

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. 128

del 27/02/2026

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Piano dei Controlli delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali per l'anno 2026.

**II DIRETTORE GENERALE - Dott. Claudio Vito Sileo
nominato con D.G.R. XII/1645 del 21.12.2023**

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

Dott.ssa Laura Emilia Lanfredini

Dott. Franco Milani

Dott.ssa Sara Cagliani



IL DIRETTORE GENERALE

Richiamate:

- la D.G.R. n. XII/5366 del 24.11.2025 ad oggetto "Approvazione del Piano dei controlli e dei Protocolli 2024-2026" che fornisce le indicazioni e le raccomandazioni per la predisposizione del Piano Controlli;
- la D.G.R. n. XII/5589 del 30.12.2025 ad oggetto "*Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi della Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) anno 2026*";

Vista la nota di ACSS prot. n. 524 del 05.02.2026 (atti ATS prot. n. 0012005/26) "Piano dei Controlli anno 2026 – indicazioni operative per la predisposizione del documento" con la quale vengono definiti gli elementi informativi da esplicitare per ciascun ambito di intervento sanitario, sociosanitario e sociale;

Atteso che il Piano Controlli delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali è il principale strumento di programmazione che le ATS dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo a tutela della qualità e appropriatezza delle prestazioni/servizi erogati in ambito sanitario, sociosanitario e sociale;

Rilevata pertanto, la necessità di elaborare un unico Piano Controlli delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali per l'anno 2026, che comprende le diverse aree oggetto dell'attività ispettiva:

- area sanitaria;
- area sociosanitaria;
- area sociale;
- controllo requisiti soggettivi e di contrattualizzazione;
- area farmaceutica;
- area protesica;

secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare e dell'Agenzia di Controllo del Servizio Socio Sanitario (ACSS);

Ritenuto di approvare il suddetto Piano Controlli delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali per l'anno 2026, di cui all'allegato "A" (composto da n. 49 pagine) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Rilevato che la D.G.R. n. XII/5366 del 24.11.2025 sopra richiamata prevede che il Piano dei Controlli 2026 debba essere trasmesso ad ACSS entro il 28 febbraio 2026;

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, Dott. Luca Maria Bassoli che, anche in qualità di responsabile del procedimento, attesta, altresì, la regolarità tecnica del presente provvedimento;

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

D E C R E T A

- a) di approvare il Piano Controlli delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali per l'anno 2026, di cui all'allegato "A" (composto da n. 49 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 demandare al Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie la trasmissione del presente provvedimento alla Direzione Generale Welfare e all'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo, entro la scadenza del 28 febbraio 2026;
 - d) di disporre la pubblicazione dei contenuti del presente provvedimento nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web dell'Agenzia, in conformità al D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. nei tempi e con le modalità della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO vigente;
 - e) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art. 3-ter del D. Lgs. 502/1992 e dell'art. 12, comma 14, della L.R. 33/2009;
 - f) di disporre, a cura della SC Affari Generali e Legali, la pubblicazione all'Albo online - sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. 33/2009, e dell'art. 32 della L. 69/2009, ed in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e comunitari in materia di protezione dei dati personali.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dott. Claudio Vito Sileo



PIANO DEI CONTROLLI ANNO 2026

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ATS Brescia

PIANO DEI CONTROLLI – ANNO 2026

PREMESSA	2
AREA SANITARIA.....	2
Accreditamento e vigilanza sulle strutture sanitarie accreditate	2
Controllo sull'attività di ricovero delle strutture sanitarie	5
Programmazione attività di controllo prestazioni ambulatoriali.....	10
AREA SOCIO SANITARIA	14
Accreditamento e vigilanza sulle strutture sociosanitarie	14
Controlli di appropriatezza sulle unità d'offerta sociosanitarie	17
AREA SOCIALE.....	23
Programmazione dell'attività di vigilanza	24
CONTROLLO REQUISITI SOGGETTIVI E DI CONTRATTUALIZZAZIONE	26
AREA FARMACEUTICA	29
VIGILANZA SU FARMACIE PUBBLICHE E PRIVATE APERTE AL PUBBLICO	30
VIGILANZA SU DEPOSITI E GROSSISTI.....	31
VIGILANZA PARAFARMACIE.....	31
SITI DI VENDITA ONLINE.....	32
VIGILANZA SU STRUTTURE SOCIO SANITARIE (RSA/RSD)	32
CONTROLLI TECNICI SULLE RICETTE SSN TRAMITE COMMISSIONE FARMACEUTICA AZIENDALE	33
CONGUAGLIO CONTABILE - SISTEMA WORKFLOW	35
DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)	36
CONTROLLO RICETTE APERTE GESTIONALE WEBDPC	37
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E MONITORAGGIO SPESA FARMACEUTICA	38
PIANI TERAPEUTICI	39
AREA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	41
CONTROLLI FILE F.	41
AREA PROTESICA ASSISTENZA INTEGRATIVA.....	44
MONITORAGGIO E CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA PROTESICA.....	44
MONITORAGGIO E CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA EROGATIVA	46
COORDINAMENTO – EXTERNAL AUDITING.....	47

PREMESSA

Il presente Piano dei controlli delinea, per l'anno 2026, la programmazione dell'attività di controllo sulla rete degli erogatori sanitari, sociosanitari e sociali afferenti alla ATS di Brescia, nonché dei controlli in ambito farmaceutico e protesico, in attuazione dei seguenti provvedimenti:

- D.G.R. n. XII/5366 del 24.11.2025 "Approvazione del Piano dei controlli e dei protocolli 2024-2026";
- D.G.R. n. XII/5589 del 30.12.2025 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.) delle Aziende Sociosanitarie territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) anno 2026";
- Decreto DGW n. 19237 del 31.12.2025 "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Brescia – anno 2026";

Nella stesura sono state, inoltre, seguite le indicazioni della nota ACSS del 05.02.2026, avente oggetto "Piano dei Controlli anno 2026 – indicazioni operative per la predisposizione del documento"

AREA SANITARIA

Analisi del contesto

La rete delle strutture sanitarie autorizzate e accreditate sul territorio ATS (pubbliche/private) al 01.01.2026 è riportato nella seguente tabella.

