota di controllo complessiva scenderà al 11,5% e sarà 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 5%** 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 2017.

SINTESI DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEL 2017

L'attività per l'anno 2017, iniziata a marzo e conclusa a fine febbraio 2018, ha previsto un controllo di almeno n. 27.718 pratiche, pari al 14% della produzione. Il controllo in modalità mirata, con verifica della congruenza di codifica della SDO e dell'appropriatezza generica/organizzativa ha riguardato in generale, oltre alle prestazioni oggetto di particolari disposizioni regionali, le tipologie di controllo già in essere nel 2016, 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 28/02/2018 (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 01/03/2017 al 28/02/2018)

Ricoveri erogati	Cartelle controllate	Cartelle modificate	% Cartelle modificate
ricoveri programmati	5.171	583	11,3
ricoveri urgenti	5.913	454	7,7
day-hospital	1.814	348	19,2
sub-acute	143	21	14,7
area riabilitazione	931	103	11,1
Totale	13.972	1.509	10,8

Tabella n. 2 Controlli mirati per tipologia di campionamento (dal 01/03/2017 al 28/02/2018)

Tipologia di campionamento	Cartelle controllate	Cartelle modificate	% Cartelle modificate
108 drg potenzialmente inappropriati	3.349	358	10,7
drg complicati	1.930	177	9,2
indicatori regionali	5.990	530	8,8

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

Tabella n. 3 Controlli sui ricoveri anno 2017

	Cartelle controllate		Cartelle modificate		Cartelle modificate %	Decurtazione economica (%)
	N. cartelle	Valore originale	N. cartelle	Importo modificato		
autocontrollo 3%	5.760	€ 20.476.886,00	61	€ 203.364,50	1,1%	1,0%
autocontrollo 4%	7.986	€ 27.827.406,00	393	€ 362.989,80	4,9%	1,3%
congruenza mirata 7%	13.972	€ 67.245.948,00	1.509	€ 3.880.732,39	10,8%	5,8%
Totale controlli	27.718	€ 115.550.240,00	1.963	€ 4.447.086,69	7,1%	3,8%

Tabella n. 4 Controlli sui ricoveri stratificato per tipo erogatore anno 2017

	Cartelle controllate		Cartelle modificate		Cartelle modificate %	Decurtazione economica (%)
	N° cartelle	Valore originale	N° cartelle	Importo modificato		
Privato						
autocontrollo 3%	2.336	€ 9.239.590,00	27	€ 51.227,60	1,2%	0,6%
autocontrollo 4%	3.162	€ 10.838.759,00	170	€ 210.272,20	5,4%	1,9%
congruenza mirata 7%	5.586	€ 29.779.473,00	392	€ 984.853,60	7,0%	3,3%
Totale controlli	11.084	€ 49.857.822,00	589	€ 1.246.353,40	5,3%	2,5%
Pubblico						
autocontrollo 3%	3.424	€ 11.237.296,00	34	€ 152.136,90	1,0%	1,4%
autocontrollo 4%	4.824	€ 16.988.647,00	223	€ 152.717,60	4,6%	0,9%
congruenza mirata 7%	8.386	€ 37.466.475,00	1.117	€ 2.895.878,79	13,3%	7,7%
Totale controlli	16.634	€ 65.692.418,00	1.374	€ 3.200.733,29	8,3%	4,9%

Le maggiori criticità sono state rilevate, nell'ambito dei Day Hospital, subacuti, ricoveri programmati e dell'area di riabilitazione.

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 2017, come per gli anni precedenti, è stato "Massimo".

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

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

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

Sanzioni Attività Ricovero e Cura		
Struttura	N. Strutture	n. Sanzioni
Pubblica	4	7
Private	1	1

PIANIFICAZIONE 2018

L'attività di controllo per l'anno 2018 è rivolta alla verifica delle attività erogate e poste a carico del SSR, dando la priorità alla verifica della produzione dell'anno in corso e agli Enti Erogatori Accreditati insistenti sul territorio dell'ATS di Brescia.

La pianificazione dei controlli 2018 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 11,5% dell'attività di ricovero, così come indicato dalla DGR n. X/7600/2017, calcolato sulla produzione 2017.

Si prevedono quindi l'attività di Autocontrollo inerente alla completezza della documentazione clinica e l'attività di Autocontrollo di congruenza di codifica/appropriatezza generica (o organizzativa), con successive e specifiche verifiche da parte dell'ATS, nonché l'attività di controllo di tipo Mirato, dando la priorità alle prestazioni erogate nel corso dell'esercizio 2018. Le attività di controllo si chiuderanno il 31/12/2018.

In particolare, nell'ambito di tutte le tipologie di controllo, in caso di riscontro di gravi carenze documentali rispetto ai requisiti previsti dalla normativa vigente, si procederà alle decurtazioni economiche previste dalla DGR 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. X/7600/2017 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 28/02/2018 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 5% come da DGR X/7600/2017, 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.

Indicatore: Obiettivo Regionale = 11,5%, calcolato sulla produzione 2017.

AREA CONTROLLI 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 2017 hanno erogato a carico del SSR quasi 20 milioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale. Le medesime strutture hanno effettuato quasi 2 milioni di prestazioni in regime libero professionale 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 alcuni disallineamenti. Inoltre, data la continua evoluzione dei sistemi applicativi, è necessario tener conto della eventualità di modificare o integrare le metodologie di lavoro, anche alla luce di prossime indicazioni dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS).

SINTESI DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEL 2017

Nel corso dell'attività 2017 sono stati oggetto di controllo 207.818 record corrispondenti al 4,4% del totale delle prescrizioni poste a carico del SSR nel 2016, estratte utilizzando i criteri stabiliti dalla DG Welfare, così come riportato nella tabella 1.

Tabella 1

PRODUZIONE 2016 (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 28/02/2018	% CONTROLLATO AL 28/02/2018
4.761.492	166.652	207.818	4,4%

L'effetto dell'attività di controllo ha comportato una decurtazione economica pari al 6,3% del valore originale, come riportato nella tabella 2.

Tabella 2

TOTALE RECORD CONTROLLATI	TOTALE RECORD MODIFICATI	IMPORTO ORIGINALE	DECURTAZIONE	DECURTAZIONE	CONFERMATE
207.818	47.046	€ 15.497.504,58	€ 976.192,05	6,3%	77,4%

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

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

Le sanzioni sono state irrogate a seguito di errori di codifica e di non corretta rappresentazione delle prestazioni nel flusso 28/SAN, oppure per inosservanza delle disposizioni relative al rispetto dei criteri di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, come rappresentato nella tabella 3

Tabella 3

Sanzioni Attività Ambulatoriale		
Struttura	n. Strutture	n. Sanzioni
Pubblica	3	5
Private	-	-

La tabella 4 raffigura l'esito dei controlli sulle prestazioni ambulatoriali sia dal punto di vista quantitativo, sia dal punto di vista economico. Come da Regole di Sistema si è privilegiato il controllo statistico-formale.

Tabella 4

TIPOLOGIA DI CONTROLLO	CONTROLLATI	MODIFICATI	IMPORTO ORIGINALE	DECURTAZIONE
IN LOCO	22.725	4.557	€ 7.056.835,37	€ 387.249,28
STATISTICO-FORMALE	185.093	42.489	€ 8.440.669,21	€ 588.942,77
TOTALE	207.818	47.046	€ 15.497.504,58	€ 976.192,05

La tabella 5 riepiloga i controlli delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per tipologia di struttura.

Tabella 5

TIPO STRUTTURA	CONTROLLATI	MODIFICATI	IMPORTO ORIGINALE	DECURTAZIONE	DECURTAZIONE	CONFERMATE
STRUTTURE PUBBLICHE	144.400	40.238	€ 10.691.829,99	€ 821.813,71	7,7%	72,1%
STRUTTURE PRIVATE	63.418	6.808	€ 4.805.674,59	€ 154.378,34	3,2%	89,2%
TOTALE	207.818	47.046	€ 15.497.504,58	€ 976.192,05	6,3%	77,4%

SINTESI DEGLI ASPETTI PIÙ SIGNIFICATIVI DELL'ATTIVITÀ DI CONTROLLO 2017

Come riportato nella tabella 6, 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 non previste dalla DGR n. VIII/10804/2009.

Tabella 6

INDICATORE DI CONTROLLO DGR VIII/10804/2009 - DGR VII/8078/2002	CONTROLLATI	MODIFICATI	IMPORTO ORIGINALE	DECURTAZIONE
A	5	3	€2.906,66	€ 416,76
B	4.074	193	€ 198.798,40	€ 3.744,73
C	9	9	€ 801,87	€ 78,77
D	271	5	€ 30.241,39	€ 115,85
E	537	179	€ 687.199,51	€ 69.943,88
F	173	126	€ 3.189,70	€ 215,90
G	4	3	€ 88,45	€ 5,10
I	3.274	142	€ 87.700,20	€ 255,20
K	46	4	€ 1.667,35	€ 48,45
V	268	146	€ 12.959,61	€ 4.603,47
W	442	180	€ 19.008,21	€ 3.856,26
X	3.029	780	€ 127.660,47	€ 31.978,24
Y	934	437	€ 99.031,26	€ 30.679,30
Z	194.752	44.839	€ 14.226.251,50	€ 830.250,14
Totale	207.818	47.046	€ 15.497.504,58	€ 976.192,05

Dalla tabella 7 si evincono le principali aree che confluiscono nell' indicatore di controllo "Z".

Tabella 7

AREA DI CONTROLLO	INDICATORE DI CONTROLLO	TIPOLOGIA DI CONTROLLO
MAC	Z	Corretta rendicontazione ed appropriatezza come ad es. 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 ed appropriatezza e dove previsto (es. interventi chirurgici e anestesia) presenza e correttezza del verbale operatorio e completezza della relazione per il curante.
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 Tumoriali ai sensi della DGR n. X/3993/2015 • Radiodiagnostica (RM e TC) ai sensi della DGR n. X/2313/2014 • Gastroenterologia ai sensi della DGR n. X/4702/2015 • Medicina fisica e riabilitazione ai sensi della DGR n. VIII/3111/2006 e smi • Altre prestazioni incluse nei LEA, soggette a vincoli di erogazione (es. Densitometria, chir. Laser a eccimeri) • Prestazioni di laboratorio es. TSH libero e/o FT3 e/o FT4 (DGR2057/2011), Ricerca anticorpi Rosolia e Toxoplasmosi secondo le indicazioni della DGR n. X/4702/2015
RADIOTERAPIA	Z	Corretta rendicontazione ed appropriatezza
MEDICINA SPORTIVA	Z	Corretta rendicontazione ed appropriatezza e controlli sulle certificazioni SSN rilasciate allo stesso assistito, a distanza di meno di 11 mesi.
INTERESSE LOCALE	Z	<ul style="list-style-type: none"> • Ecografie ostetriche office • Polisonnogramma • Monitoraggio incruento della sat. arteriosa in PS • Biomicroscopia e intervento di cataratta • Esami istocitopatologici • Esami di laboratorio Qualitativi/Quantitativi (Mutazione JAK2, VDRL, TPHA) • Emocromo: Hb, GR, HCT, PLT, IND.DERIV., F.L. con rendicontazioni doppie • Biopsia portio a guida colposcopica • Prime visite ripetute

PRINCIPALI CRITICITÀ RILEVATE

Area BIC e MAC

Macroattività Chirurgica a Bassa Intensità operativa e assistenziale (BIC)

Rendicontazione del cod. 64.0 "Circoncisione" anche nel caso di descrizione nel verbale operatorio della prestazioni di frenulotomia/frenuloplastica cod. corretto 64.92.1.

Lettere di dimissione non complete es. mancanza in alcuni casi di descrizione del tipo di anestesia utilizzata o di chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze come il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza.

Rendicontazione della prestazione cod. 23.11.B "Estrazione di radice residua...." e cod. 23.19.B "Altra estrazione chirurgica di dente..." afferenti alle BIC, in casi di otturazioni o ablazione tartaro, eseguite in anestesia generale in pazienti fragili, non collaboranti.

Con riferimento alle BIC ortopediche, utilizzo di codici che, pur avendo la stessa tariffa, non sono congrui con la tipologia di intervento descritta nel verbale operatorio, es. rendicontazione del cod. 82.01 "Esplorazione della fascia tendinea della mano" nel caso di intervento per dito a scatto cod. corretto 82.91 "Lisi di aderenze della mano – dito a scatto".

Rendicontazione del cod. 43.11 "Gastrostomia percutanea endoscopica PEG" in caso di sostituzione, cod. corretto 43.11.1 "Sostituzione gastrostomia e/o digiunostomia percutanea".

Mancato annullamento della prestazione BIC dal flusso 28/SAN nel caso di trasformazione in regime di ricovero.

Macroattività ambulatoriale complessa ad alta integrazione di risorse (MAC)

Rendicontazione di prestazioni MAC seguite da un ricovero. Si è provveduto all'annullamento della MAC ai sensi di quanto specificato nella Circolare Regione Lombardia 14/SAN 2011.

Utilizzo all'interno dello stesso ciclo/piano di trattamento, di pacchetti di MAC01 e MAC02 a seconda del costo di giornata per terapia (farmaco alto/basso costo). Le MAC incongrue sono state trasformate nella tipologia corretta ai sensi della nota Regione Lombardia G1.2016.0015637 del 04/05/2016 allegato 1.

Rendicontazione della MAC09 o MAC10 nel caso di emotrasfusioni invece della MAC05 corretta.

Area APPROPRIATEZZA

Prestazioni odontoiatriche

Complessivamente nell'anno 2016 la produzione ambulatoriale odontoiatrica a carico del SSR, erogata dalle strutture accreditate e a contratto del territorio ATS Brescia (3 ASST e 2 private) e selezionata tramite il codice disciplina 035 - odontostomatologia, consta di 86.486 prestazioni, pari a 57.821 prescrizioni (80% strutture pubbliche e 20% strutture private), per un valore lordo di 1.910.685,86 €, così come riportato nella tabella n.8.

Tabella 8

TIPO STRUTTURA	PRESTAZIONI	PRESCRIZIONI	VALORE
STRUTTURE PUBBLICHE	68.562	46.293	€ 1.468.041,56
STRUTTURE PRIVATE	17.924	11.528	€ 442.644,30
TOTALE	86.486	57.821	€ 1.910.685,86

Le prestazioni odontoiatriche nel periodo osservato rappresentavano lo 0,44% della produzione ambulatoriale complessiva sul territorio di competenza, corrispondente allo 0,56% del valore economico complessivo.

Durante l'attività ispettiva 2017 sono state estratte in modalità mirata 6.976 prescrizioni, pari a 12,1% della produzione specifica, campionando l'intero percorso di cura del paziente. Gli esiti sono riportati nella tabella n.9 (nell'attività ispettiva 2016 ne erano state verificate il 3,6%).

Tabella 9

TIPO STRUTTURA	PRESCRIZIONI CONTROLLATE	PRESCRIZIONI MODIFICATE	IMPORTO ORIGINALE	DECURTAZIONE	DECURTAZIONE	CONFERMATE
STRUTTURE PUBBLICHE	6.464	4.946	€ 404.426,19	€ 97.687,08	24,2%	23,5%
STRUTTURE PRIVATE	512	98	€ 38.158,76	€ 5.450,89	14,3%	80,9%
TOTALE	6.976	5.044	€ 442.584,95	€ 103.137,97	23,3%	27,7%

Si è privilegiato numericamente il controllo sulle Strutture pubbliche anche in virtù della graduazione del rischio e delle aree di effettiva criticità emerse nelle verifiche dell'anno precedente (erogazione in service). Le verifiche sono state eseguite secondo quanto indicato nella DGR n. X/6006/2016 e nella tabella 10 è riportato il n° delle prescrizioni modificate rispetto agli specifici ambiti di controllo.

Tabella 10

Ambiti di controllo 2017 (Odontoiatria)	n° prescrizioni modificate
Rispetto requisiti LEA	396
Corretto impiego della prescrizione medica	478
Congruenza dei codici	4.170
Totale	5.044

Gli abbattimenti economici, di cui alla tabella 9, hanno contribuito in 2 casi al superamento della soglia di errore sanzionabile \geq al 5% del valore delle prestazioni sanitarie dell'intero campione controllato.

Principali criticità rilevate nei controlli sull'area odontoiatria:

- Incongrua rendicontazione di prestazioni a corollario quali: anestesia, curettage alveolare, irrigazioni, applicazione e rimozione punti di sutura già comprese nella procedura cod. 23.09 "Estrazione di dente permanente".
- Incongrua rendicontazione dei cod. 23.43.1 "Inserzione di protesi rimovibile" e cod. 23.43.2 "Altra inserzione di protesi rimovibile", in occasione di accessi preliminari alla costruzione della protesi (dalle impronte, alla prova di masticazione con i valli di cera, alla prova dei denti montati, alla consegna del manufatto al paziente, con funzionalizzazione in bocca).
- Accessi incongrui per visite di controllo in pazienti in trattamento ortodontico. Tali accessi sono stati annullati alla luce di quanto specificato da interpello del 2009.
- Rendicontazione del cod. 236 "Impianto di protesi dentaria - impianto dentale endo-osseo" senza evidenza dei criteri di appropriatezza di cui alla DGR n. X/6006/2016.
- Inappropriata prescrizione e incongrua rendicontazione dei codici 96.54.3 "Cura di stomatite, gengivite, alveolite", cod. 96.59 "Irrigazione ferita" e cod. 93.56.1 "Fasciatura semplice" in assenza di evidenza documentale.
- Rendicontazione del cod. 96.54.1 "Ablazioni del tartaro" con quantità corrispondente al numero delle sedute di trattamento o per arcata.
- Scarsa qualità della documentazione clinica, poco fruibile per la valutazione di congruenza e appropriatezza rispetto all'accesso nei LEA odontoiatrici con riferimento principalmente a:

- Assenza di valutazione dello status odontoiatrico del paziente al momento dell'accesso
 - Mancanza di indice dmft/DMFT utile a identificare il rischio nell'età evolutiva
 - Mancanza di indice di necessità di trattamento ortodontico (IOTN) nell'età evolutiva
 - Mancanza di piano terapeutico ed eventuali variazioni/aggiornamenti
 - Frequente assenza di documentazione radiografica
- Rendicontazione del trattamento di "Terapia canalare" cod. 23.71.1 anche per i denti decidui, benché i programmi di tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva prevedano la terapia delle lesioni cariose della dentatura decidua con tecniche minimali (restauri atraumatici), riservando le terapie canalari alle lesioni dei denti permanenti.
 - Prestazioni "aggiuntive" o duplicate in occasione di terapia canalare in denti monoradicoliati (cod. 23.71.1) o pluriradicoliati (cod. 23.71.2). Incongrua aggiuntiva rendicontazione del cod. 96.59 "altra irrigazione di ferita" a fronte di una o più medicazioni canalari, effettuate sul medesimo elemento dentale trattato, o doppia rendicontazione dei codici della terapia canalare qualora effettuata in sedute diverse. Nel NTR le tariffe corrispondenti sono da intendersi per l'esecuzione del trattamento completo sul dente, esclusa l'otturazione, a prescindere dal fatto che venga effettuata in una o più sedute.
 - Frammentarietà prescrittiva, mediante compilazione di più richieste anche limitate a singole prestazioni, benché su una medesima ricetta possano essere prescritte più prestazioni della stessa disciplina, come previsto nel piano terapeutico, fino a un massimo di otto, da eseguirsi presso la stessa struttura in momenti successivi.

Prestazioni di genetica medica allegato B - C della DGR n. IX/4716/2013

Inosservanza dei criteri di congruenza, appropriatezza prescrittiva e corretta applicazione della norma nell'ambito dell'accettazione/rendicontazione delle prestazioni di genetica medica di laboratorio, rispetto ai contenuti della DGR n. IX/4716/2013, della circolare regionale n.13 del 28/05/2013 e DGR n. X/2989/2014. Le prestazioni non aderenti alle normative sopra citate sono state annullate.

Esempio di incongruenze riscontrate: consenso informato non firmato da paziente o da specialista, prescrizioni con quesiti diagnostici non appropriati, troppo generici o mancanti, prescrizioni fornite in sede ispettiva non in originale, utilizzo del cod. 91.29.I "BRCA1 E 2 REFLEX: SEQUENZIAMENTO COMPLETO geni BRCA1 e BRCA2, qualsiasi metodo....." anche in caso di ricerca mirata di mutazioni familiari cod. corretti 91.29.T o 91.29.X.

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

Con riferimento alle indicazioni di appropriatezza prescrittiva contenute nella DGR n. X/3993/2015, si sono rilevati alcuni episodi di inappropriata prescrizione di ecocolor Doppler vascolari (cod. 88.73.5 e cod. 88.77.2) e di refertazioni di ecodoppler TSA insufficienti rispetto ai contenuti della deliberazione:

- mancata indicazione della metodologia utilizzata per la valutazione della stenosi (misurazione per diametri, per aree e per velocità);
- mancata indicazione fornita dallo specialista in merito alla tempistica del follow-up in base alle caratteristiche morfologiche della placca.