Tabella 1. Strutture sanitarie autorizzate e accreditate al 01.01.2026

Strutture/attività	pubbliche	private	totale
Strutture di ricovero e cura	15	8	23
Strutture di ricovero e cura solo riabilitative	0	6	6
Strutture di ricovero e cura a ciclo diurno extraospedaliero	0	7	7
Strutture per degenze subacute extraospedaliero	0	1	1
Strutture ambulatoriali extraospedaliero	5	12	17
Strutture ambulatoriali extraospedaliero medicina dello sport	0	7	7
Laboratori clinici extraospedalieri	1	5	6
Comunità e centri diurni psichiatrici privati	0	12	12
Comunità e centri diurni NPJA privati	0	6	6
Servizi Immunotrasfusionali	3	0	3
Centri di Lavorazione e Validazione Sangue	1	0	1
Unità di Raccolta Sangue	7	15	22
Centri di Procreazione Medicalmente Assistita	2	3	5
Totale	34	82	116

Accreditamento e vigilanza sulle strutture sanitarie accreditate

Programmazione dell'attività

Attività di accreditamento

In ottemperanza agli indirizzi generali di programmazione per l'anno 2026, le attività garantite nell'ambito della funzione di accreditamento saranno le seguenti:

- gestione del 100% delle SCIA/istanze di autorizzazione/istanze di accreditamento;
- gestione del 100% delle volture/variazioni relative ad enti e strutture;
- gestione del 100% delle verifiche sulle strutture interessate da riclassificazione e adeguamento a nuovi requisiti, ai sensi della D.D.G.W. n. 7043/2025

riguardante i Laboratori clinici della medicina di laboratorio decentrata (tuttora in corso);

- gestione del 100% delle verifiche sulle strutture interessate da riclassificazione o adeguamento a nuovi requisiti, ai sensi della D.G.R. n. XII/787 del 31.07.2023 e ss.mm.ii., relativa al riconoscimento di posti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (tuttora in corso);
- gestione del 100% delle verifiche sulle strutture interessate da riclassificazione o adeguamento a nuovi requisiti, ai sensi della D.G.R. n. XI/267 del 28.06.2018 e della D.G.R. n. XI/2395 del 11.11.2019 e ss.mm.ii., relativa alla Rete regionale per l'Assistenza Materno-Neonatale
- gestione del 100% delle verifiche sulle strutture interessate dalla riclassificazione delle attività di riabilitazione;
- gestione del 100% delle verifiche relative all'idoneità alla conduzione di sperimentazioni cliniche.

Verranno contestualmente aggiornati e verificati, attivando se necessario le eventuali azioni correttive:

- il registro regionale delle strutture accreditate, comprese variazioni e sospensioni delle attività;
- le anagrafiche delle strutture pubblicate da ATS in ottemperanza alla normativa sulla trasparenza;
- i report di valutazione esterna della qualità dei laboratori;
- le rendicontazioni delle dotazioni di organico delle strutture sanitarie.

Attività di vigilanza

Come previsto dalla normativa vigente, viene garantita un'attività di vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti delle strutture sanitarie con una periodicità dei controlli almeno quinquennale.

Per quanto concerne le strutture appartenenti al sistema sangue e Centri di Procreazione Medicalmente Assistita e le Unità Operative/Attività del Sistema Sangue la periodicità delle verifiche è biennale, effettuate da operatori specificatamente formati.

Nel dettaglio, l'attività di vigilanza per il 2026 prevede le seguenti attività:

- vigilanza con sopralluogo sulle strutture/unità operative/attività campionate;
- monitoraggio dei requisiti strutturali in proroga nel 100% delle strutture sanitarie interessate;
- la verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti previsti per le strutture sanitarie facenti parte di reti cliniche;
- verifica sul 100% delle segnalazioni pervenute

Verrà inoltre verificato l'adempimento al debito informativo dei FIM, attivando se necessario le eventuali azioni correttive.

Modalità di esecuzione dei controlli di vigilanza

I controlli di vigilanza saranno svolti di regola con sopralluogo, compatibilmente con le risorse disponibili. Potranno essere effettuati, se necessario, controlli da remoto.

Nel caso di istanze o segnalazioni, saranno privilegiate le verifiche documentali nei casi in cui non sia necessaria una ispezione in loco.

L'équipe dedicata all'attività di accreditamento e vigilanza sanitaria, afferente alla SC Accreditamento Vigilanza e alle relative strutture semplici (SS Accreditamento Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e della rete territoriale e SS Vigilanza Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e della Rete Territoriale), è composta da (teste equivalenti):

- n. 3 dirigenti medici (tra cui un Responsabile di SS);

- n. 3 infermieri;
- n. 3,5 tecnici della prevenzione (TPALL)

La composizione dell'equipe di sopralluogo varia in funzione delle tipologie di verifiche da realizzare e comprendono di norma la figura del medico, dell'infermiere e il tecnico della prevenzione.

Qualora sia necessario, il sopralluogo viene effettuato separatamente per gli aspetti gestionali e per quelli strutturali al fine di garantire un adeguato approfondimento della verifica, il contenimento delle tempistiche del sopralluogo e il pieno rispetto del volume di attività previsto.

I controlli verranno effettuati utilizzando, come strumenti operativi, le check list dei requisiti estratte da SIGAUSS.

I requisiti routinariamente controllati sia per le verifiche di vigilanza, sia per quelle di accreditamento riguarderanno:

- i requisiti specifici;
- i requisiti organizzativi generali, qualora necessario per garantire la periodicità di verifica quinquennale, oppure siano variati;
- i requisiti strutturali sia generali, sia specifici, qualora necessario per garantire la periodicità di verifica quinquennale, oppure siano variati, sia variata la normativa di riferimento o siano soggetti a periodici controlli da parte di Enti terzi.

Numerosità dei controlli programmati

Sulla base dei dati storici sono previste circa 100 verifiche a seguito di istanza, di cui circa il 50% per attivazione/trasferimento di punti prelievo. Il numero dei sopralluoghi previsto è pari circa n. 50.

L'attività di vigilanza prevede n. 40 verifiche routinarie distribuite su tutte le tipologie di strutture/unità operative/attività presenti, e un limitato numero di vigilanze a seguito di segnalazione, che sulla base dei dati storici è stimabile in n. 4 verifiche.

Per l'anno in corso sono inoltre previste verifiche attive anche tramite sopralluoghi per le seguenti reti cliniche:

- rete delle Breast Unit;
- rete delle Pancreas Unit;
- rete del piede diabetico;
- rete delle neoplasie ginecologiche.

Gli indicatori di attività individuati sono:

- Percentuale di istanze (istanze di autorizzazione/SCIA, accreditamento, modifica degli Enti erogatori, ecc.) relative a strutture sanitarie accreditate verificate rispetto alle istanze presentate: valore atteso 100%.
- Numero delle strutture/unità operative/attività sanitarie sottoposte a vigilanza programmata pari ad almeno n. 40, secondo le tipologie indicate in tabella n. 2.

Criteri di campionamento e selezione

Per la vigilanza, il campionamento delle strutture/unità operative/attività oggetto di vigilanza privilegia:

- strutture/unità operative/attività non vigilate da maggior tempo;
- strutture/unità operative/attività oggetto di diffida o altra segnalazione di criticità nel precedente anno.

Tabella 2. Strutture sanitarie oggetto di vigilanza programmata nell'anno 2026

Tipologia di struttura sanitaria	Totale strutture	Strutture in vigilanza
Strutture di ricovero e cura	23	15
Strutture di ricovero e cura solo riabilitative	6	2
Strutture di ricovero e cura a ciclo diurno extraospedaliero	7	2
Strutture per degenze subacute extraospedaliero	1	0
Strutture ambulatoriali extraospedaliero	17	4
Strutture ambulatoriali extraospedaliero di medicina dello sport	7	2
Laboratori clinici extraospedalieri*	6	1
Strutture psichiatriche	12	3
Strutture NPIA	6	1
Servizi Immunotrasfusionali	3	1
Centro di Lavorazione e Validazione Sangue	1	0
Unità di Raccolta Sangue	22	8
Centri di Procreazione Medicalmente Assistita	5	1
Totale	116	40

*Per i laboratori clinici con punti prelievi afferenti, la verifica comprende almeno un punto prelievo a campione.

Flussi informativi e base dati utilizzati

Per le verifiche verranno utilizzati i dati e gli strumenti dell'applicativo SIGAUSS, i dati delle rendicontazioni di Valutazione Esterna Qualità, Dotazioni di Organico e Nuovi Flussi Informativi Ministeriali.

Cronoprogramma delle attività

Le attività programmabili (vigilanza routinaria) saranno svolte progressivamente nel corso dell'anno, mentre le attività su istanza seguiranno le tempistiche previste dalla normativa.

Tabella 3 – Vigilanza strutture/attività sanitarie

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Vigilanza programmata strutture/attività sanitarie
MODALITÀ	Sopralluogo e verifica documentale
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 40
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	SIGAUSS, VEQ, banche dati Ordini professionali
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Periodicità secondo normativa, scadenze da programmazione regionale, aspetti/criticità delle attività
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Utilizzo check list SIGAUSS

Controllo sull'attività di ricovero delle strutture sanitarie

Programmazione attività

L'attività di controllo, che riguarda le prestazioni erogate in regime di ricovero presso le strutture pubbliche e private accreditate a contratto insistenti sul territorio dell'ATS di Brescia, è effettuata dalla SC Appropriatelyzza e Controllo delle Prestazioni tramite la SS Appropriatelyzza e Controllo delle Prestazioni Sanitarie di Ricovero.

Come indicato dalla D.G.R. n. XII/5589 del 30/12/2025, Paragrafo 10.8 - Controlli NOC, si procederà, all'interno del 12,5% dei controlli sui ricoveri, alla verifica del 10% delle SDO riferibili al singolo anno solare di produzione per ente erogatore, come registrato nel flusso HSP 11.

L'ATS comunicherà mensilmente a Regione e alla Agenzia di Controllo del Sistema SocioSanitario Lombardo (A.C.S.S.) le informazioni relative alle sanzioni amministrative, salvo diverse future indicazioni.

Sarà prontamente segnalato a Regione e A.C.S.S. ogni evento di particolare rilevanza in merito ai controlli.

Modalità di esecuzione dei controlli

L'attività di controllo è espletata in loco e da remoto, laddove possibile, su documentazione in formato digitale.

L'equipe della S.S. Appropriatelyzza e Controllo delle Prestazioni Sanitarie di Ricovero è composta da:

- n. 4 dirigenti medici (tra cui un responsabile);
- n. 2 APSF-Infermiere;
- n. 1 APSF-Collaboratore Amministrativo.

Numerosità dei controlli programmati

Il volume di verifica programmata sulle prestazioni di ricovero, come da D.G.R. n. XII/5589 del 30/12/2025, è determinato in almeno il 12,5% della produzione dell'anno precedente (calcolato su una produzione stimata di 162.710 cartelle cliniche - numerosità provvisoria in attesa del validato regionale definitivo), così suddiviso:

- quota fino al 3% riferita ad autocontrollo della qualità della documentazione clinica effettuata a cura degli erogatori e selezionata con modalità di campionamento casuale da ATS;
- quota fino al 3,5% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica/organizzativa sulle prestazioni di ricovero effettuata a cura degli Enti erogatori e selezionata da parte degli stessi con modalità da essi definite e dichiarate all'ATS nel Piano di controllo redatto dalle singole strutture e validato da ATS;
- quota fino al 6% riferita ai controlli di congruenza e appropriatezza generica/organizzativa selezionata con campionamento mirato da ATS.

Criteri di campionamento e selezione

Autocontrollo

Si esplicitano di seguito le disposizioni per le attività di autocontrollo da parte degli erogatori come da precedenti Regole di Sistema, fermo restando che si prenderà atto di possibili future disposizioni regionali in materia.

Autocontrollo qualità documentale Ricoveri (con una quota prevista fino a 3 punti percentuali della produzione) – dimessi dal 1° gennaio 2026.

ATS procede a:

- campionamento casuale (numerosità: 3% della produzione 2025) sui dimessi gennaio-marzo 2026;
- invio a Enti erogatori degli elenchi cartelle cliniche campionate.

Gli Enti erogatori procedono ad effettuare gli autocontrolli richiesti con:

- invio esiti autocontrollo ad ATS (senza correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2026.

ATS, a partire dal riscontro degli Enti:

- controlla una quota parte dell'intero campione di autocontrollo;
- in caso di concordanza, non procede a irrogare sanzione;

- in caso di discordanza, procede con l'estensione della verifica all'intero campione di autocontrollo e all'eventuale irrogazione della sanzione qualora risulti una decurtazione economica superiore al 5% del valore complessivo delle prestazioni;
- trasmette a Regione gli esiti del controllo ATS e dell'autocontrollo dell'Ente entro il 10/01/2027 (con possibilità di correggere eventuali errori entro il 10/02/2027).

Per le cartelle cliniche con dimissione a far data dal 1° gennaio 2026, l'assenza di uno qualsiasi degli elementi documentali previsti nell'Appendice 11, costituisce condizione di non rimborsabilità totale o parziale del ricovero, così come da D.G.R. n. XII/5589 del 30/12/2025, Appendice 11 *"Aggiornamento della DGR 621/2010 (qualità documentale)"*.

Si porrà attenzione, inoltre, alle disposizioni del D.D.G. Welfare n. 9775 del 09/07/2025 in merito al modulo di valutazione dei pazienti candidati all'intervento TAVI e della D.G.R. n° XII/4437 del 26/05/2025 per quanto concerne la scheda di screening nutrizionale, fermo restando che si prenderà atto di possibili future disposizioni regionali in materia.

Autocontrollo congruenza e appropriatezza generica ricoveri (con una quota prevista fino a 3,5 punti percentuali della produzione) - dimessi dal 1° gennaio 2026.