Marcatori tumorali

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

Ricerca anticorpi Rosolia e Toxoplasmosi

Rendicontazione dei cod. 91.09.4 "Toxoplasma anticorpi IgG e IgM. Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali Immunoblotting e Anticorpi IgA. Non associabile a 91.04.6 Parassiti Anticorpi Immunoblotting (saggio di conferma)" e cod. 91.26.4 "Virus rosolia IgG e IgM per sospetta infezione acuta o determinazione dello stato immunitario in gravidanza" per anticorpo ricercato e non secondo le indicazioni di cui alla DGR X/4702/2015 sub allegato 17.

Aree di INTERESSE LOCALE

Ecografia ostetrica Office

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

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

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

Polisonnogramma

Utilizzo del cod. 89.17 "Polisonnogramma/monitoraggio cardio-respiratorio notturno completo (8 canali); diurno o notturno con metodi speciali" non attinente ai dettami della DGR n. X/4702/2015 che ne definisce i criteri di identificazione.

Biomicroscopia e intervento per cataratta

Preliminarmente all'intervento per cataratta, si è rilevata la rendicontazione di una visita oculistica abbinata a ecobiometria o biomicroscopia o conta delle cellule endoteliali.

Poiché nel NTR è descritto il codice 13.41 "Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare - incluso: visita preoperatoria, biometria, impianto di lenti e visite di controllo", si è proceduto ad annullare le suddette prestazioni ambulatoriali in quanto già comprese nell'intervento di cataratta, così come riportato anche nel verbale del GdL del 09/05/2012 al punto 6.

Esami istocitopatologici

Rendicontazione del cod. 91.41.3 "Es. istocitopatologico app. digerente: Biopsia endoscopica (Sede unica)" ripetuto in funzione del numero di sedi biopsiate anziché del codice congruo 91.41.4 "Es. istocitopatologico app. digerente: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)", anche qualora correttamente prescritto.

Test quantitativi

Rendicontazione di test quantitativi es. cod. 91.2F.8 "Mutazione JAK2 V617F Test Quantitativo" o cod. 91.10.5 "Treponema pallidum anticorpi - Ricerca quantitativa - [TPHA] [TPPA]" o cod. 91.11.6 "Treponema pallidum anticorpi anti cardioplipina (Flocculazione) [VDRL] [RPR] quantitativa" anche in presenza di una refertazione/rendicontazione di test qualitativo negativo.

Emocromo: Hb, GR, HCT, PLT, IND.DERIV., F.L. (cod. 90.6.22)

Rendicontazione del suddetto codice nell'attività di PS, con duplicazione laddove effettuata anche la formula leucocitaria, peraltro ricompresa nel codice 90.6.22. Le prestazioni incongrue sono state annullate.

Biopsia portio a guida colposcopica

Incongrua rendicontazione del cod. 67.19.1 "Biopsia mirata della portio a guida colposcopica; biopsia di una o più sedi" abbinata al cod. 70.21 "Colposcopia".

Medicina sportiva

Sono stati svolti controlli sulle certificazioni SSN rilasciate allo stesso assistito, a distanza di meno di 11 mesi.

Assistiti deceduti (punto "S" della DGR VIII/10804/2009)

Il controllo sui pazienti deceduti ha evidenziato che la maggior parte degli errori è dovuta all'inserimento di un codice fiscale sbagliato e, in qualche caso, all'errato inserimento della data contatto.

Ricette duplicate (punto "R" della DGR VIII/10804/2009)

Il controllo ha evidenziato che la maggior parte degli errori è riferita a casi di "storno" non andato a buon fine nella trasmissione del dato in Regione, a situazioni di errore d'inserimento del numero ricetta in 28/SAN, e alla non cancellazione di ricette prenotate ma non usufruite.

Dialisi

Errori di rendicontazione con riferimento soprattutto ai cod. 89.03.1 "Stesura piano di emodialisi o di dialisi peritoneale", cod. 96.57 "Irrigazione di catetere vascolare", cod. 39.95.4 "Emodialisi in bicarbonato e membrane molto biocompatibili ...", cod. 39.95.7 "Altra emodiafiltrazione", cod. 39.99.1 "Valutazione del ricircolo di fistola arterovenosa" rispetto a quanto effettivamente erogato.

PRINCIPALI CRITICITÀ RILEVATE (INDICATORE TIPOLOGIE DI CONTROLLO X, Y, W)

Prestazioni erogate in Pronto Soccorso (criterio X)

Correlazione con un ricovero nelle 24 ore successive per non disponibilità di posti letto o non disponibilità specialistica o per effettuare accertamenti indispensabili al completamento diagnostico. Tali episodi sono stati annullati in quanto ricompresi nel DRG di ricovero.

Prestazioni ambulatoriali erogate in giornata di ricovero (criterio Y)

Rendicontazione in 28/SAN di prestazioni ambulatoriali erogate in giornata di ricovero e afferenti alla patologia del ricovero stesso. Tali prestazioni sono state ricondotte al DRG di riferimento.

Prestazioni ambulatoriali ricomprese nel costo del DRG chirurgico/medico (criterio W)

Rendicontazione in 28/SAN di visite di controllo, rimozione punti ecc. nei giorni successivi a un ricovero, a completamento dell'iter diagnostico/terapeutico. Tali prestazioni sono state ricondotte al DRG di riferimento.

PIANIFICAZIONE 2018

L'attività di controllo per l'anno 2018 sarà rivolta alla verifica dei record prodotti e posti a carico del SSR nel corso del 2018 (compatibilmente con i dati disponibili) e del 2017 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 2018 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 2018 (DGR n. X/7600/2017 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 2018 prevede:

- il controllo nel periodo 1 marzo - 31 dicembre 2018 di almeno il 3,5% della produzione delle Strutture, come da DGR n. X/7600/2017, calcolato sulla produzione 2017 secondo i criteri specificati dalla DG Welfare privilegiando la modalità di tipo statistico-formale;
- almeno un controllo per ciascuna struttura erogatrice nel corso dell'esercizio 2018;
- l'estrazione della casistica in modalità prevalentemente mirata.

Le tipologie di controllo riguarderanno le fattispecie di seguito elencate:

- controlli sulla corretta modalità di rappresentazione dell'attività erogata;

- controlli sulla congruenza tra prescrizione, attività erogata e relativa rendicontazione della stessa;
- controlli sull'appropriatezza prescrittiva e di erogazione nei LEA (DPCM 12 gennaio 2017) e sulla qualità della documentazione clinica.

Sono stabilite le seguenti tipologie di controlli:

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

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

2. 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 d'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;
- verifica della congruenza tra prescrizioni DEM e rendicontazione in 28/SAN;
- monitoraggio/controllo di congruenza tra i contenuti del flusso 28/SAN ambulatoriale e del flusso 6/SAN del pronto soccorso.

3. 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, attraverso il supporto tecnico-scientifico di cui alla DGR n. X/6006/2016 al fine di verificare:
 - rispetto dei requisiti LEA di accesso alle prestazioni odontoiatriche ai sensi della DGR n. VIII/3111/2006 e succ. (criteri di patologia e socio-economici);
 - corretto impiego della prescrizione medica in relazione ai piani di trattamento impostati, con particolare riferimento alle quantità di prestazioni previste ed 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, 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 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 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.
- 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 2017.

VERIFICHE SUI TEMPI DI ATTESA

L'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti è parte costitutiva dei livelli essenziali di assistenza e traguardo prioritario per il sistema sociosanitario.

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico ha previsto di mettere in capo alla UO Qualità e Appropriatezza Prestazioni delle Strutture Sanitarie, oltre alle consuete attività di controllo, anche il monitoraggio dei tempi d'attesa, al fine di promuovere l'integrazione fra i diversi livelli del controllo.

Il governo dei tempi di attesa, per essere efficace, deve affiancare a una migliore organizzazione e gestione dell'offerta da parte delle strutture, già da alcuni anni promossa in sede di negoziazione dei contratti tra ATS ed erogatori, lo sviluppo di un maggior impegno in termini di appropriatezza prescrittiva.

In tale direzione si rivolge il potenziamento del progetto di Monitoraggio dell'Offerta Sanitaria Ambulatoriale (MOSA), fondamentale elemento di razionalizzazione dell'offerta sanitaria ambulatoriale lombarda, che raccoglie i dati e li mette a disposizione dell'utenza, indirizzandola verso le strutture con i migliori tempi di attesa, rappresentando un'opportunità significativa per una pronta risposta al bisogno.

Anche il nuovo modello della presa in carico della cronicità è legato in modo significativo all'organizzazione dell'offerta e quindi agli ambiti dell'accoglienza e delle prenotazioni: presa in

carico e programmazione delle prestazioni sanitarie all'interno del piano assistenziale individuale (PAI) potranno contribuire a ridurre in via tendenziale le liste di attesa.

Con DGR n. X/7600/2017 la DG Welfare, in considerazione del sempre maggior utilizzo della ricetta elettronica per le prescrizioni ambulatoriali e per rendere omogenee su tutto il territorio nazionale le regole per la compilazione delle ricette, procede a semplificare l'assegnazione delle classi di priorità, abrogando l'indicazione delle aree di bisogno assistenziale.

Le azioni, le modalità esecutive e linee d'intervento specifiche sul governo dei tempi di attesa sono state articolate nella DGR n. X/7766/2018. La stessa DGR specifica che le classi di priorità da utilizzare per tutte le richieste di prestazioni sanitarie sono come di seguito specificato:

- U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore; da riservare ai casi gravi in cui vi può essere un reale rischio per la vita del paziente;)
- B= entro 10 GG (breve attesa ovvero può aspettare fino ad un massimo di 10 giorni)
- D= entro 30 GG (visite) entro 60 GG (prestazioni strumentali)
- P= programmabile riferita a problemi che richiedono approfondimenti ma che non necessitano di risposta in tempi particolarmente rapidi ovvero per prestazioni non urgenti ma programmabili anche oltre i 180 giorni secondo indicazioni cliniche stabilite di volta in volta dal prescrittore.

Nel caso di follow-up, poiché le prestazioni devono essere comunque eseguite secondo criteri di certezza e di programmazione dei tempi di erogazione, si ritiene opportuno identificare uno specifico canale che preveda la prenotazione diretta delle prestazioni da parte del medico specialista e l'utilizzo di agende separate.

ATTIVITÀ 2017

Nel corso del 2017 sono stati effettuati controlli sia sui dati provenienti dal flusso specifico dei tempi di attesa (flusso di monitoraggio ex-ante) sia sui dati registrati nel flusso 28/SAN per le prestazioni oggetto della rilevazione (flusso di monitoraggio ex-post).

Tali valutazioni sono state finalizzate a un miglioramento della qualità dei dati di entrambi i flussi al fine di poter rendere più efficaci le attività di controllo. Al momento l'integrazione delle informazioni risulta complessa per le forti differenze che caratterizzano i flussi, sia in termini di contenuti sia di tempistiche nella disponibilità.

Controlli attraverso il flusso ex-ante

Sono stati rilevati alcuni errori non bloccanti, tra cui il più frequente riguarda il tracciato D2 nel campo "Codice prescrizione", che deve contenere il "numero di ricetta" se il campo "flag virtuale" è uguale a zero. L'omessa o parziale indicazione del numero dell'impegnativa rappresenta un punto di criticità, in quanto ostacola la possibilità di verifiche incrociate con il flusso ex-post, al fine di confermare o meno che il tempo di attesa effettivo dell'utente coincida con quanto dichiarato dall'erogatore. Al momento, infatti, il numero di ricetta rappresenta uno degli strumenti utili all'identificazione univoca dell'accesso dell'utente.

Le strutture interessate sono state informate e richiamate a migliorare la qualità dei dati di monitoraggio per l'anno 2018.

Controlli attraverso il flusso ex-post

Oltre che la qualità del dato, i monitoraggi hanno valutato il numero di prestazioni erogate per classi di priorità, la percentuale di compilazione del campo "prima data prospettata", la percentuale di prestazioni erogate entro i tempi di attesa, la percentuale e il tempo medio di attesa per ciascuna classe di priorità.

Per alcuni campi si è rilevata la non sempre puntuale corrispondenza tra il flusso ex ante e quello ex post (per esempio, difforme compilazione del campo codice priorità nei due flussi).

Prima data prospettata

Poiché le prestazioni che presentano compilato il suddetto campo nel flusso 28/SAN potrebbero rappresentare un comportamento opportunistico, nel 2017 è stata monitorata la percentuale di compilazione del campo in oggetto, evidenziando un decremento delle "prime date prospettate" compilate rispetto al totale delle prestazioni effettuate a carico del SSR (28,5% rispetto al 35% dell'anno precedente).

Per le prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio i relativi tempi di attesa sono pressoché rispettati. L'analisi dei dati deve tener conto dell'impossibilità di verificare nel tracciato SDO l'informazione relativa a date di ricovero scelte dal cittadino o imputabili a rinvio della degenza per ulteriori problematiche cliniche emerse nel corso del pre-ricovero.

PIANIFICAZIONE DELLE PRINCIPALI AZIONI PER IL 2018

- 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, anche alla luce delle indicazioni proposte in occasione del tavolo di lavoro istituito dalla DG Welfare.
- Effettuazione del monitoraggio ex post mediante la verifica della completa compilazione dei campi del flusso 28/SAN, anche quando non bloccanti, con particolare attenzione ai campi "classe di priorità", "prima data prospettata", "data di prenotazione", "tipologia prestazione".
- 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.
- Raccolta e analisi dei dati rilevati per mezzo dei questionari di Customer Satisfaction e delle segnalazioni.
- Monitoraggio dei tempi d'attesa ex-post e dell'applicazione delle indicazioni regionali sulla rilevazione da parte degli erogatori delle prestazioni erogate in attività libero professionale intramuraria in solvenza.
- Verifica della trasparenza, dell'accessibilità e dell'aggiornamento delle informazioni sui tempi d'attesa fornite dalle Strutture all'utenza attraverso i diversi canali di comunicazione disponibili anche per ciò che concerne l'adempimento al Decreto Legislativo n. 33 del 14.03.2013 (nota regionale prot. n. G1.2017.0039167 del 29.12.2017).
- Sensibilizzazione di MMG/PLS/MCA/Specialisti al fine di una maggiore appropriatezza prescrittiva nel rispetto delle classi di priorità previste.

Per quanto attiene alle ulteriori azioni di miglioramento previste nel corso del 2018, si rimanda al decreto Direttore Generale - ATS Brescia n. 30 del 26/01/2018.

CUSTOMER SATISFACTION

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico ha previsto di mettere in capo alla UO Qualità e Appropriately Prestazioni delle Strutture Sanitarie, oltre alle consuete attività di controllo, anche quella relativa alla rilevazione della Customer Satisfaction al fine di promuovere l'integrazione fra i diversi livelli del controllo.

Nelle more dell'emanazione da parte della DG Welfare di indicazioni specifiche conseguenti al processo di implementazione del modello di rilevazione dei questionari di customer satisfaction, per l'anno 2017 questa ATS ha provveduto a verificare la qualità e la completezza dei dati trasmessi, avviando con gli erogatori un percorso di miglioramento teso a garantire una maggiore rappresentatività dei campioni. Tale modalità di lavoro è stata condivisa con le altre ATS in occasione della comunità di pratiche promossa dalla DG Welfare nel dicembre del 2017.

La tabella 1 riporta i dati relativi alla rilevazione 2017: sono stati ricevuti in totale 51.639 questionari, di cui 50.846 sono stati validati e trasmessi alla DG Welfare. Le principali incongruenze rilevate hanno riguardato la compilazione del numero minimo di campi previsto, la congruenza delle date di compilazione con il periodo di rilevazione, la compilazione mediante caratteri non previsti dalle regole.

Nei sopracitati questionari sono ricompresi anche quelli 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).

Tabella 1

ATTIVITA'	NUMERO STRUTTURE INVIANTI	QUESTIONARI ATTESI	QUESTIONARI RICEVUTI	QUESTIONARI VALIDATI
AMBULATORIALE	24	24.508	36.851	33.975
DEGENZA	17	8.740	14.560	13.643
ASS SPEC TERR	6	-	228	228
totale	52	33.248	51.639	47.846

Nel corso del 2018 si proseguirà nel percorso di miglioramento della qualità dei dati raccolti già avviato con gli enti erogatori, in collaborazione con i competenti uffici regionali.

Segnalazioni

Nel corso del 2017 dalle Strutture afferenti ad ATS Brescia sono pervenute 8.904 segnalazioni, rappresentate nella tabella seguente per macrocategorie, secondo la classificazione proposta nella nota H1.2007.0053415 del 21 dicembre 2007.

Tabella 2

COD.1	INFORMAZIONE/ORIENTAMENTO	2.872
COD.2	CONDIZIONI DELL'ACCESSO	2.298
COD.3	COMUNICAZIONE E RELAZIONE	151
COD.4	ASPETTI STRUTTURALI, AMBIENTALI e SICUREZZA	149
COD.5	RISPETTO DEI DIRITTI	47
COD.6	PRESTAZIONI (tempo attesa, organizzazione, qualità)	1.659
COD.7	ASPETTI ECONOMICI	610
COD.8	RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA	130
COD.9	ASSISTENZA PROTESICA	10
COD.10	ASSISTENZA FARMACEUTICA	8
COD.11	INTEGRAZIONE SERVIZI SOICIOSANITARI	75
COD.12	VARIE	154
COD.13	ENCOMI	741
	TOT.	8.904

Le incongruenze rilevate sono simili a quelle precedentemente descritte per i questionari di rilevazione della customer satisfaction.

Anche per quanto riguarda la raccolta delle segnalazioni, in collaborazione con l'URP dell'ATS si proseguirà nel percorso miglioramento della qualità dei dati raccolti già avviato con gli enti erogatori, secondo le indicazioni dei competenti uffici regionali.

AREA ACCREDITAMENTO SANITARIO

SINTESI DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEL 2017

Attività nei confronti di tutte le Strutture Sanitarie:

Le verifiche hanno riguardato:

- la verifica delle "Autocertificazioni quadrimestrali", ai fini del mantenimento dei requisiti organizzativi specifici, indicati dal Decreto Regione Lombardia n. 2877/2001, utilizzate nel corso delle verifiche ispettive quali strumenti di analisi e confronto di situazioni specifiche in cui si rilevino criticità;
- la verifica dei requisiti gestionali/organizzativi, come previsto dal "Piano dei Controlli e dei Protocolli 2017" dell'ACSS. Tale verifica ha riguardato il possesso degli specifici titoli abilitanti per i vari profili professionali del personale sanitario impiegato nelle Strutture sanitarie, con particolare riferimento alla copertura di ruoli apicali e/o di rilevanza strategica nella organizzazione aziendale, ai sensi della normativa nazionale e regionale. Particolare attenzione è stata rivolta all'esame delle posizioni di nuova nomina, per istanze/comunicazioni/interventi programmati ovvero alle nomine in strutture non recentemente ispezionate, o che hanno evidenziato negli anni precedenti criticità di carattere gestionale;
- nel 100% delle strutture presso cui è stata svolta attività ispettiva è stata verificata la sussistenza del requisito OGPAZ03 "La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza che specifichi la tipologia delle prestazioni erogate, gli operatori responsabili delle prestazioni, gli orari, i costi?" e, in caso di rilevazione di criticità, monitorate le eventuali azioni correttive adottate.

Attività nei confronti delle Strutture di Ricovero e Cura:

- sono state gestite entro i termini le istanze, presentate dalle ASST, relative all'attuazione di progetti strategici finanziati e già approvati con specifici provvedimenti regionali che hanno comportato ampliamenti e ristrutturazioni con le relative modifiche di assetto e riallineamento al nuovo POAS;
- sono state gestite entro i termini tutte le istanze di trasferimento e di trasformazione pervenute per le Unità Operative delle strutture sanitarie private accreditate e a contratto di ricovero e cura e/o per branche ambulatoriali in strutture che hanno affrontato ristrutturazioni con riorganizzazione dell'attività;
- sono stati acquisiti e valutati gli estratti della relazione annuale dell'Organismo di Vigilanza di cui al Decreto Legislativo 231/2001, per le strutture di ricovero e cura previste dall'Allegato 1 alla DGR X/4606/2012-punto 1; in un caso si è provveduto, a causa di particolari criticità, ad inviare specifico quesito all'avvocatura regionale.

Centri per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA):

- sono stati effettuati sopralluoghi per la verifica del possesso e mantenimento dei requisiti minimi di cui ai D.Lgs 191/2007 e 16/2010, presso le attività di Procreazione Medicalmente Assistita di II e III livello presenti nel territorio dell'ATS di Brescia. Tali verifiche sono state condotte in presenza del personale del CNT suddetto dai Valutatori Nazionali specificatamente formati con il Centro Nazionale Trapianti (CNT) ed iscritti nello specifico elenco nazionale, nelle more della definizione dei nuovi requisiti autorizzativi e di accreditamento da parte di Regione Lombardia.

Cure Palliative:

- si è partecipato ai processi di programmazione inerenti la riclassificazione delle attività di cure palliative, nell'ottica della gestione trasversale con gli assetti dell'accreditamento socio-sanitario, collaborando con la Direzione strategica dell'Agenzia alla creazione della rete ed allo sviluppo del Dipartimento Interaziendale di Cure Palliative dell'ATS di Brescia.

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

- sono state gestite le istanze di accreditamento di nuovi punti prelievo collocati in struttura dedicata o presso strutture poliambulatoriali come da DGR VII/3313/01 e ss.mm.ii. di SMEL del territorio di competenza ATS Brescia o di altre ATS regionali, anche sulla base delle ultime precisazioni normative (DGR X/6505 del 21/04/2017);
- è stata condotta la verifica secondo uno specifico piano di monitoraggio in ordine alle segnalazioni VEQ da parte del Centro di Riferimento regionale per la qualità degli SMEL (CRESMEL), attuando uno specifico protocollo condiviso con il centro stesso, verbalizzando e valutando di caso in caso la necessità di procedere con le verifiche in loco o con l'acquisizione di documentazione in merito alle criticità rilevate;
- sono state condotte le verifiche ispettive rivolte al settore della specialistica di Laboratorio secondo quanto previsto dal Piano Controlli Quadro dell'ACSS. Le vigilanze, in alcuni casi anche congiunte con gli esperti del CRESMEL, hanno riguardato i Laboratori di tutti gli enti presenti sul territorio dell'ATS di Brescia, compresi quelli di ASST e di strutture di ricovero e cura;
- in tutte le verifiche documentali ed in loco inerenti gli SMEL particolare attenzione è stata rivolta alla gestione della fase pre-analitica come previsto dalla DGR X/6006 del 19/12/2016;
- è proseguita l'attività di verifica della sussistenza dei requisiti minimi vigenti con cadenza biennale, da parte di personale presente nell'elenco nazionale dei "Valutatori del Sistema Sangue" con specifica formazione, attraverso visite ispettive nelle Strutture Trasfusionali regionali e nelle Unità di Raccolta Sangue ed Emocomponenti a gestione associativa per il raggiungimento del 100% delle verifiche biennali previste dall'Accordo Stato-Regioni 16.12.2010 (recepito con DGR IX/3465/12) e ss.mm.ii.

Attività nei confronti delle Strutture Poliambulatoriali:

- sono state gestite entro i termini le istanze presentate per ampliamento o per nuove strutture, compresa la medicina dello sport;
- è proseguita l'attività ispettiva presso le strutture ambulatoriali: in alcuni casi sono state necessarie azioni correttive nei confronti di criticità specifiche rilevate, con il conseguente monitoraggio del ripristino dei requisiti.

Verbali di Verifica	Numero Istruttorie	Procedimenti Sanzionatori
Procedimenti documentali con verifiche inerenti istanze per modifiche di assetto accreditato, rimodulazione degli spazi, variazioni amministrative, flussi informativi	28	
Eventi ispettivi/sopralluoghi da piano controlli o da richieste da parte di altri enti o su segnalazioni	66	6
Pareri obbligatori per progetti/finanziamenti pubblici	1	
Verbali di ricognizione/incontro in sede per problematiche specifiche inerenti i requisiti di autorizzazione/accreditamento delle singole Strutture	34	
TOTALE	129	6

PIANIFICAZIONE 2018

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

concerto con gli uffici regionali competenti e nel rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente.

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

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

Ai sensi della DGR X/7600 del 20/12/2017 e nelle more di ulteriori indicazioni regionali, non saranno possibili nuovi accreditamenti per le attività di ricovero e cura per acuti e di riabilitazione ma esclusivamente la possibilità di trasformazioni e riconversioni.

Si procederà, secondo quanto stabilito dalle Regole di sistema e dalla ridefinizione dei criteri autorizzativi, alla valutazione di concerto con gli assetti regionali competenti, a gestire le istanze relative all'attivazione di nuovi laboratori e di nuove sezioni specializzate (comprese le trasformazioni), sia per quanto riguarda le branche di "Genetica Medica e Citogenetica" e di "Anatomia Patologica", che la riclassificazione di quelli esistenti;

Rimangono invece ancora sospese le procedure per il rilascio di nuove autorizzazioni ed accreditamenti per le attività di PMA, come già richiamato dalla DGR X/4103/2015.

L'anno in corso prevede la riclassificazione delle attività di elettrofisiologia, quale macroattività svolta nel contesto delle U.O. di Cardiologia, sulla base di quanto deliberato nella DGR X/7540 del 18/12/2017: entro il 31/03/2018 saranno riclassificate o diffidate dall'esercizio le attività di elettrofisiologia.

Nel corso del 2018, qualora fossero perfezionati i percorsi per la definizione dei requisiti per l'accredito regionale, dovranno essere affrontati i seguenti argomenti:

- Centri per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA);
- Farmacie Ospedaliere;
- Attività di Day Surgery e BIC;
- Presidi POT (compresa la sperimentazione "STAR - Servizio Territoriale di Assistenza Residenziale", per la quale è atteso un atto di giunta che definisca le modalità di stabilizzazione dell'attività attualmente sperimentale).

Potranno essere presentate istanze di nuovi accreditamenti e trasformazioni secondo le norme vigenti con particolare riferimento agli indirizzi del DM 70/2015 e alla DGR X/4873 29-02-2016; nello specifico, per l'attività di ricovero per acuti, di degenza di riabilitazione e di cure intermedie saranno possibili solo trasformazioni e riconversioni.

Per quanto riguarda le sole degenze di riabilitazione ospedaliera, è consentito alle ATS di riorganizzare la distribuzione dei posti letto, purché non venga superato lo 0,7‰, con il vincolo di impossibilità di trasformazione dei posti letto di riabilitazione di mantenimento e generale geriatrica in posti letto di riabilitazione specialistica.

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

Per quanto riguarda i Servizi di Medicina di Laboratorio (SMeL) potranno essere presentate richieste per l'apertura di punti prelievo esterni di cui all'allegato 3B della DGR 3313/2001 presso le RSA e CDI, a patto che le strutture ospitanti abbiano lo stesso "status" autorizzativo o di accreditamento dello SMeL.

Con Decreto Direzione Generale 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/accredito delle strutture sanitarie e di rendere omogenei i metodi di gestione del Processo di Accredito con l'uniformità dei Manuali attualmente in uso nelle diverse ATS.

Per l'anno 2018 si programmano le seguenti attività di verifica:

Programmazione integrata interventi

Attivazione di un processo strutturato per la reciproca segnalazione delle criticità e per il relativo confronto delle problematiche evidenziate tra i diversi Servizi/Dipartimenti dell'ATS affrontati anche attraverso possibili sopralluoghi condivisi.

Utilizzo di ASAN per ispezioni/esiti

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

Servizi trasfusionali e unità di raccolta sangue ed emocomponenti

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

Entro la fine del 2018, a completamento dell'iter di verifica del mantenimento dei requisiti previsti, già avviato nel 2017, con frequenza biennale, si provvederà alla verifica dei SIMT/CLV, delle relative UdR e di quelle a valenza associativa.

Ricoveri e specialistica

Anche per il 2018 proseguiranno le verifiche previste per l'anno precedente, sulla base della necessità di conferma cinquennale del mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento, come di seguito:

- verifica della corrispondenza tra i posti letto a contratto, tracciati negli gli assetti accreditati e formalizzati sulla piattaforma ASAN, e le prestazioni erogate per le UU.OO per le quali viene programmata la verifica secondo la metodologia di interscambio che verrà definita nel corso dell'anno;
- prosecuzione delle verifiche sulle branche ambulatoriali di Odontostomatologia-Chirurgia, Maxillo-Facciale, anche alla luce delle nuove disposizioni regionali in materia;
- prosecuzione delle verifiche, rivolte al settore della specialistica ambulatoriale, anche alla luce degli ultimi aggiornamenti normativi regionali in materia;
- conduzione delle verifiche presso le UU.OO./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. In linea con le indicazioni nazionali e regionali la valutazione, nell'ambito della gestione del rischio clinico, particolare attenzione deve essere 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 dispone 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.)?"

SERVIZI di medicina di laboratorio

- Prosecuzione delle verifiche con specifico piano di monitoraggio sulla base delle segnalazioni e della conseguente valutazione con confronto con il Centro di Riferimento regionale per la qualità degli SMEL (CRESMeL);
- Verifiche inerenti l'attuazione della DGR X/5954 del 05/12/2016 sulle soglie minime di prestazioni, da eseguire in sede, per i Laboratori, anche solo autorizzati, che erogano prestazioni esclusivamente per utenti ambulatoriali, riservandosi la verifica sulla base della definizione dei nuovi requisiti minimi autorizzativi per i Laboratori specializzati in Genetica Medica e/o Anatomia Patologica.

Centri per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

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

Verifica dei requisiti gestionali/organizzativi

In ordine al mantenimento dei requisiti gestionali/organizzativi si proseguirà la verifica del possesso degli specifici titoli abilitanti per i vari profili professionali del personale sanitario delle Strutture sanitarie, con particolare riferimento alla copertura di ruoli apicali e/o di rilevanza strategica nella organizzazione aziendale, ai sensi della normativa nazionale e regionale; verrà data prevalente attenzione all'esame delle posizioni di nuova nomina, alle UO oggetto di istanza/comunicazione/intervento programmato, ovvero su richiesta, alle strutture non recentemente ispezionate, e, infine, a quelle che hanno evidenziato negli anni precedenti criticità di carattere gestionale.

Sarà data evidenza alle verifiche effettuate e degli eventuali approfondimenti nel corso dei sopralluoghi programmati, con acquisizione agli atti della relativa documentazione utile di merito.

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 tale senso, per il 2018, verranno condotte verifiche ispettive anche presso le strutture sanitarie pubbliche, per le quali si è atteso l'avvio dell'attuazione dei nuovi POAS con la conseguente riorganizzazione. La documentazione a supporto delle istanze verrà valutata anche in considerazione delle nuove disposizioni normative sopravvenute, soprattutto in materia di prevenzione incendi, mentre ci si riserva la valutazione nello specifico del requisito di protezione antisismica, in attesa di specifiche indicazioni regionali.

Ci si riserva l'espressione di parere alla prosecuzione del percorso di adeguamento dei requisiti per le strutture sanitarie che hanno presentato istanza di proroga (DGR IX/898/2010) secondo le eventuali direttive regionali in materia, soprattutto in ordine al requisito SGTEC01.

AREA CURE PRIMARIE

DATI DI CONTESTO al 31.12.2017

Numero di Medici di Medicina Generale: 734

Numero di Pediatri di Libera Scelta: 127

Numero di Medici di Continuità Assistenziale: 209

Numero di Postazione di Continuità Assistenziale: 30

SINTESI DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEL 2017

L'attività di verifica e controllo è stata effettuata sulla base del "Sistema di Programmazione e Controllo delle Cure Primarie dell'ATS di Brescia".

Si riportano di seguito alcuni dati relativi all'attività di verifica e controllo effettuati nel 2017.

Monitoraggio Prestazioni extra (PPIP, ADP, APA, ADI)

- Autorizzazioni ADP, ADI, APA e PPIP MMG e PLS**

Autorizzazioni – 2017 - MMG			
	ADP	ADI	PPIP
N. MMG che rendicontano la prestazione	664	349	439
N. Autorizzazioni richieste	8824	1084	
N. Autorizzazioni rilasciate	8824	1084	
N. Autorizzazioni NEGATE	0	0	
Principali motivi di rifiuto autorizzazione	/	/	
N. Autorizzazioni con riduzione del numero di accessi	53	7	
Principali motivi di riduzione del numero di accessi	1) mutamento quadro clinico assistito; 2) mutamento supporto familiare e assistenziale; 3) pazienti con quadro clinico con necessità di controlli con frequenza minore; 4) riduzioni concordate con MMG in base alla stabilizzazione delle condizioni cliniche nel tempo.	1) mutamento quadro clinico assistito; 2) mutamento supporto familiare e assistenziale; 3) riduzioni concordate con MMG in base alla stabilizzazione delle condizioni cliniche nel tempo.	
Eventuali altre criticità riscontrate in fase di autorizzazione	1) richiesta di autorizzazione compilata in modo non completo; 2) appropriatezza sulla frequenza richiesta degli accessi.	Appropriatezza sulla frequenza richiesta degli accessi.	
n. di prestazioni rendicontate dai MMG	85759	14117	44619
n. di prestazioni retribuite ai MMG	85387	14029	44443

n. di utenti +65 (ovvero pazienti che hanno ricevuto almeno 1 prestazione nel 2017)	8341	976	
n. di utenti under 65 (ovvero pazienti che hanno ricevuto almeno 1 prestazione nel 2017)	483	108	

Autorizzazioni – 2017 - PLS				
PEDIATRI (dato 2017)	ADP	ADI	APA	PPIP
N. PLS che rendicontano la prestazione	28	18	102	127
N. Autorizzazioni richieste	49	23	3650	
N. Autorizzazioni rilasciate	49	23	3642	
Principali motivi di rifiuto autorizzazione	Tutte le ADP sono state autorizzate	Tutte le ADI sono state autorizzate	Età bambino difforme da quanto previsto nel Protocollo APA	
Eventuali altre criticità riscontrate in fase di autorizzazione	nessuna	nessuna	Accessi non in linea con quanto previsto dal Protocollo APA	
n. di prestazioni rendicontate dai PLS	234	418	8750	50300
n. di prestazioni retribuite ai PLS	234	418	8545	48370
n. di utenti assistiti (con almeno una prestazione nel corso del 2017)	49	23	3642	non disponibile
n. di utenti assistiti per patologia (con almeno una prestazione nel corso del 2017, suddivisi per patologia)	Neurologica: 19 Genetica: 10 LLA: 4 Respiratoria cronica: 3 Gastrointestinale: 2 Prematurità: 2 Altro: 9	Neurologica: 11 Respiratoria: 3 Tumorale: 3 Altro: 6	Obesità/sovrappeso: 1779 Asma: 837 Ome: 73 Bambini affetti da patologie croniche accompagnate da disabilità/invalidità: 857 Bambini con condizioni di rischio sanitario/psico/sociale: 24	non disponibile

- **Attività di verifica**

MMG	ADP	ADI	PPIP
n. verifiche effettuate, con dettaglio della tipologia di verifica (es. ispettiva in studio MMG, verifica informatica, verifica scheda accessi, telefonate ai pazienti, altro, etc.)	Sono stati effettuati circa 47500 controlli di tipo amministrativo. Controllo della veridicità di quanto rendicontato: 639 telefonate a pazienti.	Sono stati effettuati 3023 controlli di tipo amministrativo. Controllo della veridicità di quanto rendicontato: 80 telefonate a pazienti.	Sono stati effettuati 14688 controlli di tipo amministrativo. Controllo della veridicità di quanto rendicontato: invio 484 lettere di rilevazione a pazienti.
Segnalazioni/Lamentele ricevute dagli utenti (N. e motivo)	nessuna	nessuna	nessuna
Sanzioni applicate (N., motivo ed esito della sanzione)	5 contestazioni di cui 1 con sanzione "richiamo verbale" per la rendicontazione di prestazioni a paziente deceduto. Attivati 2 procedimenti disciplinari per prestazioni relative al 2016 (in attesa responso collegio arbitrale).	nessuna	2 contestazioni che non hanno portato alla comminazione di sanzioni.

PLS	ADPI	ADI	APA	PPIP
n. Tot. Verifiche effettuate sull'attività rendicontata	Sono stati effettuati 43 controlli di tipo amministrativo. Controllo della veridicità di quanto rendicontato: 6 telefonate a pazienti.	Sono stati effettuati 25 controlli di tipo amministrativo. Controllo della veridicità di quanto rendicontato: 10 telefonate a pazienti.	Sono stati effettuati 5122 controlli di tipo amministrativo.	Sono stati effettuati circa 28999 controlli di tipo amministrativo. Controllo della veridicità di quanto rendicontato: invio 142 lettere di rilevazione a pazienti.
n. verifiche effettuate, con dettaglio della tipologia di verifica (es. ispettiva in studio MMG, verifica informatica, verifica scheda accessi, telefonate ai pazienti, altro, etc.)	6 telefonate ad utenti.	10 telefonate ad utenti.	Effettuati.	Invio 142 lettere a genitori di pazienti.
Segnalazioni/Lamentele ricevute dagli utenti (n. e motivo)	nessuna	nessuna	nessuna	nessuna
Sanzioni applicate (n., motivo ed esito della sanzione)	nessuna	nessuna	nessuna	nessuna

- **Dati di dettaglio**

5 PPIP più richieste dai MMG	5 PPIP più richieste dai PLS
Successive medicazioni	Ricerca sbega
Prima medicazione	Screening ambliopia
Rimozione punti di sutura e medicazione	Test acuita visiva
Gammaglobuline o antitetanica	Scoliometria
Fleboclisi	Esame chimico urine striscia reattiva

Spesa per PPIP per MMG e PLS con dettaglio categoria C			
	Costo totale attività PPIP anno 2017	Costo attività PPIP categoria C anno 2017	Incidenza % del costo categoria C rispetto al costo totale PPIP
MMG	408.620	0	0%
PLS	730.950	342.729	47%

Numero e spesa per PPIP per prima e seconda medicazione			
	N. totale PPIP prima medicazione	N. totale PPIP seconda medicazione	Costo totale medicazioni totale PPIP
MMG	12.347	18.251	€ 264.455
PLS	1.259	655	€ 20.450

Monitoraggio dei controlli attività dei MMG/PLS

- Monitoraggio sistemi organizzativi e supporti tecnologici adottati da MMG/PLS

L'attività di controllo come previsto dal "Sistema di Programmazione e Controllo delle Cure Primarie dell'ATS di Brescia" è riferita alla verifica degli Allegati L, alla verifica della correttezza degli orari del MMG/PLS rispetto a quanto dichiarato, alla disponibilità della carta dei servizi, alla gestione informatizzata della cartella clinica e alla presenza dei collaboratori di studio e relativa correttezza della tipologia di contratto.

Di seguito la numerosità dei controlli effettuati che comprendono sia attività di verifica presso l'ambulatorio del MMG/PLS sia verifiche amministrative effettuate in sede.

	MMG	PLS
Numero Medici al 31.12.2017	734	127
Numero Medici verificati (% sul totale)	184 (25%)	20 (16%)
Numero criticità	9	5
Tipologia criticità riscontrate	Incongruenza orari ambulatorio, carta dei servizi non presente/non aggiornata, allegati L non aggiornati, anomalie tecniche del lettore di smart card e sua sostituzione. Tali criticità sono state affrontate e risolte e non hanno dato seguito a sanzioni.	

Monitoraggio dei consumi farmaceutici

- Verifica della eventuale iperprescrizione farmaceutica

Nel corso del 2017 sono stati effettuati 59 interventi (100%) di verifica e sensibilizzazione nei confronti di MMG/PLS non aderenti agli obiettivi regionali in materia di prescrizione di farmaci equivalenti e 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 cui nominativi sono stati messi a disposizione dal Servizio Farmaceutico (direzione Sanitaria).

- Ricette con nota AIFA errate

L'attività di verifica con i MMG/PLS interessati ha portato i seguenti risultati:

- 679 ricette rettificate;
- 3 ricette non rettificate che devono essere sottoposte alla valutazione degli ex comitati distrettuali;

L'attività di verifica con i Medici di continuità Assistenziale e Medici di Guardia Turistica ha portato i seguenti risultati:

- 56 ricette rettificate;
- 8 ricette non rettificate per irreperibilità dei medici in quanto non più operanti presso ATS Brescia.

Monitoraggio Servizio di Continuità Assistenziale

Le verifiche effettuate sono riportate nella seguente tabella.

Tipologia Controllo	Numero postazioni controllate	Tipologia e frequenza controllo	Criticità
Presenza e Rispetto orari di servizio	19	Verifica mediante accesso diretto alla postazione	n. anomalie riscontrate: 0
Presenza e Rispetto orari di servizio	30	Controllo mensile tramite applicativo SISCA	n. ingressi oltre i 15 MIN e uscite prima dei 15MIN : 81
Verifica ricezione telefonica	30	Almeno 1 verifica nel mese	n. anomalie riscontrate: 4
Verifica completezza registrazione interventi	30	Almeno n. 1 MCA al mese	n. anomalie riscontrate: 2
Verifica turni rimasti scoperti	30	Monitoraggio costante	n. turni scoperti nel 2017: 21
Verifica condizioni mancato utilizzo programma SISCA	30	Su segnalazione	n. condizioni validate di non utilizzo: 14
Verifica utilizzo registro cartaceo se programma SISCA non funzionante	30	Su segnalazione	n. anomalie riscontrate: 0

PIANIFICAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2018

L'attività di verifica e controllo per il 2018 sarà effettuata sulla base del "Sistema di Programmazione e Controllo delle Cure Primarie dell'ATS di Brescia".