Gli Enti gestori provvedono a:

- definire ed inviare ad ATS il Piano di Controllo di Struttura entro il 15 febbraio 2026;
- campionare (numerosità: 3,5% della produzione 2025) la produzione di gennaio-aprile 2026;
- inviare mensilmente all'ATS gli elenchi delle cartelle cliniche campionate;
- inviare gli esiti autocontrollo solo in ATS (senza correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2026.

ATS, a partire da quanto pervenuto dagli Enti gestori:

- segnala eventuali criticità in merito al Piano di Controllo di Struttura;
- controlla una quota parte del 3,5% per verifica della concordanza;
- in caso di concordanza, non procede a irrogare sanzione per errore;
- in caso di discordanza, procede con l'estensione all'intera produzione disponibile e all'eventuale irrogazione della sanzione per errore qualora risulti una decurtazione economica $\geq 5\%$);
- trasmette a Regione gli esiti del controllo ATS e dell'autocontrollo dell'Ente entro il 10/01/2027 (con possibilità di correggere eventuali errori entro il 10/02/2027).

La verifica delle cartelle cliniche avverrà sulla base delle regole di codifica vigenti, anche secondo l'Allegato 11 della D.G.R. n. IX/2734 del 22.12.2011 *"Testo Unico delle Regole di Gestione del Sistema Socio Sanitario Regionale"* e successive integrazioni regionali. Verrà inoltre valutata l'aderenza alle indicazioni della Direzione Generale Welfare, già stabilite dallo strumento "Interpello" e/o dai verbali del "Gruppo di Lavoro Regionale per Accreditamento, Appropriatelyzza e Controllo".

Controlli di tipo mirato

In ottemperanza alla D.G.R. n. XII/5589 del 30/12/2025, si individua una quota pari al 6% dell'intera produzione per l'attività di controllo con campionamento di tipo mirato, finalizzato alla verifica della congruenza di codifica e dell'appropriatezza generica/organizzativa.

La verifica delle cartelle cliniche avverrà sulla base delle regole di codifica vigenti, anche secondo l'Allegato 11 della D.G.R. n. IX/2734 del 22.12.2011 *"Testo Unico delle Regole di Gestione del Sistema Socio Sanitario Regionale"* e successive integrazioni regionali. Verrà inoltre valutata l'aderenza alle indicazioni della Direzione Generale

Welfare, già stabilite dallo strumento "Interpello" e/o dai verbali del "Gruppo di Lavoro Regionale per Accreditamento, Appropriatezza e Controllo". Rimane invariata, per i dimessi fino al 31 dicembre 2025, l'applicazione della DGR 621/2010.

Nella fase di campionamento si terrà conto della dimensione storica dei controlli nonché dell'esito delle annualità precedenti, in particolar modo per i DRG più modificati in termini di congruenza di codifica e appropriatezza generica (es. Indicatore 8_SubCodice 041 "*Indicatori DRG ACSS*").

Si porrà particolare attenzione alla tipologia di campione 8 "Interesse locale" come da D.G.R. n. XII/5589 del 30/12/2025 – Appendice 12, che sarà articolata in sub campioni e relativi sub-codici, al fine di garantire uniformità e maggior dettaglio nella classificazione dei controlli di congruenza e appropriatezza generica delle prestazioni di ricovero selezionate con modalità di campionamento mirato.

Tabella 4 – Criteri 2026 sub-codici tipo campione 8

Tipo campo	Sub codice	Descrizione Sub Codice
8	001	Ricoveri ripetuti non tipo 1
8	002	DRG complicati non tipo 2
8	003	DRG Anomalo non tipo 3
8	004	DRG medici brevi non tipo 4
8	005	DH diagnostici, con 0/1 procedure non tipo 5
8	006	DRG chirurgici brevi
8	007	DRG ad alto rischio inappropriatezza
8	008	DRG chemioterapia
8	009	IMA
8	010	Madre nutrice
8	011	DRG ginecologia
8	012	Parti
8	013	Neonati patologici
8	014	DRG mammella
8	015	Neoplasie
8	016	Sepsi/Setticemie
8	017	DRG dermatologici non tipo D
8	018	Ustioni
8	019	Innesti cutanei
8	020	Subacuti
8	021	Ricoveri rinviati
8	022	Procedure BIC
8	023	Endoprotesi
8	024	Artrodesi
8	025	DRG altamente remunerativi
8	026	Stroke
8	027	Riabilitazione non tipo 6 o 7
8	028	Chirurgia bariatrica
8	029	Chirurgia post bariatrica
8	030	Trasferimenti intra-Ente
8	031	PMA
8	032	PTCA

8	033	Psichiatria
8	034	DRG 407 e 408
8	035	Insufficienza respiratoria in DP
8	036	Chirurgia estetica
8	037	Odontostomatologia
8	038	Chirurgia toracica
8	039	Chirurgia robotica
8	040	Appropriatezza del setting assistenziale del DH e del DS
8	041	Indicatori DRG ACSS
8	042	Pompa coassiale
8	100	Altre Aree di interesse locale

Sempre in ambito di controllo di tipo mirato, si porrà anche attenzione agli Indicatori Regionali, così come specificati dalla D.G.R. n. IX/2633 del 06/12/2011, calcolati e forniti dalla Direzione Generale Welfare:

- I1-percentuale di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni,
- I2-percentuale casi complicati,
- I3-incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa,
- I4-percentuale di ricoveri ripetuti per la stessa MDC e nello stesso ospedale,
- I5-percentuale di ricoveri ripetuti all'interno dello stesso ospedale,
- I6-numero di accessi per record di day-hospital,
- I7-percentuale di procedure effettuate in ambulatorio,
- I8-importo medio per reparto,
- I9-percentuale di casi ordinari con degenza 4/5 giorni.

Indicatori

La numerosità attesa di cartelle da campionare e verificare sarà pari o superiore al 12,5% del totale dei ricoveri, calcolata sulla produzione 2025, che per l'attività di controllo mirato e di autocontrollo corrisponde a n. 20.339 cartelle su una produzione stimata provvisoria di n. 162.710 ricoveri (dati provvisori in attesa del validato definitivo Regionale).

Flussi informativi e base dati utilizzati

I flussi informativi utilizzati comprendono il flusso SDO (incluso SDO-R), datawarehouse aziendale, applicativo NOC dedicato.

Cronoprogramma delle attività

L'attività si svolge dal 1° gennaio al 31 dicembre 2026 e prevede almeno una ispezione per ogni struttura.