Monitoraggio Prestazioni extra (PPIP, ADP, APA, ADI)

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi
ADP/ADI. Verifica corrispondenza tra quanto autorizzato e quanto rendicontato e ed effettivamente realizzato	Il personale amministrativo mensilmente: <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; Il medico dell'area Cure Primarie: <ul style="list-style-type: none"> - effettua interviste telefoniche ad utenti 	Verifica di tutti i medici e pediatri nel ciclo triennale 2017-2019
PPIP Verifica corrispondenza tra quanto rendicontato e ed effettivamente realizzato	Verifica effettuazione prestazioni tramite contatto con l'utenza	Verifica di tutti i medici e pediatri nel ciclo triennale 2017-2019
APA. Verifica appropriatezza Verifica corrispondenza tra quanto rendicontato e ed effettivamente realizzato	Verifica che la patologia/condizione per cui il medico richiede l'attivazione degli accessi sia compatibile con quanto previsto dal protocollo APA Verifica della congruenza degli accessi rendicontati con i cedolini firmati dal genitore	Verifica del 100% dell'appropriatezza attivazioni APA Verifica di tutti i medici nel ciclo triennale 2017-2019

Monitoraggio dei controlli attività dei MMG/PLS

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi
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

Monitoraggio dei consumi farmaceutici

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi
Verifica della eventuale iperprescrizione farmaceutica	Convocazione, verifica e sensibilizzazione dei MMG/PLS individuati come iperprescrittori	Convocazione, verifica e sensibilizzazione del 100% dei MMG/PLS individuati come iperprescrittori dalla Direzione Sanitaria (servizio farmaceutico)
Ricette con nota AIFA errate	Verifica ed eventuale regolarizzazione con i MMG/PLS delle ricette con note AIFA errate	Verifica del 100% delle ricette con nota AIFA errata ricevuta dalla Direzione Sanitaria (servizio farmaceutico).

Monitoraggio Servizio di Continuità Assistenziale

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi
Verifica della presenza e rispetto orari di servizio	Accesso diretto alle postazioni Verifica tramite applicativo SISCA	<ul style="list-style-type: none"> - Almeno n. 1 verifica per postazione per trimestre mediante accesso diretto - Verifica mensile di tutte le postazioni
Verifica ricezione telefonica delle postazioni	Contatto telefonico delle postazioni	<ul style="list-style-type: none"> - almeno 1 verifica nel mese
Verifica completezza registrazione interventi	Accesso tramite SISCA	<ul style="list-style-type: none"> - almeno n. 1 MCA/Mese
Verifica condizioni mancato utilizzo programma SISCA	In caso di mancato funzionamento del programma	Verifica di tutte le situazioni di mancato funzionamento del programma

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 sono state istituite 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 2018 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 01.01.2018

- **25** Centri di prescrizione attivi di cui **15** afferenti alle Strutture ospedaliere pubbliche e **10** afferenti alle Strutture ospedaliere private accreditate.
- **763** Prescrittori abilitati alla prescrizione on-line in ASSIST@NT-RL, di cui:
 - 593** Specialisti; **44** MMG; **126** Medici di RSA
- **75** Ditte fornitrici di ausili, presidi e protesi di cui all'Elenco 1 - Allegato 5 - DPCM 12.01.2017:
 - n. 25 Aziende Ortopediche

- n. 28 Aziende Audioprotesiche
- n. 22 Esercizi di Ottica

SINTESI ATTIVITA' 2017

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi	Rendicontazione al 31.12.2017
Effettuazione sopralluoghi presso aziende ortopediche per verifica possesso criteri autocertificati.	Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni.	Ciclo 2013-2017 Sopralluogo presso la sede di n. 6 aziende ortopediche.	N. 6 sopralluoghi effettuati / N. 6 sopralluoghi programmati (100%), con redazione dei relativi verbali. Disposta la decadenza della convenzione di un'azienda ortopedica per mancata ottemperanza possesso dei requisiti (verbale rep. n.538/17 e determina dirigenziale n. 459 del 28.08.2017). <i>Evidenza:</i> Verbale rep. 293/17 (rich. integraz. documentale) - Verbale rep. 538/17 (Prescr. decadenza Ditta iscrizione elenco fornitori) - Verbale rep. 1065/17 (rich. integraz. documentale) - Verbale rep. 1105/17 (rich. integraz. documentale), Verbale rep. n. 1298/17 (rich. Integraz. documentale); Verbale repertorio n. 1633/17 (rich. aggiorn. documentale e completamento dotazione strumentale).
Effettuazione sopralluoghi presso aziende audioprotesiche per verifica possesso criteri autocertificati.	Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni.	Ciclo 2013-2017 Sopralluogo presso la sede di n. 6 aziende audioprotesiche.	N. 7 sopralluoghi effettuati / N. 6 sopralluoghi programmati (116%). <i>Evidenza:</i> Verbale rep. 292/17 (rich. integraz. documentale) - Verbale rep. 294/17 (rich. integraz. documentale) - Verbale rep. 532/17 (rich. integraz. documentale e prescr. abb. barriere arch.) - Verbale rep. 1006/17 (rich. integraz. documentale) - Verbale rep.1064/17 (rich. integraz. documentale) - Verbale rep. 1108/17 (rich. integraz. documentale) - Verbale repertorio n. 1685/17 (rich. integrazione documentale).
Effettuazione sopralluoghi presso esercizi di ottica per verifica possesso criteri autocertificati.	Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni.	Ciclo 2013-2017 Sopralluogo presso la sede di n. 6 esercizi di ottica.	N. 6 sopralluoghi effettuati / N. 6 sopralluoghi programmati (100%). <i>Evidenza:</i> Verbale rep. 539/17 e rep. 1006/17 (rich. integraz. documentale) - Verbale rep. 1066/17 (rich. integraz. documentale) - Verbale rep. 1107/17 (rich. integraz. documentale) - Verbale rep. n. 1296/17 (nessun rilievo). Verbale repertorio n. 1668/17 (rich. integrazione documentale) - Verbale repertorio n. 1684/17 (rich. adeguam. struttura per accesso disabili)
Effettuazione sopralluoghi presso Centri di prescrizione per verifica possesso criteri autocertificati.	Redazione verbale di ispezione con eventuali prescrizioni	Ciclo 2013-2017 Sopralluogo presso la sede di n. 8 Centri di Prescrizione.	n. 8 Centri di Prescrizione controllati / n. 8 Centri di Prescrizione programmati (100%). Verbale n. 1558/17 - ispezione del 28.11.17 presso Città di Brescia (Centri di Prescrizione: VMD e Protesi d'Arto) Verbale n. 1592/17 - ispezione del

			05.12.17 presso Poliambulanza (Centri di Prescrizione: VMD e Apnee notturne) Verbale n. 1664/17 – ispezioni in data 12.12.2017 presso ASST Spedali Civili (Centri di Prescrizione: VMD e Apnee) in data 13.12.2017 presso Spedali Civili (Centri di Prescrizione: Protesi d'Arto e Riabilitazione Visiva Funzionale).
--	--	--	--

PIANIFICAZIONE ANNO 2018

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 style="text-align: center;">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>

Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza erogativa <p>[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>
Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza erogativa <p>[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. 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>Accreditamento 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 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. nuove aziende fornitrici controllate con sopralluogo / n. attivazioni (100%); - 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 <p>[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.
Monitoraggio prescrizioni on-line vs. cartacee <p>[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,</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);

	...,) utilizzino esclusivamente la piattaforma regionale Assist@nt-RL, riducendo ai soli casi di effettiva impossibilità la prescrizione su cartaceo.	- 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]	Verifica del possesso dei requisiti di qualità degli Uffici protesica aperti al pubblico mediante Audit.	- effettuazione di n. 3 audit verbalizzati presso gli uffici protesica territoriali (1 audit per ciascuna ASST); - n. criticità rilevate e azioni poste in essere.
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 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. 	<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.

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 01.01.2018

Distretto ATS	N. Farmacie	N. Dispensari	N. Parafarmacie	N. Grossisti	N. Esercizi Autorizzati al Commercio on-line
Distretto 1 - Brescia	134	1	22	11	9
Distretto 2 - Franciacorta	71	1	13	1	2
Distretto 3 - Garda	111	9	7	0	7
Totale	316	11	42	12	18

SINTESI ATTIVITA' 2017

Obiettivi	Indicatori quantitativi	Rendicontazione al 31.12.2017
FARMACIE e DISPENSARI Farmaceutici Effettuazione controlli sulle farmacie convenzionate e dispensari previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> - vigilanza ispettiva ordinaria - vigilanza ispettiva straordinaria - vigilanza preventiva per rilascio autorizzazioni per nuova apertura/trasferimento/ ampliamento locali farmacie e dispensari; - vigilanza per constatazione e affido stupefacenti scaduti/non vendibili; - vigilanza sul collaboratore farmacista 	Biennio 2017/2018 Effettuazione di n. 152 visite ispettive nelle farmacie e n. 5 visite nei dispensari (50%) <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 	- n. 157/152 visite ispettive effettuate sulle Farmacie (103,3%) e n. 6/5 visite ispettive sui dispensari (120%) - n. 79 verbali di accertamento con prescrizione / n. 163 verbali di accertamento (48,46%) - n. 73 verbali di constatazione e affido stupefacenti - n. 40 verbali di contestazione (PVA) - n. 40 sanzioni amministrative per un importo notificato di euro 67.014 - n. 1 Notizia di reato (prot. ATS n 0076744 del 18.08.17) <u>Evidenza:</u> 163 verbali registrati a repertorio.

	Giudiziaria	
<p>PARAFARMACIE 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 	<p>Biennio 2017/2018 Effettuazione di n. 23 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. sanzioni amministrative - n. segnalazioni di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria 	<ul style="list-style-type: none"> - n. 23 visite ispettive effettuate su 23 programmate (100%) - n. 22 verbali di accertamento - n. 1 verbale di contestazione - n. 1 sanzione amministrativa di € 2.010,50 - nessuna segnalazione di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria. <p><u>Evidenza:</u> 23 verbali registrati a repertorio.</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 	<p>Biennio 2017/2018 Effettuazione di n. 6 visite ispettive (50%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. visite ispettive con redazione di verbale ispettivo - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - n. 5 visite ispettive effettuate su 6 programmate (83,3%) con redazione di verbale ispettivo - nessun verbale con prescrizione / n. 5 verbali di accertamento - nessun verbale di contestazione - nessuna sanzione amministrativa - nessuna notizia di reato <p><u>Evidenza:</u> Verbale rep. 540/17 - Verbale rep. 1244/17 - Verbale rep. 1245/17 - Verbale rep. 1561/17 - Verbale rep. 1379/17 - Verbale rep. 1741/17</p>
<p>STRUTTURE SANITARIE Effettuazione sopralluoghi presso Strutture di Ricovero e Cura, Carceri, RSA e Sert. SMI e Ambulatori Veterinari che richiedono la constatazione e affido di sostanze stupefacenti da avviare alla distruzione.</p>	<p>Evasione del 100% delle richieste di affido pervenute nel corso dell'anno 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 	<ul style="list-style-type: none"> - n. 11 visite ispettive effettuate su n. 11 richieste di affido pervenute (pari al 100%), con redazione dei relativi verbali. - nessun verbale di contestazione - nessuna sanzioni amministrative - nessuna segnalazione di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria <p><u>Evidenza:</u> Verbali rep. n. 86/17; n. 481/17, n. 1340/17, n. 1434/17, n. 1435/17, n. 1577/17, n. 1607/17, n. 1608/17, n. 1609/17, n. 1632/17 e n. 1669/17.</p>

PIANIFICAZIONE ANNO 2018

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 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. 158 visite ispettive nelle farmacie (50%) e n. 5 visite nei dispensari (45%)</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>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. 21 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. sanzioni amministrative - n. segnalazioni di notizia di reato all'Autorità Giudiziaria
<p>GROSSISTI</p> <p>Effettuazione controlli previsti dalla normativa vigente, attraverso le seguenti attività:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visita ispettiva presso il magazzino secondo le modalità previste dalla normativa vigente; 	<p style="text-align: center;">Biennio 2018/2019</p> <p>Effettuazione di n. 6 visite ispettive (50%)</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"> - 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. 	<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 2018, 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' 2017

Obiettivi	Indicatori quantitativi	Rendicontazione al 31.12.2017																																															
<p>Report personalizzati per Medici Convenzionati (Scheda Medico):</p> <p>➤ Produzione di report personalizzati per MMG e PLS (Scheda Medico) per individuazione:</p> <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>- Elaborazione di report informativi in materia di appropriatezza</p>	<p>Produzione e invio alla Direzione SocioSanitaria (Dipartimento Cure Primarie) del 100% delle Schede Medico per i 4 trimestri 2016 e relativa scheda annuale, comprensive del trend di andamento prescrittivo in materia di farmaci equivalenti.</p> <p>Predisposizione e invio alla Direzione Socio-Sanitaria (Dipartimento Cure Primarie):</p> <ul style="list-style-type: none"> • del file iperprescrittori per analoghi trimestri, per ATC A, C, J, M e tutti i farmaci. • invio alla Direzione Socio-Sanitaria (Dipartimento Cure Primarie) dei report per il 100% dei MMG/PLS. 	<p>Prodotte le Schede Medico per MMG/PLS relative ai 4 trimestri dell'anno 2016 e intero anno 2016 e rese disponibili ai MMG tramite portale GURU, previa informativa ai MMG/PLS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • comunicazione in mailing list del 23.02.2017 (1° e 2° trim. 2016); • comunicazione in mailing list del 13.06.2017 (3°, 4° trim. 2016 e intero anno 2016). <p>Con nota ATS prot. n. 0057128 del 14.06.2017 il Servizio Farmaceutico ha comunicato al Dipartimento Cure Primarie la pubblicazione dei report informativi nella cartella condivisa, unitamente alla tabella di sintesi in formato excel che individua i nominativi dei medici iper / ipoprescrittori del 2016 (periodo compreso tra il IV trim. 2015 e IV trim. 2016 (4 coppie di trimestri consecutivi), suddivisi per Distretto ATS e sinteticamente riportato nella tabella che segue:</p> <table border="1" data-bbox="1018 1227 1428 1877"> <thead> <tr> <th>Distretto ATS</th> <th>Ambito distretto</th> <th>N. iper prescrittori</th> <th>N. Ipoprescrittori</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">1</td> <td>1</td> <td>9</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">2</td> <td>5</td> <td>8</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>12</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">3</td> <td>9</td> <td>6</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>3</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>7</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">tot</td> <td>60</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table> <p>Evidenza: nota ATS prot. n. 0057128 del 14/06/2017.</p> <p>Il Dipartimento Cure Primarie ha certificato di aver incontrato tutti i</p>	Distretto ATS	Ambito distretto	N. iper prescrittori	N. Ipoprescrittori	1	1	9	7	2	4	5	3	5	1	4	2	1	2	5	8	2	6	1	1	7	12	1	8	1	2	3	9	6	4	10	3	7	11	2	8	12	7	1	tot		60	40
Distretto ATS	Ambito distretto	N. iper prescrittori	N. Ipoprescrittori																																														
1	1	9	7																																														
	2	4	5																																														
	3	5	1																																														
	4	2	1																																														
2	5	8	2																																														
	6	1	1																																														
	7	12	1																																														
	8	1	2																																														
3	9	6	4																																														
	10	3	7																																														
	11	2	8																																														
	12	7	1																																														
tot		60	40																																														

<p>prescrittiva su specifiche categorie di medicinali di rilevante interesse clinico-epidemiologico e ad elevato impatto di spesa.</p>		<p>medici iperprescrittori rilevati nel corso del 2016, con stesura di relativo verbale di verifica dei consumi farmaceutici a firma congiunta del medico interessato e del medico ATS, ad eccezione di un medico che nel frattempo è cessato dal servizio.</p> <p><u>Evidenza:</u> nota del 29.12.2017 prot. n. 0120611/17 e nota del 12.03.2018 prot. n. 0025256/18.</p> <p>Effettuata, in collaborazione con l'U.O. Epidemiologia, analisi sulla appropriatezza delle prescrizioni di farmaci Inibitori di Pompa Protonica nel corso dell'anno 2016 rilevando la non conformità alle condizioni delle note AIFA 1 e 48 sulla base di un algoritmo predisposto da ATS incrociando database di tipo amministrativo (farmaceutica, SDO, Specialistica e Pronto Soccorso).</p> <p>Predisposto, per ciascun medico, report informativo personalizzato sugli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) prescritti nell'anno 2016, riportanti l'elenco dei propri assistiti trattati con IPP non conformi alle note AIFA 1 e 48. Il report è stato reso disponibile ai medici dal Dipartimento Cure Primarie mediante pubblicazione sul portale GURU e i medici sono stati informati con nota ATS prot n. 0084996/17 del 19.09.2017, trasmessa via mailing list nella stessa giornata.</p> <p><u>Evidenza:</u> nota ATS prot. n. 0084996/17 del 19.09.2017.</p>															
<p>Controllo Piani terapeutici relativi a prescrizioni di somatotropina (periodo: anno 2016)</p>		<p>Prodotto, in collaborazione con il Servizio ICT, il report informativo personalizzato per MMG contenente le prescrizioni di somatotropina redatte nell'anno 2016 con PT non pervenuto ad ATS.</p> <p>Le prescrizioni di somatotropina hanno riguardato 212 Medici, di cui 42 (18 MMG e 24 PLS) con prescrizioni senza PT pervenuto ad ATS, come riportato in tabella.</p> <table border="1" data-bbox="1015 1742 1433 2002"> <thead> <tr> <th rowspan="2">SOMATOTROFINA anno 2016</th> <th colspan="3">PRESCRITTORI</th> <th rowspan="2">PRESCRIZIONI</th> <th rowspan="2">TRATTATI con almeno una prescrizione</th> </tr> <tr> <th>TOTALE</th> <th>di cui MMG</th> <th>di cui PLS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TOTALE MEDICI</td> <td>212</td> <td>135</td> <td>77</td> <td>2.599</td> <td>254</td> </tr> </tbody> </table>	SOMATOTROFINA anno 2016	PRESCRITTORI			PRESCRIZIONI	TRATTATI con almeno una prescrizione	TOTALE	di cui MMG	di cui PLS	TOTALE MEDICI	212	135	77	2.599	254
SOMATOTROFINA anno 2016	PRESCRITTORI			PRESCRIZIONI	TRATTATI con almeno una prescrizione												
	TOTALE	di cui MMG	di cui PLS														
TOTALE MEDICI	212	135	77	2.599	254												

		<table border="1" data-bbox="1015 114 1434 197"> <tr> <td>di cui SENZA PT</td> <td>42</td> <td>18</td> <td>24</td> <td>276</td> <td>47</td> </tr> </table> <p>In data 21.12.2017 trasmessa comunicazione in Mailing List ai MMG (nota prot. n. 0118095 del 21.12.2017) e pubblicato sul portale GURU il report per i 42 MMG/PLS interessati, che sono stati invitati a trasmettere i Piani Terapeutici al Servizio Farmaceutico entro il 28.02.2018.</p> <p>MMG: 15 hanno restituito i PT, 1 ha prodotto denuncia di furto del timbro e del ricettario e 2 non hanno restituito i PT.</p> <p>PLS: 19 hanno restituito i PT, 2 non sono più in servizio, 3 non hanno restituito i PT.</p> <p>Le criticità riscontrate saranno trasmesse al Dipartimento Cure Primarie per l'eventuale seguito di competenza.</p>	di cui SENZA PT	42	18	24	276	47																								
di cui SENZA PT	42	18	24	276	47																											
<p>CONTROLLO NOTE AIFA</p>	<p>Controllo del 100% delle ricette con nota AIFA omessa trasmesse alle Farmacie (n. ricette regolarizzate, n. ricette addebitate).</p> <p>Trasmissione del 100% delle ricette con nota AIFA errata alla Direzione SocioSanitaria (Dipartimento Cure Primarie) per eventuale regolarizzazione da parte del MMG/PLS.</p>	<p>Effettuato il controllo sul 100% delle ricette con nota AIFA omessa relative agli anni 2015 e 2016 e trasmesse alle Farmacie con nota ATS prot. n. 0048860 del 22.05.2017 per eventuale regolarizzazione, con il seguente esito:</p> <p>n. 466 ricette controllate n. 182 ricette regolarizzate n. 284 ricette addebitate per € 5.056,90 (addebito nel mese contabile di settembre 2017).</p> <p>Effettuato il controllo sul 100% delle ricette con nota AIFA errata relative agli anni 2015 e 2016 e trasmesse al Dipartimento Cure Primarie con nota prot. n. 0055902 del 12.06.2017 per eventuale regolarizzazione:</p> <table border="1" data-bbox="1015 1570 1434 1995"> <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>40</td> <td>108</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>16</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>21</td> <td>43</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>19</td> <td>47</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">2</td> <td>5</td> <td>14</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>10</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>24</td> <td>57</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>11</td> <td>48</td> </tr> </tbody> </table>	Distretto	Ambito	n. MMG/ PLS	n. ricette con nota AIFA errata	1	1	40	108	2	16	37	3	21	43	4	19	47	2	5	14	77	6	10	22	7	24	57	8	11	48
Distretto	Ambito	n. MMG/ PLS	n. ricette con nota AIFA errata																													
1	1	40	108																													
	2	16	37																													
	3	21	43																													
	4	19	47																													
2	5	14	77																													
	6	10	22																													
	7	24	57																													
	8	11	48																													

		<table border="1"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">3</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">35</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">14</td> <td style="text-align: center;">18</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">11</td> <td style="text-align: center;">23</td> <td style="text-align: center;">96</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12</td> <td style="text-align: center;">18</td> <td style="text-align: center;">94</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">tot</td> <td style="text-align: center;">226</td> <td style="text-align: center;">682</td> </tr> </table>	3	9	16	35	10	14	18	11	23	96	12	18	94	tot		226	682
3	9	16		35															
	10	14		18															
	11	23		96															
	12	18	94																
tot		226	682																
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>n. sedute CFA Privata</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. ricette/moduli vagliati - n. ricette / moduli addebitati 	<p>CFA Pubblica Effettuato il controllo del 100% delle ricette/moduli pervenuti entro il termine di prescrizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ricette convenzionate (periodo contabile dicembre 2015 – dicembre 2016) • moduli webcare (periodo contabile: agosto 2015 – dicembre 2016) <p><u>Attività svolta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 3 sedute effettuate - n. 99 ricette/moduli vagliati dalla CFA pubblica - n. 33 ricette/moduli addebitati alle Farmacie per € 1.309,85 (importo lordo) <p><u>Evidenza:</u> Verbale rep. n. 75/2017, Verbale rep. 1295/17, Verbale rep. n. 45/2018</p> <p>CFA Privata Effettuato il controllo del 100% delle ricette/moduli pervenuti entro il termine di prescrizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ricette convenzionate (periodo contabile settembre 2015 – aprile 2017) • moduli webcare (periodo contabile: agosto 2015 – giugno 2017) <p><u>Attività svolta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 10 sedute effettuate - n. 980 ricette/moduli vagliati dalla CFA privata 																	

		<p>- n. 557 ricette/moduli addebitati alle Farmacie per € 8.355,92 (importo lordo) <u>Evidenza:</u> Verbale rep. n. 74/2017; 111/2017; 138/2017; 149/2017; 189/2017; 253/2017; 418/2017; 686/2017; 885/2017, 1483/2017.</p>
<p>CONGUAGLIO CONTABILE</p>	<p>Evasione del 100% delle richieste di contraddittorio delle Farmacie, con stesura di verbale, per le quali risulta differenza contabile, secondo calendario regionale, come da Progetto regionale "Un Team per le ASL" di cui alla DGR n. 8247/2015 (Approvazione del documento tecnico "Protocollo operativo regionale per l'applicazione uniforme delle procedure di verifica e controllo sulle ricette SSR" ai sensi dell'allegato 4 - DGR n. 3940 del 31.07.15).</p>	<p>Prosegue 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 2007</u> <i>Come da Piano Operativo, nella prima decade del mese di novembre 2016, è stato effettuato il conguaglio sull'anno 2007 per 284 farmacie in contraddittorio con i Farmacisti e con verbalizzazione degli esiti (ad eccezione della farmacia BS0423 a causa di contenzioso legale aperto).</i> Il totale del recupero economico pari a € 76.440,11, è stato addebitato alle Farmacie con la distinta contabile di aprile e maggio 2017, preceduto dall'invio delle Seconde Lettere alle Farmacie. <u>Evidenza:</u> n. 284 Seconde lettere via PEC alle Farmacie in data 11.04.2017, 12.04.2017, 13.04.2017, 14.04.2017.</p> <p><u>ANNO 2008</u> Effettuato il controllo sulle differenze contabili delle ricette farmaceutiche dell'anno 2008 per 288 farmacie in contraddittorio con le Farmacie e con verbalizzazione degli esiti (ad eccezione della farmacia BS0423 a causa di contenzioso legale aperto). Il totale del recupero economico pari a € 34.535,51 è stato addebitato alle Farmacie con la distinta contabile di settembre 2017, preceduto dall'invio delle Seconde Lettere. <u>Evidenza:</u> n. 288 Prime lettere via PEC alle Farmacie per invito a colloquio in</p>

		<p>data 06.06.2017, 07.06.2017, 08.06.2017.</p> <p>n. 288 Seconde Lettere via PEC alle Farmacie in data 21.09.2017, 22.09.2017, 25.09.2017.</p> <p><u>ANNO 2009</u></p> <p>Effettuato il controllo sulle differenze contabili delle ricette farmaceutiche dell'anno 2009 per 289 farmacie in contraddittorio con le Farmacie e con verbalizzazione degli esiti. (ad eccezione della farmacia BS0423 a causa di contenzioso legale aperto).</p> <p>Il totale del recupero economico pari a € 84.016,50 è stato addebitato alle Farmacie con la distinta contabile di novembre 2017, preceduto dall'invio delle Seconde Lettere.</p> <p><u>Evidenza:</u></p> <p>n. 289 Prime lettere via PEC alle Farmacie per invito a colloquio in data 28.09.17, 29.09.17, 02.10.17 e 03.10.17.</p> <p>n. 289 Seconde Lettere via PEC alle Farmacie in data 13.11.17, 14.11.17, 15.11.17 e 16.11.17.</p> <p><u>ANNO 2010 e 2011</u></p> <p>Sono state ultimate le attività di supporto a Santer-Reply per la tariffazione delle ricette degli anni 2010 e 2011.</p> <p>Sono state inviate nel mese di dicembre 2017 le Prime Lettere a 304 Farmacie, mentre nel mese di gennaio 2018 saranno effettuati i colloqui con le Farmacie per il contraddittorio sugli anni 2010 e 2011.</p> <p><u>Evidenza:</u></p> <p>n. 304 Prime lettere via PEC alle Farmacie per invito a colloquio in data 18,19,20,21,22 dicembre.</p> <p>Inviata alla DGW in data 16/01/2018 con nota prot. n. 0005441/18 la rendicontazione dell'attività svolta nell'anno 2017.</p>
--	--	--

PIANIFICAZIONE ANNO 2018

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: • <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 2018 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 2017, più scheda riepilogativa anno 2017), comprensive del trend di andamento prescrittivo in materia di farmaci equivalenti; – produrre tabella di sintesi iper/ipoprescrittori 2017 per le categorie ATC A, C, J, M; – inviare alla Direzione Socio-Sanitaria (Dipartimento Cure Primarie) i report predisposti <p>Entro il 31.12.2018, il Dipartimento Cure Primarie provvede a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pubblicare i report dei medici sul portale GURU; – 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 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.
<p>Controllo Note AIFA 39, 51, 74 e 79 soggette a Piano terapeutico (periodo: gennaio/giugno 2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – predisposizione database per incrocio prescrizioni farmaceutiche con note AIFA 39, 51, 74 e 79 e Piani Terapeutici; – produzione report informativi personalizzati per prescrittore (MMG/PLS) con elenco delle prescrizioni di medicinali in assenza di PT registrato ed informativa alle Strutture per le prescrizioni redatte dai Medici Specialisti; – pubblicazione dei report personalizzati dei MMG/PLS sul portale GURU (a cura del Dipartimento Cure Primarie); – raccolta e registrazione degli eventuali PT non pervenuti ad ATS e inviati 	<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"> dai rispettivi Prescrittori; segnalazione criticità rilevate sui MMG/PLS al Dipartimento Cure Primarie e alle Strutture per gli Specialisti. 	
<p>Note AIFA 4, 13 e 66 e farmaci ATC C10AX09 (ezetimibe) e ATC C10BA02 (ezetimibe + simvastatina)</p>	<p>Nota 13 e Nota 66</p> <ul style="list-style-type: none"> identificazione trattati con n. ingiustificato di prescrizioni (conf. / DDD) nel periodo osservato; identificazione delle prescrizioni potenzialmente inappropriate effettuate a favore di pazienti senza patologia prevista dalla nota, identificati tramite dataset esenzioni e SDO. <p>Nota 4</p> <ul style="list-style-type: none"> identificazione trattati con n. ingiustificato di prescrizioni (conf./ DDD) nel periodo osservato; identificazione delle prescrizioni di duloxetina potenzialmente inappropriate effettuate a favore di pazienti non diabetici identificati tramite dataset esenzioni e SDO. <p>farmaci ATC C10AX09 e ATC C10BA02</p> <ul style="list-style-type: none"> identificazione dei trattati con i farmaci della categoria nel semestre osservato e verifica della esistenza della prima prescrizione della sola statina nei 12 mesi precedenti (arco temporale assunto come base per il controllo). 			<p>Evidenza di cluster di medici con prescrizioni potenzialmente inappropriate per ambito distrettuale, per ciascuna nota o classe ATC indagata.</p>
<p>CONTROLLO NOTE AIFA errata/omessa</p>	<p>Verifica sul 100% delle ricette con nota AIFA errata / omessa relativa all'anno 2017, pervenute da Lombardia Informatica (L.I.).</p> <p>Le ricette con <u>nota AIFA omessa</u> vengono inviate alle Farmacie per eventuale regolarizzazione, ovvero per successivo addebito.</p> <p>Le ricette con <u>nota AIFA errata</u> prescritte dai MMG/PLS/MCA vengono inviate alla Direzione SocioSanitaria (Dipartimento</p>			<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%)

	<p>Cure Primarie) per eventuale regolarizzazione, ovvero per successivo addebito, secondo normativa vigente.</p> <p>Le ricette <u>con nota AIFA errata</u> prescritte dagli Specialisti vengono inviate alle Strutture ospedaliere per eventuale regolarizzazione, ovvero per successivo addebito, secondo normativa vigente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - n. ricette regolarizzate - n. ricette da addebitare ai MMG/PLS/MCA 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 agli Specialisti e valore addebito.
COMMISSIONI FARMACEUTICHE AZIENDALI	<p>Verifica sulle ricette SSR / moduli AIR restituiti da Lombardia Informatica perché ritenuti irregolari.</p> <p>Le ricette/moduli confermati come irregolari vengono inviati al Servizio Farmaceutico per l'addebito alla Farmacia.</p>	<p>Controllo del 100% delle ricette pervenute alle CFA entro il termine di prescrizione (un anno dalla ricezione in CFA).</p> <p>n. sedute CFA Pubblica</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. ricette / moduli vagliati dalla CFA Pubblica - n. ricette / moduli addebitati <p>n. sedute CFA Privata</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. ricette/moduli vagliati - n. ricette / moduli addebitati
CONGUAGLIO CONTABILE (Progetto un TEAM per le ATS)	<p>Verifica delle differenze contabili elaborate da Santer Reply S.p.A/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).</p> <p>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)</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).

3. FARMACEUTICA OSPEDALIERA

CONTROLLO FILE F

SINTESI ATTIVITA' 2017

Obiettivi	Indicatori quantitativi	Rendicontazione al 31.12.2017
<p>Controllo del 100% delle prescrizioni/erogazioni dei farmaci per HCV effettuate nell'anno 2017.</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 .</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. 2.140 prescrizioni/erogazioni dei nuovi farmaci per HCV (pari al 100% dei record) rendicontati nel periodo gennaio-maggio 2017 per verifica presenza di scheda AIFA, con correzione di n. 3 record errati per dati anagrafici. <u>Evidenze documentali:</u> nota ATS prot. n. 0061609 del 29.06.2017</p> <p>Effettuato il controllo su n. 1.513 prescrizioni/erogazioni dei nuovi farmaci per HCV (pari al 100% dei record) rendicontati nel periodo giugno-settembre 2017 per verifica presenza scheda AIFA, con annullamento di n. 2 record per anagrafica non corretta. <u>Evidenze documentali:</u> nota ATS prot. n. 0099111 del 26.10.2017.</p> <p>Effettuato il controllo su n. 1.283 prescrizioni/erogazioni dei nuovi farmaci per HCV (pari al 100% dei record) rendicontati nel periodo ottobre-dicembre per verifica presenza scheda AIFA, con correzione di n. 2 record errati per dati anagrafici. <u>Evidenze documentali:</u> nota ATS prot. n. 0004013 del 12.01.2018.</p> <p>Per tutti i record rendicontati nel periodo gennaio-dicembre 2017 è stata verificata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la corretta compilazione del tracciato (date di somministrazione e dispensazione del farmaco) e l'assenza di farmaci con AIC revocati; • la corretta applicazione dei prezzi massimi di acquisto, senza rilievo di anomalie; • la presenza del dato di targatura nell'apposito campo del tracciato record. <p><u>Evidenza documentale:</u> nota ATS prot. n. 0040415 del 27.04.17. nota ATS prot. n. 0086060 del 21.09.17. nota ATS prot. n. 0099073 del 26.10.17. nota ATS prot. n. 0004024 del 12.01.18.</p> <p>Effettuato il controllo del 100% delle prescrizioni/erogazioni dei nuovi farmaci per HCV rendicontati nel periodo gennaio-dicembre 2017 (4.936/4.936). Effettuato altresì 1 accesso ispettivo in</p>

		<p>collaborazione con Dipartimento PAAPS nei giorni 19 e 20 ottobre 2017 presso l'ASST Spedali Civili di Brescia per la verifica di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • corrispondenza tra le informazioni inserite sul Registro AIFA e quanto documentato in cartella clinica; 25 casi controllati senza rilievo di anomalie; • corrispondenza tra prescrizioni/somministrazioni del farmaco nel Registro AIFA e tracciato record File F; 50 casi controllati senza rilievo di anomalie. <p>E' stato prescritto di rendere facilmente fruibile, all'interno delle cartelle cliniche, la documentazione inerente i requisiti di eleggibilità al trattamento con farmaci per HCV sottoposti a monitoraggio AIFA.</p> <p>Evidenza: Verbale repertorio n. 1175/2017.</p>
<p>Controllo del 75% delle prescrizioni/erogazioni in File F dei farmaci oncologici ad alto costo (tipologia 5, 2 e 1) effettuate nell'anno 2017.</p>	<p>Controllo sul 75% dei record prodotti dalle strutture ospedaliere pubbliche e private insistenti nel territorio dell'ATS.</p>	<p>Farmaci oncologici Effettuato il controllo su n. 16.811 prescrizioni/erogazioni dei farmaci oncologici (pari al 100% dei record) sul periodo gennaio/giugno 2017, con correzione di 134 record (dati anagrafici, tipologia, data di erogazione) e 13 record annullati. <u>Evidenza documentale:</u> nota ATS prot. 0065413 del 12.07.2017</p> <p>Effettuato il controllo su n. 8.488 prescrizioni/erogazioni dei nuovi farmaci oncologici (pari al 100% dei record) rendicontati nel periodo luglio-settembre 2017, con correzione di 35 record, di cui 9 annullati. <u>Evidenze documentale:</u> nota ATS prot. n. 0099111 del 26.10.2017.</p> <p>Effettuato il controllo su n. 1.946 prescrizioni/erogazioni dei nuovi farmaci oncologici (pari al 100% dei record) rendicontati nel periodo ottobre-novembre 2017, con correzione di n. 3 record errati (di cui 2 per data erogazione e 1 per tipologia) e 1 record annullato. <u>Evidenze documentale:</u> nota ATS prot. n. 0117028 del 19.12.2017.</p> <p>Controllato l'81,68% delle prescrizioni/erogazioni di nuovi farmaci oncologici rendicontati nel 2017 (27.245/33.357).</p> <p>Per tutti i record rendicontati nel periodo gennaio-dicembre 2017 è stata verificata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la corretta compilazione del tracciato (date di somministrazione e dispensazione del farmaco) e l'assenza di farmaci con AIC revocati; • la corretta applicazione dei prezzi massimi di acquisto, con rilievo di n. 139 anomalie, che sono state prontamente corrette dalle Strutture e 1 record annullato. <p><u>Evidenza documentale:</u></p>

		<p>nota ATS prot. n. 0040415 del 27.04.17. nota ATS prot. n. 0086060 del 21.09.17.</p> <p>Effettuati altresì n. 5 accessi ispettivi (su 5 previsti, pari al 100%) in collaborazione con Dipartimento PAAPS (18/10: Spedali Civili; 19/10 Istituto Clinico S. Anna; 07/11 Poliambulanza; 24/11 ASST Franciacorta; 14/12 ASST Garda), per la verifica di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • corrispondenza tra le informazioni inserite sul Registro AIFA e quanto documentato in cartella clinica (80 casi controllati), con il seguente esito: <ul style="list-style-type: none"> • rilievo di 5 casi trattati con Perjeta per ca mammario con scarsa evidenza documentale giustificativa dell'opzione di trattamento con regime di associazione alternativo allo standard; • rilievo di 1 caso trattato in regime off-label con Perjeta in associazione con Herceptin e Vinorelbina in pz. con Ca mammario, contrariamente a quanto dichiarato in scheda di eleggibilità AIFA; con nota prot. n. 0110055/17 è stato richiesto a Poliambulanza l'annullamento dei record relativi a Perjeta e Herceptin; • corrispondenza tra prescrizioni/somministrazioni del farmaco nel Registro AIFA e tracciato record File F; 132 casi controllati senza rilievo di anomalie. <p>E' stato prescritto di rendere facilmente fruibile, all'interno delle cartelle cliniche, la documentazione inerente i requisiti di eleggibilità al trattamento con farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio AIFA.</p> <p><u>Evidenza:</u> Verbale repertorio n. 1175/17 (ASST Spedali Civili) Verbale repertorio n. 1169/17 (Istituto Clinico S. Anna) Verbale repertorio n. 1373/17 (Poliambulanza) Verbale repertorio n. 1491/17 (ASST Franciacorta) Verbale repertorio n. 1671/17 (ASST Garda).</p>
--	--	--

PIANIFICAZIONE ANNO 2018

Obiettivi	Modalità di attuazione	Indicatori quantitativi
<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 nel corso del 2018 dalle Strutture accreditate bresciane.</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>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</p>	<p>Controllo sul 50% dei record prodotti dalle strutture accreditate bresciane nel corso del 2018.</p>

	sulla base degli accordi negoziati da AIFA con le Aziende Farmaceutiche.	
Controllo delle prescrizioni / erogazioni in File F dei farmaci, relativamente alle indicazioni non soggette a scheda AIFA, rituximab, trastuzumab e temozolamide: 50%	<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>	Controllo sul 50% dei record prodotti dalle strutture accreditate bresciane nel corso del 2018.
Controllo appropriatezza erogativa dei farmaci rendicontati in File F ed erogati in distribuzione diretta	Verifica del 50% delle erogazioni in File F a copertura di due mesi di terapia per le seguenti specialità: Simponi, Roactemra 162 mcg fl., Cosentyx.	Controllo sul 50% dei record prodotti dalle strutture accreditate bresciane nel corso del 2018.

AREA SALUTE MENTALE

SINTESI DEGLI ASPETTI DEI CONTROLLI 2017

Nel corso dell'esercizio 2017 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.

La verifica è stata operata in generale sull'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.

Concretamente si è proceduto alla valutazione 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 2017 (per un totale di n. 675), ha evidenziato, in termini generali, una minore difficoltà, dal punto di vista meramente amministrativo nell'inoltro delle richieste di ratifica ATS da parte dei CPS e NPIA delle ASST invianti. Questo risultato è dovuto alle nuove modalità di inoltro della necessaria modulistica ad ATS-Brescia.

Indicatore - CONTROLLI su Richiesta Ratifica 46/san	1° trimestre 2017	2° trimestre 2017	3° trimestre 2017	4° trimestre 2017	totale anno 2017
N° Richieste Ratifiche Pervenute	5+113 EXDB*	162+10 EXDB*	214	171	675
N° Richieste Ratificate	115	108+10	187	142	562
N° Richieste Sospese	0	9	12	10	31
N° Richieste non Ratificate	3	43	8	7	61
Altro (note, determine o comunicazioni diverse)	0	2	7	12	21

*(ex DataBase Psiche)

In generale si è evidenziato anche una riduzione del flusso di attività, generata dall'Area Psichiatria ATS-Brescia, relativamente al rilascio della ratifica di competenza.