Tabella 5 – Controllo mirato NOC 6%

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Controllo mirato congruenza
MODALITÀ	In loco e, ove possibile, da remoto
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 9.763 cartelle (numerosità provvisoria in attesa del validato regionale definitivo)
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Flusso SDO, datawarehouse aziendale, applicativo NOC dedicato
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Tipo campione 8 con relativi sub-codici, Indicatori Regionali ed eventuali criticità anni precedenti
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verbali di ispezione

Tabella 6 - Autocontrollo NOC 3%

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	Controllo qualità documentale
MODALITA'	In loco e, ove possibile, da remoto
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 4.881 cartelle stimate da verificare come quota massima che concorre al raggiungimento del 3% in autocontrollo da parte delle Strutture e relative n. 1.168 cartelle da verificare da parte di ATS per la verifica di concordanza (numerosità provvisoria in attesa del validato regionale definitivo)
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Flusso SDO, datawarehouse aziendale, applicativo NOC dedicato
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Autocontrollo della qualità della documentazione clinica effettuata a cura degli erogatori (su produzione gennaio-marzo 2026 fatte salve future diverse indicazioni regionali) e controllo su quota parte selezionata con modalità di campionamento casuale da ATS
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verbal di ispezione

Tabella 7 – Autocontrollo NOC 3,5%

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica/organizzativa
MODALITÀ	In loco e, ove possibile, da remoto
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 5.695 cartelle stimate da verificare come quota massima che concorre al raggiungimento del 3,5% in autocontrollo da parte delle Strutture e relative n. 1.239 cartelle da verificare da parte di ATS per la verifica di concordanza (numerosità provvisoria in attesa del validato regionale definitivo)
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Flusso SDO datawarehouse aziendale, applicativo NOC dedicato
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Campionamento effettuato a cura dei soggetti erogatori (su produzione gennaio-aprile 2026 fatte salve future diverse indicazioni regionali) con modalità da essi definite e dichiarate all'ATS nel Piano di Controllo e successivo controllo su quota parte selezionata con modalità di campionamento casuale da ATS
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verbal di ispezione

Programmazione attività di controllo prestazioni ambulatoriali

Programmazione attività

L'attività di controllo sulle prestazioni ambulatoriali erogate dalle Strutture pubbliche e private accreditate a contratto insistenti sul territorio dell'ATS di Brescia, è effettuata dalla SC Appropriatazza e Controllo delle Prestazioni tramite la S.S. Tempi di attesa e Appropriatazza delle Prestazioni Sanitarie Ambulatoriali.

Nelle more di specifiche indicazioni regionali in merito all'obiettivo dei controlli ambulatoriali per l'anno 2026, si procederà in continuità con quanto indicato dalla DGR n. XII/3720/2024.

Monitoraggio tempi di attesa

Viene verificato il pieno assolvimento del debito informativo degli Enti Erogatori relativo ai flussi: "MTA ex-ante", "ALPI volumi", "flusso sospensioni". Il monitoraggio delle fattispecie prevede l'analisi dei flussi caricati dalle Strutture sul portale SMAF con successivo riscontro in Regione e periodico confronto con i RUA degli Enti in merito ad eventuali criticità.

Come da nota regionale prot. n. G1.2025.0039478 del 09/10/2025 le ASST e gli IRCCS di diritto privato insistenti sul territorio di ATS Brescia hanno provveduto all'adeguamento delle sezioni dedicate ai tempi di attesa dei propri siti web, così come indicato nelle Linee di indirizzo Ministeriali – Requisiti e monitoraggio delle sezioni dedicate ai tempi di attesa sui siti Web di Regioni, Province autonome e aziende sanitarie", approvate in data 25 gennaio 2024 dalla Conferenza Stato-Regioni (Rep. atti n. 3/CSR del 25 gennaio 2024). ATS provvede pertanto a verificare regolarmente l'aggiornamento dei siti web degli Enti Erogatori. Per le Strutture private accreditate a contratto, in attesa dell'adeguamento alle Linee Guida Ministeriali, viene regolarmente verificato l'aggiornamento dei siti web ai sensi del DLgs. n. 33/2013.

Come indicato nella D.G.R. n. XII/5589 del 30.12.2025 nel corso del 2026 verrà valutata l'effettiva possibilità di accesso per ATS alla piattaforma LAR, per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri e gli eventuali monitoraggi conseguenti.

Appropriatezza prescrittiva

L'attività di verifica dell'appropriatezza prescrittiva viene effettuata dalla S.S. Tempi di attesa e Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie Ambulatoriali che garantisce la divulgazione degli aggiornamenti delle indicazioni regionali e nazionali.

In corso d'anno, gli Enti prescrittori sono regolarmente richiamati all'applicazione di tali indicazioni (in particolare attenendosi al Manuale Raggruppamenti di Attesa Omogenei) in occasione di incontri con ATS o tramite comunicazioni operative.

Dal 2026 verrà introdotta un'attività di controllo mirata a verificare l'appropriatezza delle prescrizioni effettuate dai medici specialisti degli Enti Erogatori di prestazioni di endoscopia digestiva (EGDs e colonscopie) e di ecodoppler TSA e arti, come da indicazioni contenute nella DGR 1568/2023 e relativi allegati.

Modalità di esecuzione dei controlli

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

La verifica viene effettuata in modalità informatica per i controlli statistico-formali, mentre per i controlli mirati si prevedono ispezioni in loco e, laddove possibile, valutazioni da remoto su documentazione in formato digitale.

L'equipe della S.S. Tempi di attesa e Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie Ambulatoriali è composta da:

- n. 3 dirigenti medici (di cui 1 responsabile)
- n. 2 amministrativi (di cui 1 a tempo parziale)

Numerosità dei controlli programmati

L'obiettivo di sottoporre a controllo almeno il 3,5% delle prestazioni ambulatoriali è pari ad un volume di 255.368 pratiche (dato provvisorio in attesa del validato regionale, calcolato secondo i criteri Regionali sulla produzione 2025). Una quota parte del 3,5% sarà riservata, come da future indicazioni di ACSS, al controllo delle prestazioni contrassegnate con flag "percorsi di cura".

Indicatori

Numerosità prestazioni ambulatoriali campionate e verificate $\geq 3,5\%$ del totale della produzione 2025, pari a 255.368 record (dato provvisorio in attesa del validato definitivo Regionale).

Criteri di campionamento e selezione

La modalità di campionamento e criteri di selezione dei campioni seguono i criteri definiti con le DGR n. VII/8078/2002, DGR n. VIII/10804/2009, DGR n. X/7683/2018 "Piano dei controlli e protocolli (P.C.P. 2018)" e DGR n. XI/7315/2022, "Approvazione del Piano dei Controlli e dei Protocolli 2022-2023", DGR n. XII/5366 del 24/11/2025 "Approvazione Del Piano Dei Controlli E Dei Protocolli 2024-2026".

Saranno oggetto di controllo le seguenti fattispecie:

- esenzioni per patologia: verifica della congruenza tra il codice esenzione, le prestazioni rendicontate nel flusso 28/SAN – anno 2025 e la correttezza della valorizzazione del campo "ticket" (DPCM 12 gennaio 2017 all.8) precisando che rispetto alle esenzioni per reddito i controlli, l'eventuale processo sanzionatorio di cui alla legge 689/198 e il procedimento volto al recupero dei ticket sanitari non riscossi, sono effettuati dal Servizio Affari Generali e Legali dell'Agenzia;
- indicatori regionali come da DGR n. VIII/10804/2009 e prestazioni non associabili come da DGR n. X/7863/2018 (P.C.P.2018) e allegato n. 3.C2, DGR n. XII/3630 del 16/12/2024 per verificare che l'erogatore non abbia rendicontato nella stessa giornata, al medesimo paziente la prestazione "indice" e le prestazioni non associabili alla stessa, oppure già incluse;
- prestazioni correlate a macroattività di chirurgia a bassa intensità operativa ed assistenziale (BIC): verifica delle prestazioni che vengono rendicontate nel flusso 28/SAN, pur essendo ricomprese nella tariffa BIC, per il medesimo paziente nei 20 giorni precedenti l'intervento (pre-BIC) e nei 20 giorni successivi all'intervento (post-BIC). Tabella n.4 C2 al P.C.P. 2018;
- indicatori X, Y, W: verifica dell'appropriata erogazione di prestazioni ambulatoriali ricomprese nel costo del DRG con riferimento:
 - o ai controlli sul criterio "X", secondo quanto previsto nell'allegato 3 della DGR n. VII/8078/2002 e nella DGR n. VIII/10804/2009, saranno ricercate le situazioni in cui un accesso di Pronto Soccorso si correla ad un ricovero nelle 24 ore successive;
 - o ai controlli sul criterio "Y", saranno ricercate le prestazioni ambulatoriali effettuate durante un ricovero o prestazioni ambulatoriali seguite da ricovero motivato da fatto acuto insorto o riscontrato durante le procedure;
 - o ai controlli criterio "W", a quanto previsto nell'allegato 3 della DGR n. VII/8078/2002 e dalla DGR n. VIII/10804/2009, saranno ricercati i casi di rendicontazione in 28/SAN di prestazioni erogate nei giorni antecedenti e successivi ad un ricovero a completamento dell'iter diagnostico/terapeutico.
- controlli di interesse locale:
 - o MAC E BIC: verifica in loco di rendicontazione, qualità documentale e appropriatezza organizzativa;
 - o disciplina odontoiatria: condizioni di erogabilità, rendicontazione e qualità documentale;
- controlli su prestazioni contrassegnate con flag "percorsi di cura", come da future indicazioni operative di ACSS.
- controlli su prestazioni di medicina dello sport: rendicontazione e qualità documentale.

Flussi informativi e base dati utilizzati

I flussi informativi utilizzati comprendono il flusso 28/SAN, SDO, MTA e Alpi-volumi.

Cronoprogramma delle attività

L'attività verrà svolta progressivamente dal 01.01.2026 al 31.12.2026.

Tabella 8 – Controllo NOCA

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Congruenza, appropriatezza e qualità documentale
MODALITÀ	Mista, (verifiche statistico/formale e sopralluoghi in loco)
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	255.368 pratiche (in attesa del validato regionale)
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Data warehouse aziendale, flusso 28/SAN, flusso SDO, Programma Quadrifoglio NEXT
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	esenzioni per patologia, indicatori regionali, prestazioni non associabili, controlli su flag 1 e 3, criteri X-Y-W, controlli su prestazioni pre-bic e post-bic, MAC, BIC, disciplina odontoiatria, disciplina medicina sportiva
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Programma Quadrifoglio NEXT, Datawarehouse aziendale

AREA SOCIO SANITARIA

Analisi del contesto

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

Tabella 9 – Unità d'offerta/misure/sperimentazioni sociosanitarie accreditate al 01.01.2026

UdO/misure/ sperimentazioni	N. UdO abilitate	N. UdO accredit.	N. UdO contratt.	N. UdO p. progr.	N. posti abilitati	N. posti accredit.	N. posti contratt.
RSA	90	89	85	25	7.137	6.737	6.160
RSD	9	9	8	2	456	451	440
CDD	29	29	29	8	757	757	738
CDI	54	54	49	13	1.155	1.105	892
CSS	23	23	22	6	222	221	208
CF	28 (6 SS)	28 (6 SS)	28 (3 SS)	11			
Cure Int/Post acuti	5	5	5	1	207	204	204
Riab. amb./CDC	14	12	4	3	10	10	10
Hospice/UO CP	8	8	8	3	97	97	97
CDom	35	35	35	9			
CDom (altra ATS)	2	2	2	/			
UCP-Dom	17 (1 SS)	15 (1 SS)	15 (1 SS)	3			
UCP-Dom (altra ATS)	2	2	2	/			
SerD/SMI	13 (1 SS)	13 (1 SS)	5 (1 SS)	5			
Com. dipendenze	22	20	19	6	451	377	356
Com. Bassa Int.	3	3	3	1	31	31	25
OdC	7	7	7	1	140	140	140
RSA aperta	47	47	42	13			
Res. religiosi	4	4	4	1			
Res. assistita	2	2	2	2			
CSGM	1	1	1	/	12	12	12
Sperimentazioni	2	2	2	/	60	60	20
Totale	417	410	377	113	10.735	10.202	9.302

SS = UdO con sedi secondarie

Accreditamento e vigilanza sulle strutture sociosanitarie

Programmazione attività

Attività di accreditamento

In ottemperanza agli indirizzi generali di programmazione per l'anno 2026, le attività di accreditamento saranno le seguenti:

- gestione del 100% delle istanze (SCIA/SCIA contestuali/istanze di accreditamento/ /voltura/ente unico, ecc.);
- verifica sulle strutture interessate da riclassificazione e adeguamento ai nuovi requisiti, ai sensi della D.g.r. 2 febbraio 2026 - n. XII/5696, riguardante le strutture sociosanitarie residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali, per l'assistenza alle persone affette da dipendenze patologiche.

Verranno contestualmente aggiornati e verificati, attivando se necessario le eventuali azioni correttive:

- il registro regionale delle strutture accreditate, comprese variazioni e sospensioni delle attività;

- le anagrafiche delle strutture pubblicate da ATS in ottemperanza alla normativa sulla trasparenza.

Attività di vigilanza

Come previsto dalla normativa vigente, viene garantita un'attività di vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti delle strutture sociosanitarie con una periodicità dei controlli almeno triennale.

L'attività comporta, pertanto, annualmente la verifica dei requisiti strutturali e tecnologici e dei requisiti gestionali e organizzativi, su un terzo di ciascuna tipologia di unità d'offerta, misura e sperimentazione, garantendo la vigilanza su tutte le UdO nell'arco del triennio 2024-2026.

La vigilanza routinaria riguarda UdO pubbliche e private indipendentemente dallo status erogativo (abilitate all'esercizio, accreditate e contrattualizzate), le misure RSA aperta, residenzialità assistita e residenzialità per religiosi e le due sperimentazioni attive sul territorio (Villaggio Alzheimer e post-acuta SLA).