La riorganizzazione dell'Area Psichiatria, collocata in seno al Dipartimento PAAPSS, ha previsto infatti l'adozione, dal 01/05/2017, di una nuova scheda di comunicazione da inoltrare all'ATS in occasione del rinnovo del Piano Terapeutico Individuale (PTI) di ogni utente ricoverato, che rappresenta il progetto di cura e di riabilitazione previsto. Dall'inoltro di tale scheda di comunicazione è stato possibile monitorare la validità clinica dei progetti riabilitativi in corso e la loro eventuale prosecuzione, secondo le esigenze riconosciute dall'équipe di cura. Tale controllo è stato fatto attraverso opportune interrogazioni del database in uso all'Area Psichiatria.

Lo snellimento delle procedure di richiesta di ratifica ATS è stato reso possibile anche da un supporto telefonico costante con le strutture invianti (CPS e NPIA) oltre che con tutte le strutture della riabilitazione psichiatrica e neuropsichiatrica.

Sempre riguardo ai rinnovi di PTI dal 01/05/2017 al 28/02/2018, ne sono stati registrati n. 407. Essi rappresentano veri e propri controlli sul mantenimento di uno degli aspetti più importanti dell'appropriatezza dei ricoveri, ovvero la presenza di un Piano di Cura aggiornato e condiviso tra le équipe CPS/Strutture della riabilitazione psichiatrica e neuropsichiatrica.

PIANIFICAZIONE CONTROLLI 2018

Per quanto riguarda la pianificazione dell'attività di Controllo per l'anno 2018 gli interventi saranno rivolti alla verifica dell'appropriatezza dei ricoveri in strutture residenziali e semiresidenziali di Psichiatria e Neuropsichiatrica attraverso:

- registrazione e monitoraggio, delle richieste di inserimento nelle strutture per adulti e per minori, attraverso il rilascio delle nuove ratifiche ai ricoveri proposti dagli Enti Invianti. Si precisa che il rilascio di dette ratifiche da parte dell'ATS è subordinato alla ricezione di una dichiarazione, da parte delle UOP di riferimento, della presenza e della corretta tenuta, della documentazione clinica comprovante l'appropriatezza dei percorsi proposti;
- registrazione e monitoraggio, delle comunicazioni di rinnovo dei PTI, dei flussi di ricovero e dimissione dei pazienti nelle strutture residenziali e semiresidenziali di Psichiatria e Neuropsichiatrica;
- verifica dei registri dei dinieghi rilasciati dalle strutture residenziali di Psichiatria e Neuropsichiatrica alle proposte di ricovero da parte degli Enti Invianti. 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 della completezza dei flussi 46/SAN e 43/SAN;
- controllo dei casi che risultano eccedere i tempi di ricovero e/o l'età massima di primo accesso alle strutture della riabilitazione psichiatrica, come stabiliti dalla normativa di riferimento (Deliberazione n. VIII/4221 del 28/02/2007). Tali casi, definiti "casi extra soglia" saranno inoltre portati all'attenzione dell'Organismo di Coordinamento Salute Mentale e delle Dipendenze (OCSMD), per il tramite del preposto gruppo di lavoro;
- verifica dell'andamento dei programmi innovativi in Salute Mentale e Progetti tramite relazioni annuali richieste ai DSMD.

AREA SOCIOSANITARIA E SOCIALE

ATTIVITA' DI VIGILANZA SULLA RETE DELLE UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIE

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 gestite sia da Enti privati (Tabella 1) che dalle ASST (Tabella 2); tale rete garantisce ai cittadini bresciani una offerta completa di prestazioni, in particolare per le persone fragili e con compromissioni importanti dello stato di salute. La numerosità delle UdO al 01/01/2018 è esposta nelle due tabelle sotto riportate.

Tabella 1

UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIE PRIVATE 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	21	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	21	19
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	1	1

* delle quali n. 84 a contratto

** dei quali n. 51 a contratto

***n. 19 Consultori Familiari sono anche contrattualizzati

Tabella 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

Tabella 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	21	10	7	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	21	9	8	4
SMI/SerT	12	6	4	2
ADI	26	10	11	5
UCP-DOM	16	7	5	4
Comunità Dipendenze bassa intensità	1	1	0	0
TOTALI	324	138	114	72

La Tabella n. 3 riporta le UdO autorizzate e/o accreditate dall'ATS di Brescia, che risultano essere n. 324 Unità d'Offerta e la loro ripartizione sui tre Distretti dell'ATS; da tale tabella si evince che il maggior numero di UdO, ovvero n.138, risulta dislocata nell'ASST Spedali Civili.

SINTESI DELLE VIGILANZE EFFETTUATE NEL 2017

Nel corso del 2017 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, nel corso del 2017, l'effettuazione di un numero di vigilanze pari ad almeno il 50% delle Unità d'Offerta socio-sanitarie ovvero del 100% nel biennio 2017-2018.

La sintesi degli obiettivi di vigilanza ordinaria relativa all'anno 2017 e del loro raggiungimento è riportata nella "Tabella 4" che suddivide l'attività per tipologia di Unità d'offerta.

Tabella 4 - Vigilanza UdO socio-sanitarie: confronto UdO vigilate al 31.12.2017 ed UdO pianificate per l'anno 2017

Unità di Offerta	VIGILANZA	
	N. Unità d'Offerta vigilate alla data del 31.12.2017	Obiettivo pianificazione 2017
RSA	44	44
CDI	32	29
HOSPICE	2	2
RSD	3	3
CDD	14	14
CSS	11	11
CURE INTERMEDIE (di cui 2 ex post-acuti)	2	2
RIABILITAZIONE AMBULATORIALE	2	2
CONS. PRIVATI	10	10
COMUNITA' DIPENDENZE	12	12
SMI	2	2
ADI	12	12
COM. DIP. BASSA INTENSITA'	1	1
ATTIVITA' INNOVATIVE		
RESIDENZIALITA' ASSISTITA PER RELIGIOSI	1	1
MISURA 2 "RESIDENZIALITA' LEGGERA ASSISTITA"	3	3
MISURA 4 "RSA APERTA"	21	21
STRUTTURE PUBBLICHE DELLE ASST BRESCIA		
RSD	1	1
CONSULTORI FAMILIARI	8	8
SERT/NOA	4	4
ADI	3	1
TOTALE	188	183

Percentualmente l'equipe di vigilanza ha verificato complessivamente il 103% delle UdO programmate nel piano controlli 2017.

Le verifiche inerenti il mantenimento dei requisiti gestionali-organizzativi e strutturali tecnologici di autorizzazione e accreditamento hanno avuto esito positivo nell'81% delle UdO vigilate; nel 14% delle UdO è stata richiesta integrazione documentale ed infine nel 5% delle vigilanze sono state riscontrate carenze per le quali sono state emesse lettere di diffida e sono state irrogate sanzioni (Grafico 1). In particolare sono risultate carenti n. 4 RSA, n. 1 CDI, n. 2 Enti Gestori ADI, n. 2 Unità d'Offerta Residenziale per Tossicodipendenti e n. 1 Consultorio Familiare verso le quali sono state emesse prescrizioni, diffide e relativi verbali di contestazione.

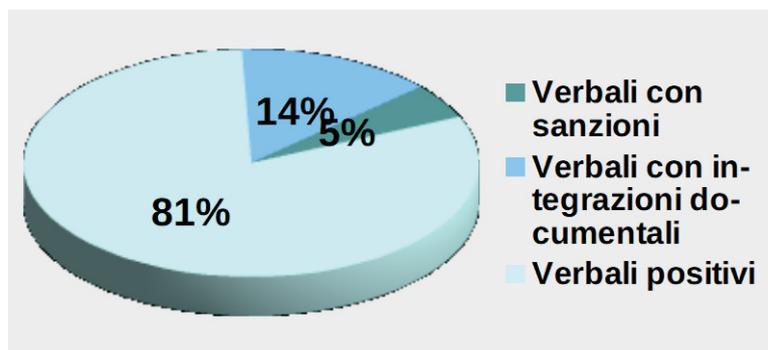


Grafico 1 – Esiti vigilanze anno 2017: con prescrizioni/sanzioni, con integrazioni documentali e senza criticità

Dal punto di vista gestionale/organizzativo il maggior numero di integrazioni documentali nell'anno 2017 ha riguardato la richiesta di rendicontazione separata per le diverse Unità d'Offerta gestite dallo stesso Ente Gestore, il contenuto del documento organizzativo ed in particolare il piano di lavoro ed il programma annuale; in molte Strutture è stata riscontrata anche l'incompletezza della carta dei servizi.

Le sanzioni per carenze dei requisiti gestionali ed organizzativi sono state principalmente per:

- il mancato raggiungimento dello standard minimo di presenza del personale nel periodo preso a campione;
- assenza rilevazione della presenza del personale;
- carenza documentazione gestionale (elenco personale, esiti customer satisfaction, piano diffusione protocolli, contratto ingresso);
- carenza nell'applicazione e stesura dei protocolli.

Nelle vigilanze effettuate nel 2017, dal punto di vista tecnico strutturale, sono state riscontrate maggiormente le seguenti carenze documentali inerenti principalmente il rinnovo delle certificazioni tecniche. Nello specifico:

- verifica impianti di messa a terra;
- documentazione attestante l'esecuzione di prove di evacuazione annuali;
- prova di evacuazione;
- verifiche periodiche impianti di sollevamento;
- identificazione degli ambienti destinati ad uso medico e loro classificazione;
- dichiarazione di assenza di materiali esplosivi;
- dichiarazione di assenza di sorgenti radioattive/apparecchiature radiodiagnostiche;
- verifica apparecchiature elettromedicali e piano di manutenzione ordinaria e straordinaria apparecchiature elettromedicali.

Nel corso del 2017 le sanzioni per carenze dei requisiti strutturali/tecnologici sono state per:

- modifiche strutturali in assenza di comunicazione;
- utilizzo di locale socio-sanitario per l'esercizio di attività sanitaria;
- assenza di un sistema atto a garantire la continuità elettrica.

Per n. 2 RSA e per n. 1 ADI si sono svolte vigilanze su segnalazione; nel corso della verifica dell'ADI si è riscontrata una commistione tra attività sanitaria e sociosanitaria e modifiche strutturali non comunicate all'ATS. Al contrario nel corso delle vigilanze su segnalazione, inerenti carenze nell'assistenza in n. 2 RSA, i requisiti previsti dalla normativa vigente sono risultati rispettati in entrambe le UdO.

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. 21 UdO campionate che avevano attivato la Misura 4 e in n. 3 UdO che avevano attivato la Misura 2.

In alcune UdO per la Misura 4 "RSA Aperta" è stata richiesta l'introduzione di una registrazione separata dell'impegno orario del personale, in quanto in alcuni casi verificati non veniva rendicontato separatamente dalle altre UdO dello stesso Ente Gestore. Per l'RSA aperta sono state maggiormente attivate le attività domiciliari rispetto a quelle di semi-residenzialità e

residenzialità; il personale risultava in molti casi dedicato e non condiviso con altre Unità d’Offerta dello stesso Ente.

Per quanto riguarda la Misura 2 “Residenzialità leggera” sono state effettuate le verifiche dei requisiti suddetti in n. 3 UdO così suddivise: n. 2 alloggi protetti e n. 1 RSA. Le verifiche compiute in tali UdO hanno avuto esito positivo in quanto lo standard assistenziale richiesto per la Misura 2 risultava raggiunto.

Per quanto riguarda la “Residenzialità Assistita per religiosi” nell’anno 2017 è stata vigilata n. 1 Unità d’Offerta che ha richiesto di erogare tale misura; la verifica inerente la presenza del personale richiesto dalla Deliberazione n. X/4086 del 25/09/2015 e degli altri requisiti organizzativi e strutturali tecnologici ha avuto esito positivo.

Nell’anno 2017 le regole di sistema in ambito sociosanitario (DGR 5954/2016) hanno riaperto gli accreditamenti e quindi è stato nuovamente possibile, da parte degli Enti Gestori, presentare istanza di nuovi accreditamenti all’ATS.

Dal 01.01.2017 sino al 31.12.2017 sono state verificate (Tabella 5) il 100% delle istanze presentate all’ATS ovvero n. 8 SCIA, n. 5 volture dell’accredimento, n. 6 SCIA con contestuale richiesta di accreditamento, n. 5 accreditamenti.

Tabella 5 - SCIA, SCIA Contestuali e Volture verificate nell’anno 2017

Tipologia UdO	SCIA	SCIA Contestuale	Accreditamento	Voltura
RSD	/	/	/	/
CDD	/	n. 2	/	/
CSS	/	n. 1	/	/
RSA	n. 6	n. 1	n. 2	n. 4
CDI	n. 2	n. 1	/	/
C.tà TOX	/	/	n. 2	/
C.tà TOX bassa intensità	/	/	/	/
Cons. Familiari	/	/	/	/
ADI	/	n. 1	/	n. 1
Hospice	/	/	n. 1	/
UCP DOM/ADI/ HOSPICE (D.G.R. 5918/2016)	/	n. 7	/	/
TOTALI	8	13	5	5

Inoltre, come definito dalla D.G.R. n. X/5918 del 28/11/2016, sono state riclassificate le UdO appartenenti alla rete delle cure palliative, ovvero gli Hospice (provenienti sia dall’ambito sanitario che da quello sociosanitario) e le attività di ADI/CP. Relativamente a n. 7 UdO sono state effettuate le vigilanze a seguito di SCIA con contestuale richiesta di accreditamento, mentre per quanto riguarda le restanti UdO della rete cure palliative sono state effettuate le verifiche documentali a seguito di presentazione della “Comunicazione di riclassificazione”. Per tutte le strutture è stato quindi concluso entro i termini l’iter amministrativo con i relativi decreti ATS e la presa d’atto regionale. Infine sono state effettuate le verifiche nel post accreditamento per n.38 Unità d’offerta.

Per quanto riguarda i requisiti soggettivi sono state acquisite, entro il 31.01.2017, da tutti gli Enti che gestiscono UdO socio Sanitarie, le autocertificazioni come previsto dalla DGR 2569/2014 (allegato 1). Sono state verificate n.300 dichiarazioni sostitutive su 300 dichiarazioni acquisite ed in particolare sono state verificate presso il casellario il 100% delle dichiarazioni degli Enti di

diritto privato con contratto >150000 € e presso la Banca dati antimafia il 100% delle informative/certificazioni antimafia degli Enti privati a contratto.

Per la verifica della regolarità della continuità gestionale e finanziaria è stata acquisita, entro il 30.06.2017, la relazione dei revisori contabili sul bilancio 2016.

Entro il 28.02.2017 sono state acquisite le autocertificazioni relative all'applicazione del D.Lgs. 231/2001 e a campione sono state richieste e verificate n.40 relazioni dell'organismo di vigilanza.

PIANIFICAZIONE VIGILANZA 2018

L'attività di vigilanza 2018 sulle Unità d'Offerta sociosanitarie sarà attuata secondo la normativa regionale vigente e nel rispetto delle Regole di Sistema 2018 – DGR X/7600 del 20/12/2017.

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 rispettivamente dalla DGR 2569/2014 e s.m.i. e dalla normative specifiche di riferimento.

Le vigilanze nell'anno 2018 avverranno in tutte le UdO, pubbliche e private, indipendentemente dallo status erogativo (autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione) e per tutte le misure innovative o sperimentazioni in ambito sociosanitario.

Pianificazione Vigilanza 2018

Nella Tabella 6 è evidenziato il numero totale delle Unità d'Offerta censite al 01.01.2018 e il numero delle Unità d'Offerta da vigilare nel corso del 2018.

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

Tabella 6 – Pianificazione attività 2018

ANNO 2018 - Strutture Private del territorio di ATS Brescia			
TIPOLOGIA STRUTTURA	N. Strutture autorizzate	N. Strutture accreditate	OBIETTIVO Strutture da vigilare anno 2018
RSA	86	85	29
CDI	54	54	19
Hospice	6	6	2
RSD	7	7	2
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	21	19	7
Servizi Multidisciplinari Integrati	4	4	2
ADI	23	23	8
UCP-DOM	13	13	4
Comunità Dipendenze Bassa Intensità	1	1	1
ANNO 2018 – Attività innovative ATS di Brescia			
Residenzialita' assistita per religiosi	3	3	1
Misura 2 "Residenzialita" leggera/assistita	12	12	4
Misura 4 "RSA Aperta"	44	44	13
ANNO 2018- Strutture Pubbliche delle ASST di Brescia			
RSD	1	1	0
Consultori Familiari (di cui 3 sedi distaccate)	16	16	5
Servizi Territoriali per le Dipendenze	8	8	3
ADI	3	3	1
UCP-DOM	3	3	2
Hospice	2	2	1
	TOTALE		130

Per l'anno 2018 si prevede 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, esiteranno in 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 saranno 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, sia che siano solo abilitate all'esercizio, accreditate o contrattualizzate.

Nel corso del 2018, sarà verificato quanto autocertificato in almeno il 10% di tutte le UdO sottoposte a vigilanza.

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

Nell'anno 2018 le verifiche sul mantenimento dei requisiti Strutturali/Tecnologici e Organizzativi/Gestionali saranno effettuate congiuntamente. L'attività di verifica sarà effettuata su base triennale, considerando l'anno 2018 come primo anno del triennio. In ciascuna annualità 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 campionate in base al periodo intercorso dall'ultima vigilanza e alle criticità riscontrate nelle vigilanze precedenti.

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

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.

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

La programmazione 2018 garantirà la verifica su almeno 1/3 delle sperimentazioni delle unità d'offerta innovative.

CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIE

RENDICONTAZIONE ATTIVITÀ 2017

Così come previsto dal piano controlli 2017 dell'ATS di Brescia (Decreto n. 243/2017) nel corso del 2017 il controllo di appropriatezza ha riguardato tutte le tipologie di UDO socio-sanitarie sia autorizzate che accreditate, nella misura del 50%, 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.

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 appropriatezza prestazioni delle Unità d'offerta Sociosanitarie" dell'ATS di Brescia.

L'équipe è composta da:

- n. 1 Dirigente Medico – disciplina Igiene, epidemiologia e sanità pubblica a tempo pieno, Dr.ssa Franca Marsillo responsabile di UO S e UOC;
- n. 1 Dirigente Medico – disciplina Igiene, epidemiologia e sanità pubblica a tempo pieno, Dr.ssa Paola Trevisi;
- n. 1 Collaboratore Professionale - Assistente Sociale – cat. D a tempo pieno, Sig.ra Maddalena Aliffi;
- n. 1 Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – cat. D a tempo pieno, Sig. Claudio Biaggio;
- n. 1 Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere – cat. D a tempo pieno, Sig.ra Nicoletta Biondo;
- n. 1 Educatore Professionale - cat. DS part time Sig. Nicola Mazzini.

Risorse tecnologiche/strumentali: una Fiat Panda e un PC portatile.

Il campionamento dei fascicoli è stato effettuato al 50% in modo casuale e al 50% sulla base di indicatori di rischio; solamente per le RSA il campionamento è stato effettuato per il 70% con criterio mirato e per il 30% con criterio casuale, così come specificato nel piano controlli aziendale (Decreto n. 243/2017).

Per il campionamento dei fascicoli in modalità mirata sono stati utilizzati gli indicatori predisposti dall'Agenzia di controllo nella DGR 6502/2017 (tab. 12) per ogni specifica UDO.

Ai sensi della DGR 5954/2016 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 il 15% dei FaSAS (per garantire la verifica di un congruo numero di fascicoli per le RSD, CDD e CSS la percentuale è stata aumentata al 30% e per le Cure intermedie la percentuale è stata ridotta al 10%);
- per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare è stato campionato il 5% dei fascicoli (per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare dalle strutture di riabilitazione è stato controllato il 3% dei fascicoli come da indicazioni regionali).

Nel corso del 2017 sono state attivate verifiche anche sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative ed il controllo sulle misure applicative della DGR 2942/2014 e DGR 116/2013.

Nella tabella n. 1 sono elencate le strutture oggetto di controllo.

Tab. n. 1

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	N. STRUTTURE	N. STRUTTURE CONTROLLATE
STRUTTURE PRIVATE		
RSA	86	44
CDI	54	28
HOSPICE	4	2
RSD	7	3
CDD	29	14
CSS	21	11
CURE INTERMEDIE	5	3
RIABILITAZIONE AMBULATORIALE	4	2
CONSULTORI FAMILIARI	20	9
COMUNITA DIPENDENZE	21	10
SMI	4	2
ADI	23	17
COMUNITA DIPENDENZE A BASSA INTENSITA	1	1
ATTIVITA INNOVATIVE		
RESIDENZIALITA' ASSISTITA PER RELIGIOSI	3	2
MISURA 2 (residenzialità leggera)	6	4
MISURA 4 (RSA aperta)	42	21
STRUTTURE DELLE ASST		
RSD	1	1
CONSULTORI FAMILIARI	16	8
SERT/NOA	8	2 SerT / 2 NOA
ADI	3	1
TOTALE	358	187

Nella tabella n. 2 sono indicati i FaSAS verificati per tipologia di struttura.

Tab. n. 2

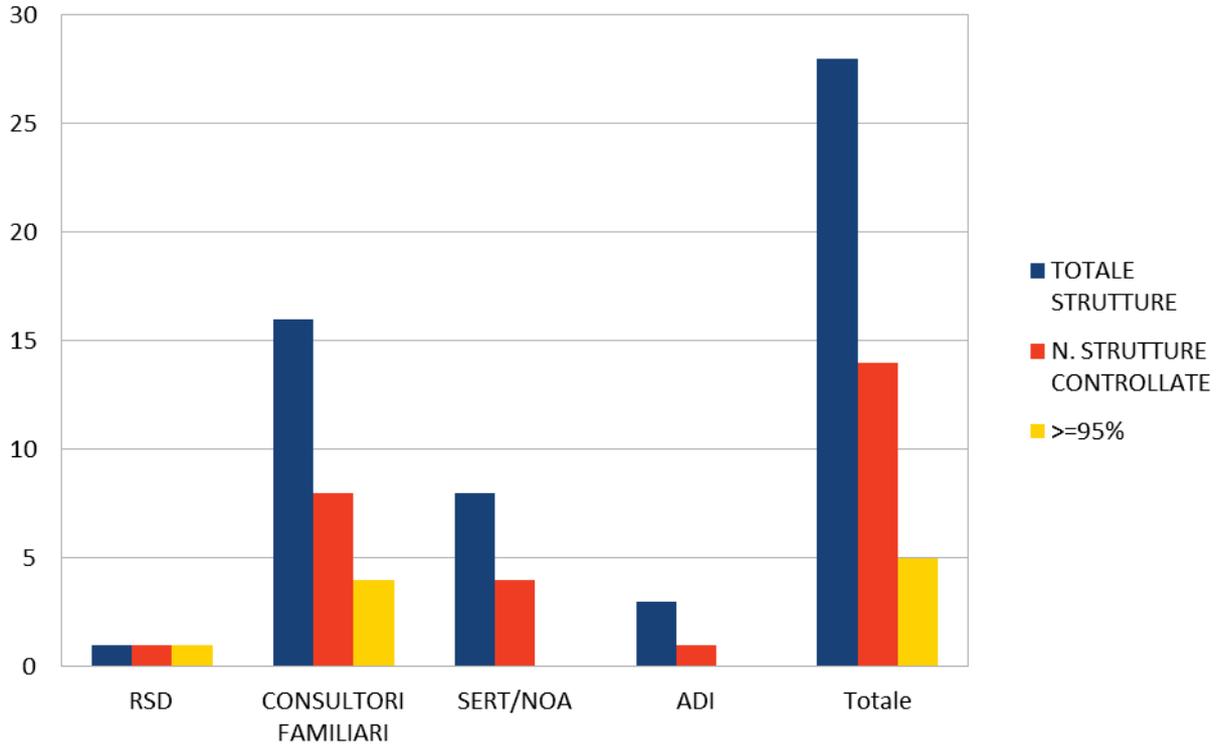
TIPOLOGIA DI STRUTTURA	N. FaSAS da controllare	N. FaSAS controllati e percentuale di raggiungimento dell'obiettivo
STRUTTURE PRIVATE		
RSA	718	718 (100%)
CDI	122	146 (119%)
HOSPICE	68	74 (109%)
RSD	44	44 (100%)
CDD	104	104 (100%)
CSS	34	34 (100%)
CURE INTERMEDIE	88	88 (100%)
RIABILITAZIONE AMBUL/DOMICILIARE	73	73 (100%)
CONSULTORI FAMILIARI	351	397 (113%)
COMUNITA' DIPENDENZE	48	64 (137 %)
SMI	43	43 (100%)
ADI	35	110(314 %)
ATTIVITA INNOVATIVE		
COMUNITA' DIPENDENZE A BASSA INTENSITA*	/	3 (100%)
RESIDENZIALITA' ASSISTITA PER RELIGIOSI *	/	6 (100%)
MISURA 2 (residenzialità leggera)	10	10 (100%)
MISURA 4 (RSA aperta)	168	168 (100%)
STRUTTURE DELLE ASST		
RSD	12	12 (100%)
CONSULTORI FAMILIARI	390	391 (100,2%)
SERT/NOA	35 SerT/32 NOA	35 SerT (100%)/32 NOA (100%)
ADI	7	13 (186%)

*Non avendo a disposizione il numero utenti 2016, perché di nuova attivazione, per poter calcolare il numero di FaSAS da controllare è stata considerata la percentuale del 15% sul totale dei posti letto.

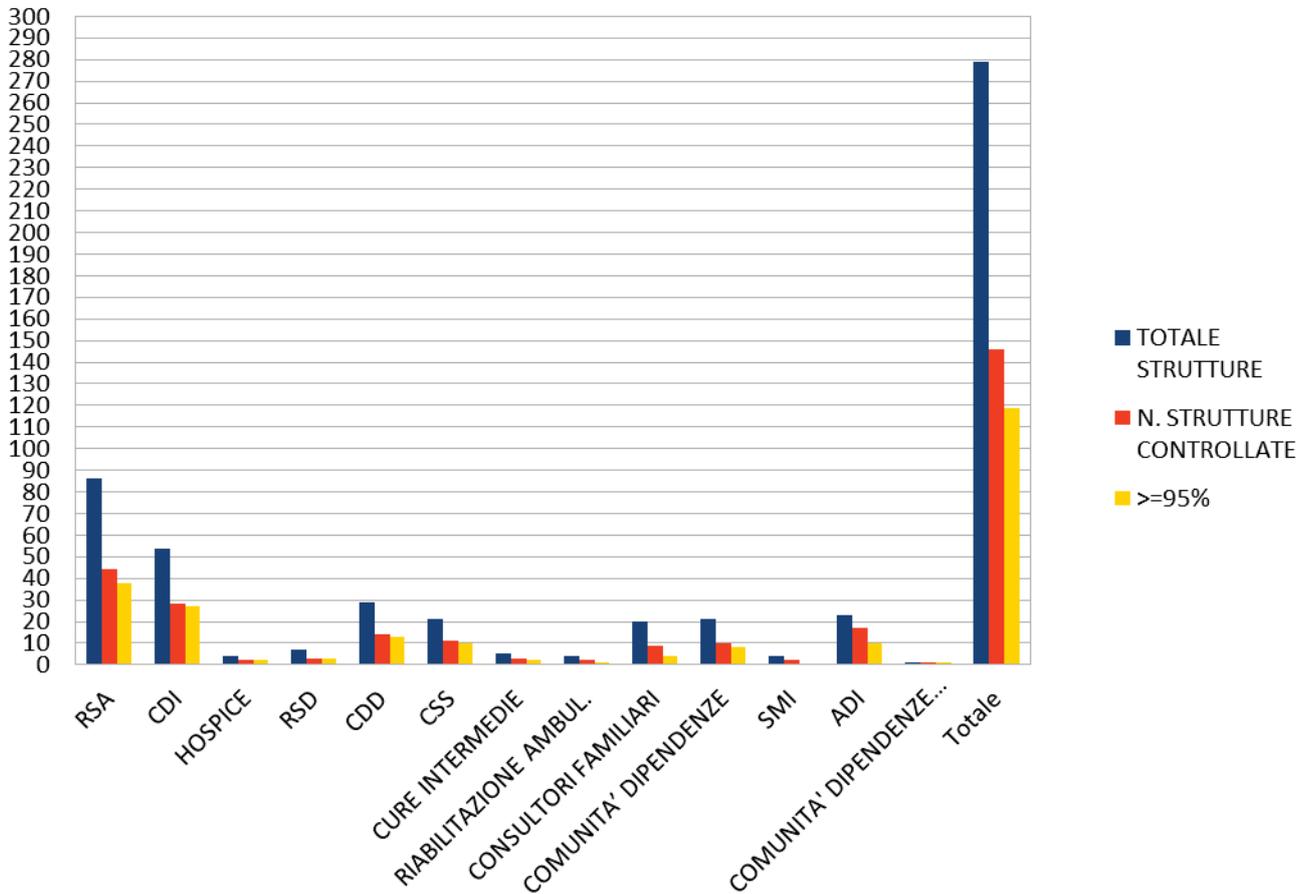
ESITO DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA

Gli indicatori individuati da Regione Lombardia, costituiscono gli elementi minimi di base da cui non è possibile prescindere nell'ambito del processo assistenziale e per i quali il livello di accettabilità è pari al 95%. Il livello di accettabilità complessivo così come definito dalla Regione è calcolato come il rapporto percentuale tra la somma degli indicatori soddisfatti e la somma degli indicatori applicabili, a seguito di controllo ispettivo e conseguente verbalizzazione. Nelle tabelle seguenti sono illustrati in grafico gli esiti dei controlli sulle strutture private e pubbliche.

STRUTTURE A.S.S.T. anno 2017



STRUTTURE PRIVATE anno 2017



Si evidenzia che sia per le ADI pubbliche che per i SERT/NOA/SMI non si è raggiunta la percentuale minima del 95% di livello di accettabilità.

Per quanto riguarda le criticità riscontrate più frequentemente si rileva:

- mancata tracciabilità delle prestazioni erogate;
- assenza di condivisione del PAI con l'utente.

Le criticità più frequentemente rilevate nel controllo sulle Misure 2 e 4 sono state:

- mancata individuazione del care manager nel PAI;
- mancata redazione del PAI entro i 5 gg stabiliti dalla normativa vigente.

Per tali UDO si è pertanto provveduto a richiedere delle azioni correttive e delle verifiche in autocontrollo.

PROGRAMMAZIONE 2018

In attesa dell'emanazione del "Piano annuale dei controlli e dei protocolli" dell'ACSS, i controlli di appropriatezza 2018 verranno espletati seguendo le indicazioni della DGR 6502 del 21/04/2017, con l'eccezione di quanto già disposto dalle Regole di sistema (DGR n. X/7600/2017) in termini di tempistiche e volumi di attività.

Nel corso del 2018 sarà sottoposto a controllo di appropriatezza circa il 35% delle strutture socio-sanitarie del territorio, in particolare quelle non verificate nel corso del 2017 e quelle che hanno mostrato maggiori criticità nel corso dell'anno precedente.

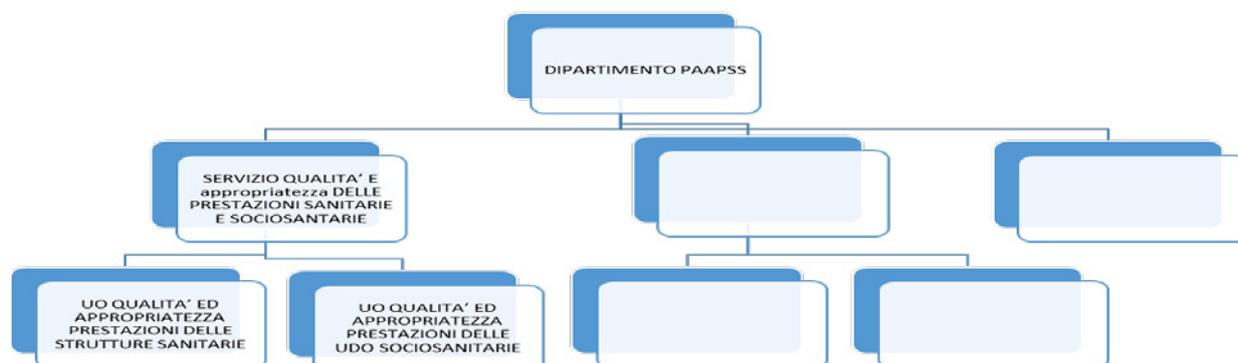
Ulteriori verifiche potranno essere effettuate a seguito di segnalazioni o esposti .

I soggetti gestori saranno invitati ad attivare procedure di autocontrollo al fine di monitorare i processi assistenziali e migliorare la qualità delle prestazioni.

Saranno svolte anche verifiche sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative ed in particolare sulle misure applicative delle DGR n. 116/2013, DGR 3239/2012 (area disabilità), DGR 4086/2015 e DGR 7769/2018 con le modalità e percentuali previste dalla DGR 6502/2017.

Non è possibile al momento della stesura del presente piano quantificare il numero di misure che verranno attivate nel corso del 2018.

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



La composizione dell'équipe dedicata ai controlli di appropriatezza è di seguito riportata:

- n. 1 Dirigente Medico – disciplina Igiene, epidemiologia e sanità pubblica a tempo pieno, Dr.ssa Franca Marsillo responsabile di UO S e UOC;
- n. 1 Dirigente Medico – disciplina Igiene, epidemiologia e sanità pubblica a tempo pieno, Dr.ssa Paola Trevisi;
- n. 1 Collaboratore Professionale - Assistente Sociale – cat. D a tempo pieno, Sig.ra Maddalena Aliffi;
- n. 1 Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario – cat. D a tempo pieno, Sig. Claudio Biaggio;
- n. 1 Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere – cat. D a tempo pieno, Sig.ra Nicoletta Biondo;
- n. 1 Educatore Professionale - cat. DS part time Sig. Nicola Mazzini.

Per quanto riguarda la dotazione di mezzi e strumenti operativi, l'UO può disporre di una Fiat Panda e un PC portatile.

Le verifiche di appropriatezza saranno volte a verificare:

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

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

Controlli FASAS

Verranno campionati e verificati FASAS con le percentuali stabilite dalle regole di sistema per l'anno 2018:

- regime residenziale e semiresidenziale: almeno il 11,5%
- regime ambulatoriale e domiciliare: almeno il 3,5%

I controlli saranno selezionati con modalità sia casuale che mirata, tenendo conto degli indicatori inseriti nelle tabelle allegate alla DGR 6502/2017 e/o considerando indicatori locali.

Nella tabella sottostante sono indicate le UDO autorizzate/accreditate al 31/12/2017 ed il numero delle strutture da verificare nel corso dell'anno 2018.

ANAGRAFICA UDO

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	N. STRUTTURE AI 31/12/2017	N. Strutture da controllare nel 2018
RSA	86	30
CDI	54	19
HOSPICE sociosanitari	4	2
RSD	8	3
CDD	29	10
CSS	21	7
CURE INTERMEDIE	5	2
RIABILITAZIONE AMBULATORIALE-DOMICILIARE	4	2

CONSULTORI FAMILIARI	30	10
COMUNITA DIPENDENZE	22	8
SMI	4	2
ADI	35	12
UCP DOM	19	7
RESIDENZIALITA' ASSISTITA PER RELIGIOSI	3	1
SERT/NOA	8	4
TOTALE	332	119

Come strumento di verifica verranno impiegate le stesse check list introdotte dalla DG Welfare Regione Lombardia nell'anno 2015, specifiche per ogni tipologia di Unità d'offerta.

La Check-list di appropriatezza, allegata al verbale, comprende:

- numero verbale;
- data ed ora del sopralluogo;
- denominazione della struttura;
- codice struttura;
- indicatori generali e specifici con i relativi sotto indicatori;
- il FASAS controllato;
- il totale dei fascicoli esaminati e la percentuale raggiunta.

Il verbale del controllo di appropriatezza viene prodotto in due copie, una delle quali viene consegnata al legale rappresentante dell'Ente o suo delegato, mentre la check-list di appropriatezza potrà essere rilasciata in copia cartacea o in formato pdf. In quest'ultimo caso verrà inviata successivamente al gestore mediante l'utilizzo della posta elettronica certificata.

A partire dall'anno 2015 è stato implementato e messo a regime il verbale informatico redatto con l'applicativo Tekne (ViVIDI), nel quale è inserita l'anagrafica di tutte le UdO Sociosanitarie che consente sia di ridurre i tempi per la compilazione del verbale che di archiviare in formato file tutta la documentazione inerente l'attività.

RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI (RSA)

Campione da controllare

Il campione sarà calcolato su almeno l'11,5% degli utenti rendicontati nell'anno 2017. I FaSAS saranno selezionati per il 30% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 70% con criterio casuale.

Indicatori di rischio per la verifica di appropriatezza

- utenti per i quali sono state rendicontate nella scheda SoSIA: cadute, lesioni da pressione e applicazione di contenzione fisica;
- utenti in classi SoSIA 7-8;
- nuovi ingressi negli ultimi tre mesi;
- età utenti ≤ 65 anni e ≥ 95 anni;
- utenti in nucleo Alzheimer (quando questo è presente).

Previsione anno 2018

N. UdO DA CONTROLLARE	Numero utenti rendicontati nel 2017	N. FaSAS da controllare nel 2018
30	3348	400

HOSPICE sociosanitari

Campione da controllare

Il campione sarà calcolato su almeno l'11,5% degli utenti rendicontati nell'anno 2017. I FaSAS saranno selezionati per il 50% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 50% con criterio casuale.

I controlli riguarderanno solo hospice da sempre nella rete socio-sanitaria mentre gli hospice ex sanitari (n. 4) saranno controllati dai NOC sanitari.

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica di appropriatezza

- utenti con ricoveri superiori ai 60 giorni di degenza,
- utenti con ricoveri in diversi hospice;
- utenti trasferiti da altre Udo;
- utenti non oncologici;
- utenti con modalità di dimissione diversa dal decesso;
- Utenti recentemente inseriti nelle UDO

Previsione anno 2018

N. UdO DA CONTROLLARE	Numero utenti rendicontati nel 2017	N. FaSAS da controllare nel 2018
2	414	48

CENTRI DIURNI INTEGRATI (CDI)

Campione da controllare

Il campione sarà calcolato su almeno l'11,5% degli utenti rendicontati nell'anno 2017. I FaSAS saranno selezionati per il 30% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 70% con criterio casuale

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica

- età utenti ≤ 65 anni e ≥ 95 anni;
- l'incidenza/rischio di caduta;
- compromissione cognitiva e/o motoria;
- applicazione dei mezzi di protezione e tutela, con particolare attenzione alle persone con deterioramento cognitivo;
- trasferimento da altre Udo.

Previsione anno 2018

N. UdO DA CONTROLLARE	Numero utenti rendicontati nel 2017	N. FaSAS da controllare nel 2018
19	543	73

UDO CURE INTERMEDIE

Per le UdO Cure Intermedie il campione sarà calcolato su almeno l'11,5% degli utenti rendicontati nell'anno 2017 e per quanto riguarda la Riabilitazione Ambulatoriale il campione sarà calcolato sul 3,5% degli utenti rendicontati nell'anno 2017. I FaSAS saranno selezionati per il 50% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 50% con criterio casuale.

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica

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

- utenti provenienti da altro percorso riabilitativo nella stessa Udo;

- ospiti minorenni;
- DRG con valorizzazione più elevata;
- ricovero/prestazione ripetuto nell'anno;
- percentuale di ospiti con durata del trattamento pari al valore di soglia;
- utenti trasferiti da altre UDO.

Previsione anno 2018

N. UdO DA CONTROLLARE	Numero utenti rendicontati nel 2017	N. FaSAS da controllare nel 2018
2	901	104

RIABILITAZIONE AMBULATORIALE/DOMICILIARE

Per quanto riguarda la Riabilitazione Ambulatoriale/domiciliare il campione sarà calcolato su almeno il 3,5% degli utenti rendicontati nell'anno 2017.

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

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

Previsione anno 2018

N. UdO DA CONTROLLARE	Numero utenti rendicontati nel 2017	N. FaSAS da controllare nel 2018
2	896	32

SERVIZI MULTIDISCIPLINARI INTEGRATI (SMI) – SerT – NOA

Il campione sarà calcolato su almeno il 3,5% degli utenti rendicontati nell'anno 2017. I FaSAS saranno selezionati per il 30% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 70% con criterio casuale.

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica

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

Previsione anno 2018

Tipologia Udo	N. UdO DA CONTROLLARE	Numero utenti rendicontati nel 2017	N. FaSAS da controllare nel 2018
SMI/SERT/NOA	6	3074	109

SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI DELLE DIPENDENZE

Campione da controllare

Il campione sarà calcolato su almeno l'11,5% degli utenti rendicontati nell'anno 2017. I FaSAS saranno selezionati per il 30% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 70% con criterio casuale.

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica

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

Previsione anno 2018

N. UdO DA CONTROLLARE	N. Totale FaSAS Servizi Campionati	N. FaSAS da controllare nel 2018
8	285	36

SERVIZIO ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)

Campione da controllare

Il campione sarà calcolato su almeno il 3,5% degli utenti rendicontati nell'anno 2017; saranno esclusi gli utenti per i quali sono state rendicontate solamente monoprestazioni (prelievi a domicilio, sostituzione cateteri vescicali e somministrazione terapia insulinica); il controllo di appropriatezza sarà effettuato in parte ex-post, attraverso l'analisi alla fine del periodo di validità del singolo titolo assegnato, e in parte in itinere nel periodo in cui l'utente riceve la prestazione. Durante il controllo dei FaSAS si verificheranno sia gli indicatori generali che specifici previsti dalla DGR 1765/2014 per adi ordinaria.