Nel dettaglio, l'attività di vigilanza per il 2026 prevede le seguenti attività:

- vigilanza con sopralluogo sulle unità d'offerta/misure/sperimentazioni campionate;
- monitoraggio semestrale dei requisiti strutturali in proroga nel 100% delle unità d'offerta in piano programma;
- la verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti previsti per le strutture sociosanitarie facenti parte di reti cliniche;
- verifica sul 100% delle segnalazioni pervenute.

Verrà inoltre verificato l'adempimento al debito informativo Scheda struttura e FIM, attivando se necessario le eventuali azioni correttive.

Modalità di esecuzione dei controlli

I controlli di vigilanza saranno svolti con sopralluogo, e potranno essere associati, se necessario, a controlli a distanza.

Nel caso di istanze o segnalazioni, saranno privilegiate le verifiche documentali nei casi in cui non sia necessaria una ispezione in loco.

L'equipe dedicata all'attività di accreditamento e vigilanza sociosanitaria, afferente alla SC Accreditamento Vigilanza e alle relative strutture semplici (SS Accreditamento Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e della rete territoriale e SS Vigilanza Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e della Rete Territoriale), è composta da (teste equivalenti):

- n. 2 dirigenti medici (tra cui un Responsabile di SS);
- n. 3 assistenti sanitarie;
- n. 3,5 tecnici della prevenzione (TPALL).

La composizione dell'equipe di sopralluogo varia in funzione delle tipologie di verifiche da realizzare e comprendono di norma l'assistente sanitaria e, in funzione della figura ritenuta necessaria, il medico e il tecnico della prevenzione.

Qualora sia necessario, il sopralluogo viene effettuato separatamente per gli aspetti gestionali e per quelli strutturali al fine di garantire un adeguato approfondimento della verifica, il contenimento delle tempistiche del sopralluogo e il pieno rispetto del volume di attività previsto.

Nel caso il sopralluogo relativo alla parte gestionale-organizzativa venga svolto in momento diverso rispetto a quello relativo alla parte tecnico strutturale, l'intervallo tra le due verifiche non supera di norma i 30 giorni.

I controlli verranno effettuati utilizzando, come strumenti operativi, le check list dei verbali di vigilanza predisposti da Regione e i dati di assetto presenti in AFAM.

Come previsto dai verbali regionali, sono oggetto di verifica tutti i requisiti di autorizzazione e accreditamento, organizzativi e gestionali, e i requisiti strutturali generali.

Numerosità dei controlli programmati

Sulla base dei dati storici sono previste circa 35 verifiche a seguito di istanza, ciascuna oggetto di due sopralluoghi, uno in fase di avvio e uno entro i tre mesi successivi.

Il numero di strutture campionate per la vigilanza nell'anno 2026 è pari a 121, comprendendo tutte le UdO/misure/sperimentazioni non ancora vigilate nel triennio 2024-2026.

Per l'anno in corso sono previste verifiche attive anche tramite sopralluoghi per la rete clinica delle cure palliative.

Gli indicatori di attività individuati sono:

- Percentuale di istanze (istanze di SCIA, accreditamento, modifica degli Enti erogatori, ecc.) relative a strutture sociosanitarie verificate rispetto alle istanze presentate: valore atteso 100%.
- Numero delle strutture/unità operative/attività sanitarie sottoposte a vigilanza programmata pari ad almeno n. 111, secondo le tipologie indicate in tabella n. 10.

Criteri di campionamento e selezione

Per la vigilanza, il campionamento delle strutture/unità operative/attività oggetto di vigilanza privilegia:

- strutture/unità operative/attività non vigilate da maggior tempo;
- strutture/unità operative/attività oggetto di diffida o altra segnalazione di criticità nel precedente anno.

Si riportano in tabella i volumi per ciascuna UdO/misura in vigilanza per l'anno 2026.

Tabella 10 – Unità d'offerta sociosanitarie accreditate al 01.01.2026

Tipologia Unità d'Offerta	Totale UdO	UdO in vigilanza
RSA	90	25
RSD	9	2
CDD	29	8
CDI	54	13
CSS	23	6
Consultori Familiari (28 di cui 6 con sede secondaria)	28 (6 sedi sec.)	11 (2 sedi sec)
Cure Intermedie (di cui 2 ex post-acute)	5	1
Riabilitazione ambulatoriale/CDC	14	3
Hospice (compreso UOCP)	8	3
CDom *	35	9
UCP-Dom *	17	3
SerD/SMI (11 + 1 sede secondaria)	13 (1 sede sec)	5
Comunità Dipendenze	22	6
Comunità Dipendenze Bassa Intensità	3	1
Ospedali di Comunità	7	1
Misura 4 RSA Aperta	47	13
Residenzialità assistita per religiosi	4	1
Misura 2 Residenzialità assistita	2	0
CSGM	1	0
Sperimentazioni	2	0
TOTALE	413	111

* non considerate n. 4 UdO accreditate in altra ATS

Flussi informativi e base dati utilizzati

Per le verifiche verranno utilizzati i dati e gli strumenti dell'applicativo AFAM, i dati delle rendicontazioni di Scheda struttura e Nuovi Flussi Informativi Ministeriali.

Cronoprogramma delle attività

Il piano vigilanze viene effettuato e realizzato progressivamente, garantendo una regolare realizzazione durante l'anno (circa 1/3 delle vigilanze programmate per ciascun quadrimestre).

Tabella 11 – Vigilanza programmata Unità d'Offerta sociosanitarie

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Vigilanza programmata Unità d'Offerta sociosanitarie
MODALITÀ	Sopralluogo e verifica documentale
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 111
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	AFAM, FIM, banche dati Ordini professionali
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Periodicità secondo normativa, scadenze da programmazione regionale, aspetti/criticità delle attività
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Utilizzo check list regionali

Controlli di appropriatezza sulle unità d'offerta sociosanitarie

Programmazione attività

I controlli di appropriatezza sociosanitaria per l'anno 2026 sono stati programmati seguendo le indicazioni delle DGR XII/5366 del 24/11/2025 e DGR XII/5589 del 30/12/2025.

Nell'anno 2026 il Controllo di Appropriately riguarda le Unità di Offerta Sociosanitarie non ancora controllate nei due anni precedenti, a conclusione del piano triennale 2024 – 2026, ed il 100% delle UdO oggetto di segnalazione e si focalizza, per quanto possibile, sul controllo delle Strutture già oggetto di vigilanza.

Il Controllo di Appropriately riguarda le UdO attive al 31/12/2025 sul territorio dell'ATS di Brescia, sia autorizzate che accreditate e accreditate a contratto o anche solo abilitate, comprese le Misure e le Sperimentazioni Sociosanitarie e le UdO di nuova attivazione dell'anno precedente.