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica

Gli utenti verranno selezionati nel 70% con criterio casuale e nel 30% con criterio mirato, selezionati tra questi:

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

Previsione anno 2018

La tabella seguente riporta la previsione per l'intero anno 2018 e fissa il numero minimo indicativo di controlli da effettuare presso gli Enti Gestori ADI o in sede ATS se l'Ente risulta accreditato presso altra ATS lombarda.

N. UdO DA CONTROLLARE	N. Totale utenti 2017	N. FaSAS da controllare nel 2018
12	757	39

UCP-DOM

Il campione sarà calcolato su almeno il 3,5% degli utenti rendicontati nell'ADI cure palliative nell'anno 2017; i FaSAS saranno selezionati per il 70% con criterio casuale e nel 30% sulla base di criteri mirati, scelti tra i seguenti:

- utenti con una presa in carico superiore ai 90 giorni;
- oncologici;
- non oncologici;
- non provenienti da struttura ospedaliera o da udo sociosanitaria.

Previsione anno 2018

N. UdO DA CONTROLLARE	N. Totale utenti 2017	N. FaSAS da controllare nel 2018
7	21	7*

* per arrotondamento calcolando almeno un FASAS per struttura

CONSULTORI FAMILIARI

Il campione da controllare

Il campione sarà calcolato su almeno il 3,5% degli utenti rendicontati nell'anno 2017. I FaSAS delle sedi distaccate verranno verificati presso le sedi principali in quanto il campione è unico. Il controllo riguarderà le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria. I FaSAS saranno selezionati per il 50% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e per il 50% con criterio casuale.

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica di appropriatezza

- utenti con situazioni complesse (visite a colloquio – cod 001; relazioni complesse 003);
- utenti con prestazioni rendicontate con codici 801 – 802 (Incontri con altri Enti);
- utenti con IVG (anche minorenni).

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

Previsione anno 2018

La tabella seguente riporta la previsione per l'intero anno 2018 e fissa il numero minimo indicativo di controlli da effettuare sia per i consultori privati accreditati che per i pubblici.

N. UdO DA CONTROLLARE	N. Totale utenti 2017	N. FaSAS da controllare nel 2018
10	13.079	462

UdO-AREA DISABILITA'

Campione da controllare

Il campione dei FaSAS nei CDD, CSS e RSD sarà calcolato su almeno l'11,5% degli utenti rendicontati nell'anno 2017.

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica

La scelta del campione (FaSAS da controllare) sarà effettuata sia con criterio casuale (50%) che sulla base di criteri mirati (50%), scelti tra i seguenti:

- utenti con età < a 18 anni o > 65 anni;
- utenti complessi (classi SIDI 1 e 2);
- utenti classificati nelle classi SIDI estreme 1 e 5;
- utenti con doppia diagnosi;
- utenti con particolare criticità assistenziali e/o bisogni riabilitativi/fisioterapici e/o comportamenti auto/etero aggressivi;
- applicazione dei mezzi di protezione e tutela, con particolare attenzione alle persone con deterioramento cognitivo;
- utenti con passaggio di classe a seguito di rivalutazione da parte dell'ente gestore;

Previsione anno 2018

Tipologia UdO	Numero UdO da Controllare nell'anno 2018	Numero utenti rendicontati nel 2017	N. FaSAS da controllare nel 2018
RSD	3	125	23
CDD	10	256	50
CSS	7	70	14

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. Autorizzazione, Accreditamento e Controllo Erogatori Socio-Sanitari (3 assistenti sanitarie) e da operatori con professionalità diverse (TdP e medico igienista) afferenti al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria.

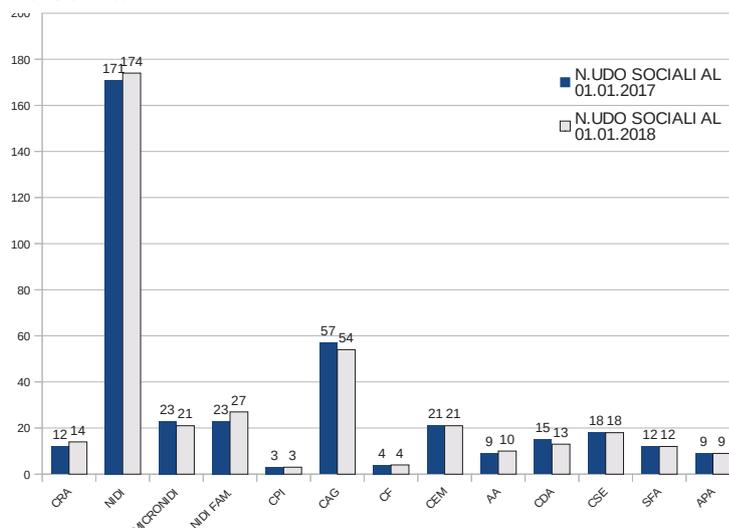


Grafico 1 – Rete delle Unità d'Offerta Sociali: confronto anni 2017-2018

Dal *Grafico 1* si evidenzia che durante l'anno 2017 sono avvenuti alcuni cambiamenti nella rete delle UdO Sociali ed in particolare sono aumentati il numero di asili nido da n. 171 a n. 174, di nidi famiglia da n. 23 a n. 27 e di Comunità Residenziali per Anziani passate da 12 a 14, mentre sono diminuiti il numero di Micronidi passati da 23 a 21, dei Centri di aggregazione Giovanile passati da 57 a 54 e dei Centri diurni per Anziani passati da 15 a 13.

Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2017

La vigilanza, come previsto dal piano controlli (Decreto ATS n. 57 del 31/01/2017), ha riguardato tutte le tipologie di UdO sociali elencate nella DGR 7437/2008 e successive integrazioni, ovvero:

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

Come previsto dalla DGR 5954/2016 sono state escluse dal controllo le UdO a carattere temporaneo (Centri Ricreativi Diurni), ad eccezione delle nuove attivazioni tramite CPE.

Durante l'anno sono state vigilate anche le Comunità Residenziali per Anziani realizzate a seguito di un progetto del 2010 predisposto dall'ex ASL condiviso con Regione Lombardia. La prima Comunità ha iniziato l'attività nel 2011 sino ad arrivare alle n. 14 attualmente in funzione. Nel 2016 sono stati aggiornati i criteri con Decreto ATS n. 260 del 23/06/2016.

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 1*.

Le équipes di vigilanza nell'anno 2017 hanno effettuato il controllo delle Unità d'offerta nelle quali erano state attivate prese in carico per la Misura 6, come normate dalle DGR 2942/2014 e DGR 5342/2016. Tali misure sono state attivate presso le comunità educative, le comunità familiari e gli alloggi protetti per l'autonomia; i controlli hanno riguardato n. 14 Unità d'Offerta (in n. 8 UdO è stata effettuata anche la vigilanza ordinaria) dove sono stati visionati n. 24 fascicoli personali degli utenti (di cui n. 16 di minori residenti in questa ATS e n. 8 di minori residenti in altre ATS), 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).

Sono inoltre stati valutati, da parte dell'ATS Valpadana, dell'ATS di Bergamo e dell'ATS della Montagna, rispettivamente n. 2, n. 4 e n. 3 fascicoli di minori in misura 6, residenti in questa ATS ma inseriti in strutture, la cui vigilanza è di competenza territoriale delle suddette ATS.

Nell'anno 2017 sono state controllate le Unità d'offerta nelle quali erano state attivate prese in carico per la Misura 2, come normate dalla DGR n. X/2942 del 19/12/2014. Tali misure sono state attivate presso degli Alloggi Protetti per Anziani di un'unica Unità d'Offerta dove sono stati visionati n. 6 fascicoli personali degli utenti.

Di seguito sono elencate in tabella 1 le vigilanze ordinarie effettuate nel 2017.

Tabella 1 - Vigilanza UdO sociali: confronto UdO controllate entro il 31/12/2017 e UdO totali da controllare nell'anno 2017

TIPOLOGIA UNITA' D'OFFERTA SOCIALE	N. UDO SOCIALI DA VIGILARE NEL 2017	N. UDO SOCIALI VIGILATE NEL 2016	
		N.	%
NIDI	86	86	100
MICRO NIDI	11	14	127
NIDI FAMIGLIA	12	12	100
CENTRI PRIMA INFANZIA	1	1	100
CENTRI AGGREGAZIONE GIOVANILE	28	25*	89
COMUNITA' FAMILIARE	2	2	100
COMUNITA' EDUCATIVE MINORI	11	12	109
ALLOGGI PER L'AUTONOMIA	5	5	100
CENTRI DIURNI ANZIANI	7	7	100
CENTRI SOCIO EDUCATIVI DISABILI	9	9	100
SERVIZI DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA PER PERSONE DISABILI	6	6	100
ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI	5	6	120
COMUNITA' RESIDENZIALI PER ANZIANI	6	6	100
Totale UdO	189	191	101

*durante l'attività di vigilanza sui CAG, n.3 strutture risultavano chiuse: Ghedi , Pontoglio e Gardone VT

Come si evince dalla *Tabella 1* l'obiettivo previsto dal piano controlli 2017 è stato raggiunto per tutte le tipologie, ad eccezione dei Centri di Aggregazione Giovanile a causa della chiusura di numerose strutture per mancanza di richiesta del servizio, probabilmente sostituito dalle scuole a tempo pieno.

Dall'attività di vigilanza effettuata nel 2017 presso le Strutture presenti sul territorio dell'ATS di Brescia si evidenzia che, in merito ai requisiti strutturali e tecnologici, vi è stata difficoltà a visionare, in sede di sopralluogo, le certificazioni tecnico-strutturali, spesso non per mancanza delle stesse, ma per l'assenza di un metodo efficace nella conservazione documentale da parte degli Enti. In tali casi si è proceduto a richiedere integrazione delle certificazioni e a svolgere ulteriori approfondimenti documentali.

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

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

Come previsto dalla DGR n. 5954/2016 sono state vigilate con sopralluogo il 100% delle CPE pervenute presso n. 35 UdO ed in particolare n. 12 asili nido, n. 1 micronido, n. 7 nidi famiglia, n. 1 centro prima infanzia, n. 18 Centri Ricreativi per minori, n. 1 Alloggio per l'autonomia, n. 2 CSE, n. 1 Alloggi Protetti per Anziani e n. 2 Comunità residenziali per anziani.

Per quanto riguarda lo svolgimento delle vigilanze è proseguita l'implementazione dell'archivio anagrafico delle UdO Sociali con strumento informatico VIVIDI, già in uso per le UdO sociosanitarie; con tale strumento sono stati gestiti in maniera informatizzata i verbali redatti durante le vigilanze anche nelle Strutture dell'ambito sociale.

In occasione delle ispezioni in loco è stato redatto il verbale di vigilanza che presenta tutti gli elementi previsti dalla DGR 2569/2014 e normative specifiche.

Il verbale è stato prodotto in due copie, una delle quali consegnata al legale rappresentante dell'Ente o suo delegato.

Pianificazione anno 2018 delle vigilanze presso le Unità d'Offerta Sociali

La vigilanza sulle Unità d'offerta sociali per l'anno 2018, ai sensi della L.R. 3/2008, riguarderà tutte le tipologie di UdO sociali elencate nella DGR 7437/2008 e successive integrazioni, ovvero:

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

Il personale assegnato sarà il seguente:

- n. 3 Assistenti Sanitarie (di cui n. 1 a 36 ore settimanali, n. 1 a 30 ore settimanali, n. 1 a 18 ore settimanali);
- n. 3 Tecnici della Prevenzione, a supporto tecnico, ma non assegnati alla U.O.;
- n. 1 Medico Igienista, a supporto tecnico, ma non assegnato alla U.O..

Tabella 2 - Vigilanza UdO sociali: UdO presenti all'01/01/2018 e obiettivo di vigilanza per l'anno 2018

TIPOLOGIA UNITA' D'OFFERTA SOCIALE	N. UDO SOCIALI AL 01/01/2018	N. UDO SOCIALI DA VIGILARE 2018 (UdO non vigilate nell'anno 2017)
NIDI	174	87
MICRO NIDI	21	9
NIDI FAMIGLIA	27	18
CENTRI PRIMA INFANZIA	3	2
CENTRI AGGREGAZIONE GIOVANILE	54	31
COMUNITA' FAMILIARE	4	2
COMUNITA' EDUCATIVE MINORI	21	10
ALLOGGI PER L'AUTONOMIA	10	5
CENTRI DIURNI ANZIANI	13	6
CENTRI SOCIO EDUCATIVI DISABILI	18	10
SERVIZI DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA PER PERSONE DISABILI	12	6
ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI	9	6
Totale UdO	366	192

Verrà garantita la verifica del 100% delle CPE pervenute anche per le UdO a carattere temporaneo, come previsto dalla DGR 5954/2016 e per le UdO previste dalla DGR 7776/2018.

Al fine di perseguire l'obiettivo prefissato, la programmazione 2018 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 2017 (*Tabella 2*).

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

Le équipes di vigilanza nell'anno 2018 dovranno effettuare il controllo di tutte le Unità d'offerta nelle quali sono attive prese in carico per la Misura 6, come normate dalle DGR 856/2013 e DGR 2942/14.

Come previsto dalla DGR 7600/2017 saranno vigilate anche le unità d'offerta innovative a carattere sperimentale approvate dalla Regione, ovvero le "Comunità Residenziali per Anziani"; in particolare verranno effettuati sia sopralluoghi di vigilanza ordinaria in n. 8 UdO presenti sul territorio dell'ATS, che sopralluoghi preventivi (per strutture in fase di progettazione).

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

L'ATS garantirà, nel corso del 2018 la rendicontazione dell'attività di vigilanza e controllo, effettuata presso le UdO sociali, alla Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale, mediante una relazione semestrale come prevista dalla DGR 7600/2017.

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 2017

Le principali attività svolte nel corso dell'anno 2017 da parte della Commissione di Vigilanza, nominata con Decreto ATS n. 10 del 13.01.2017, sono state le seguenti:

- predisposizione dell'Autocertificazione anno 2017 (Bilancio 2016) e richiesta agli Enti di provvedervi entro il 30 giugno 2017, 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 2017, approvato con Decreto ATS n. 368 del 07.07.2017, che prevedeva n. 10 visite ispettive presso gli Enti individuati in base a criteri stabiliti dalla Commissione di Vigilanza nell'Allegato A al Decreto. Per ogni visita è stato redatto verbale sottoscritto dal rappresentante dell'Ente vigilato e dalla Commissione.

Pertanto al 31.12.2017 sono state effettuate le ispezioni nei seguenti Enti:

N.	cod. reg.	Descrizione	ISPEZIONE
1	2050	Fondazione Opera Pia Bettolini	Verbale n. 1 del 01.03.2017
2	1106	Fondazione Istituto Morcelliano	Verbale n. 2 del 02.03.2017
3	1149	Fondazione San Sebastiano	Verbale n. 3 del 27.04.2017
4	1109	Associazione Centro Bresciano Di Solidarietà	Verbale n. 4 del 11.05.2017
5	1244	Fondazione Soggiorno Sereno Emilia ed Egidio Pasini Onlus	Verbale n. 5 del 16.05.2017

6	1207	RSA Don F. Cremona Onlus	Verbale n. 6 del 15.06.2017
7	1503	Fondazione Don Luigi Marconi	Verbale n. 7 del 20.09.2017
8	2035	Fondazione Bandera-Vezzoli Onlus	Verbale n. 8 del 31.10.2017
9	1675	Associazione Federico Balestrieri - Anziani In Linea	Verbale n. 9 del 15.11.2017
10	2656	Fondazione Girolodi Forcella Ugoni Onlus	Verbale n. 10 del 05.07.2017

- attività di vigilanza su richiesta di Regione Lombardia per la Fondazione Uccelli Bonetti Onlus in merito all'operazione di fusione con la Fondazione Guerini Frigerio Onlus.

Si è provveduto altresì alla nomina e successive proroghe del Commissario Straordinario nelle seguenti Fondazioni:

- Fondazione "A. Fiorini Onlus" in Mazzano, con Decreto ATS n.60 del 03.02.2017; il Commissariamento si è concluso in novembre 2017 con la ricostituzione del Consiglio di Amministrazione;
- Fondazione "Villa Paradiso" in Brescia, con Decreto ATS n.96 del 24.02.2017; il Commissariamento è tutt'ora in corso;
- Fondazione "Opera Pia Bettolini" in Chiari, con Decreto ATS n.298 del 23.05.2017; il Commissariamento è tutt'ora in corso.

PIANIFICAZIONE 2018

L'attività dell'anno 2018, analogamente a quanto svolto negli ultimi anni, consisterà in quanto segue:

- vigilanza di n. 10 Enti individuati in base a criteri definiti dalla Commissione di Vigilanza nella seduta del 18.12.2017 e del 07.03.2018, con esclusione di quelli già ispezionati negli ultimi 3 anni (2015, 2016, 2017).

I criteri di selezione sono i seguenti:

- ✓ n. 4 Enti attivi prima dell'anno 2016 che non hanno mai trasmesso la dichiarazione annuale sul portale ATS (ex ASL) e mai ispezionati dalla Commissione;
- ✓ n. 6 Enti che hanno chiuso il Bilancio 2016 con elevate perdite, come da Dichiarazione 2017 in PGP.

Con tali criteri, escludendo gli Enti in fase di liquidazione, sono stati selezionati:

cod. reg.	Descrizione
	<i>Enti che non hanno mai trasmesso la Dichiarazione annuale sul portale ATS e mai ispezionate (ex ASL)</i>
2790	Fondazione Cassa Rurale ed Artigiana di Capriolo Onlus (cod. int. 164)
2507	Fondazione Ca' Serena (cod.int. 152)
2660	Comitato Locale Brescia - Croce Rossa (cod.int.170)
2659	Comitato Provinciale Brescia - Croce Rossa (cod.int.171)
	<i>Enti che hanno chiuso il Bilancio 2016 con elevate perdite</i>
1301	Fondazione Guido e Angela Folonari (cod. int. 123)
1106	Fondazione Istituto Morcelliano (cod. 140)
2073	Fondazione di partecipazione Casa Serena cod. int. 112)
1886	Fondazione Casa di Industria O.N.L.U.S. (cod. int. 37)
1780	Fondazione Gambara Tavelli Onlus (cod. int. 55)
1163	Essere Bambino Associazione Bresciana per la salute del bambino (cod. int. 136)

Per ogni visita ispettiva verrà redatto apposito verbale.

L'attività ispettiva si svolgerà di norma presso la sede dell'Ente, mediante preavviso scritto di qualche giorno, e si concentrerà 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;
- analisi delle pratiche segnalate da Regione Lombardia o da altri soggetti pubblici/privati che necessitano di verifiche amministrative;
 - in merito ai Commissariamenti:
 - ✓ monitoraggio dell'andamento dell'attività rispetto al mandato conferito mediante richiesta al Commissario di rendicontazione trimestrale;
 - ✓ comunicazione dei nuovi Commissariamenti o loro cessazione a Regione Lombardia (Direzione Generale Presidenza, Area Affari Istituzionali, Struttura Rapporti Istituzionali ed Elettorale).
 - predisposizione dell'Autocertificazione anno 2018 (Bilancio 2017) su apposito portale web (<http://pgp.ats-brescia.it>), con verifica della 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. 76 del 03.02.2017 ad oggetto "Fondi regionali anno 2016 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 Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale n. 12477 del 29.11.2016 pari ad € 206.912,00 e ha provveduto a trasferire le quote assegnate agli Ambiti Distrettuali, pari ad € 83.888,00 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. 76 del 03.02.2017	
Ambiti Territoriali	€ 83.888,00	€ 83.888,00	Trasferimento risorse agli Ambiti Territoriali
ATS Brescia	€ 123.024,00	€ 100.024,00	Personale a supporto delle funzioni e formazione del personale adibito alla vigilanza e al controllo di appropriatezza
		€ 23.000,00	Acquisizione di attrezzature informatiche e adeguamento software

Le risorse assegnate all'ATS di Brescia sono state utilizzate sia per la dotazione di strumenti informatici che per la dotazione di personale atto a garantire quanto dovuto dai servizi di vigilanza e controllo. Sono stati in particolare destinati dei fondi per l'assunzione di personale interinale e per il conferimento di incarico libero professionale, adibito alle funzioni di segreteria e di vigilanza. Nel corso del 2017 la spesa sostenuta è stata complessivamente pari ad € 119.125,33 di cui:

- € 96.125,33 destinati all'acquisizione di personale a supporto delle funzioni di vigilanza e controllo (Decreti ATS n. 16 del 13.01.2017, n. 70 del 03.02.2017, n. 197 del

31.01.2017);

- € 23.000,00 destinati all'acquisizione di attrezzature informatiche e adeguamento software.

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

Ogni ulteriore dettaglio relativo alla rendicontazione economica dell'utilizzo delle risorse attribuite all'Agenzia sarà contenuto nel documento di bilancio dell'esercizio 2017.