Rientrano nella programmazione dei controlli di appropriatezza del 2026 anche le UdO che, nel corso del 2025, hanno subito sanzioni e/o prescrizioni a riscontro dell'avvenuto adeguamento e risoluzione delle criticità.

Le verifiche di appropriatezza sono volte a controllare:

- l'appropriatezza assistenziale, anche tramite l'osservazione diretta della persona e degli spazi occupati, nei casi in cui l'equipe lo ritenga necessario, coerentemente alla documentazione sociosanitaria visionata;
- la coerenza tra bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, progetto individuale, piano assistenziale individuale e azioni effettivamente eseguite, risultanti dal diario multidisciplinare;
- la corretta classificazione degli ospiti, se prevista;
- la congruenza fra quanto rendicontato nei flussi e quanto rintracciato nel FaSAS.

Modalità di esecuzione dei controlli

L'attività del Controllo di Appropriately Sociosanitaria si svolge di norma in loco.

Il preavviso del sopralluogo viene comunicato il giorno lavorativo precedente il controllo come da indicazioni della nota Regionale prot. n. G1.2015.0001996 del 19/02/2015.

L'equipe della SS Appropriatelyzza e Controllo Prestazioni delle UdO Sociosanitarie e delle Strutture della Rete Territoriale è composta da:

- n. 1 Dirigente Psicologo - Responsabile SS
- n. 1 Dirigente Medico
- n. 1 Assistente Sociale
- n. 2 Infermieri
- n. 1 Assistente Sanitario

Le verifiche di appropriatezza per le C-Dom comprendono n. 3 controlli "in itinere" di almeno un fascicolo nell'ambito del 2.5% dei FaSAS campionati.

Per tali controlli viene richiesto preventivamente il consenso all'accesso a privata abitazione, tramite l'Ente Gestore, al paziente e/o al care-giver/familiare con relativa modulistica firmata.

Il controllo delle C-Dom viene effettuato con la nuova check-list inviata, tramite e-mail in data 21/01/2026, da parte di ACSS.

Al fine di promuovere una costante attività di controllo interno da parte delle singole UdO sulla documentazione prodotta e sui processi assistenziali, tutti gli Enti campionati, compatibilmente con il numero di utenti rendicontati nell'anno precedente sono invitati, tramite comunicazione preventiva, ad attivare procedure di autocontrollo nell'ottica del miglioramento continuo della qualità delle prestazioni.

All'interno del verbale di verifica di appropriatezza viene dato conto della numerosità dei fascicoli sottoposti ad autocontrollo e del relativo esito, separatamente rispetto all'attività di controllo e al di fuori delle percentuali da obiettivo.

Numerosità dei controlli programmati

La numerosità dei controlli per l'anno 2026 è riportata nella seguente tabella.

Tabella 12 – Campione dei controlli programmati di appropriatezza sociosanitaria - anno 2026

Tipologia Unità d'Offerta	N° UdO	Udo oggetto di controllo 2026	N° FaSAS da controllare
RSA	90	31	384
RSD	9	3	24
CDD	29	10	34
CDI	54	18	67
CSS	23	8	24
Consultori Familiari	28	8	173
Cure Intermedie (di cui 2 ex post-acuti)	5	2	45
Riabilitazione ambulatoriale	14	10	43
Hospice/UOCP	8	2	51
CDom	35	7	55
CDom altra ATS	2	1	3
UCP-Dom	17	7	11
UCP-Dom altra ATS	2	1	3
SerD/SMI	13	6	50
Comunità dipendenze	22	9	33
Comunità Dipendenze Bassa Intensità	3	1	4
ODC	7	4	20
CSGM	1	1	3
Residenzialità assistita per religiosi (RAR)	4	2	6
Misura2 Residenzialità assistita	2	0	0
Misura 4 RSA Aperta	47	9	45
Sperimentazioni	2	1	3
Totale	417	141	1081

Gli indicatori individuati per il monitoraggio delle attività sono:

- UdO/misure/sperimentazioni residenziali e semiresidenziali: numero dei FaSAS controllati $\geq 10\%$ dei FaSAS presenti in almeno un terzo delle UdO/misure residenziali e semiresidenziali presenti sul territorio, pari a 661.
- UdO/misure/sperimentazioni ambulatoriali e domiciliari: numerosità FaSAS controllati $\geq 2,5\%$ in almeno un terzo delle UdO/misure ambulatoriali e domiciliari presenti sul territorio, pari a 417.

Criteri di campionamento e selezione

In linea con il 2025, il controllo di appropriatezza è assicurato, di norma, sulle medesime strutture individuate per l'attività di vigilanza.

Per tutte le UdO si precisa che le modalità di campionamento e i criteri di selezione del campione sono quelli indicati nelle seguenti normative: DGR X/6502/2017, DGR XII/1513/2023, DGR XII/5366/2025; DGR XII/5589/2025, oltre a eventuali criteri di interesse locale.

In ottemperanza a quanto disposto con DGR XII/5589 del 30/12/2025 vengono campionati almeno il 10% dei fascicoli nelle UdO residenziali e semi-residenziali e almeno il 2,5% di FaSAS nelle Strutture ambulatoriali e domiciliari, con un minimo di n. 3 FaSAS ed un massimo di n. 30 FaSAS. Le stesse percentuali valgono anche per le Misure e le Sperimentazioni.

L'equipe si riserva, in caso di criticità, la possibilità di estendere il campione all'intera produzione, al fine di accertare violazioni che possono dare luogo ad un provvedimento sanzionatorio irrogato mediante l'utilizzo del sistema informatico aziendale dedicato.

Si specifica che la DG Welfare ha provveduto a definire nuovi indicatori per gli Ospedali di Comunità (ODC) con la DRG XII/5589/2025 e che ACSS ha inoltrato la relativa check-list tramite e-mail in data 21/01/2026.

Il campionamento dei fascicoli è effettuato al 50% in modo casuale e al 50% in modo mirato, sulla base di specifici indicatori di rischio, mentre per le RSA, visto l'elevato numero di criteri specifici, il campionamento viene estrapolato per il 70% con criterio mirato e per il 30% con criterio casuale.

Per il campionamento dei FaSAS in modalità mirata sono utilizzati gli indicatori predisposti dall'Agenzia di Controllo (ACSS), DGR XII/5366/2025, oltre ai criteri di interesse locale.

Si riportano di seguito gli indicatori utilizzati per il campionamento dei FaSAS ai sensi della DGR X/1765/14 e della DGR XII/5366/2025.

Tabella 13 – Indicatori di campionamento per appropriatezza sociosanitaria - anno 2025

RSA (Percentuali di campionamento Fasas: 70% mirato; 30% casuale)
Ospiti deceduti in RSA
Ospiti in nucleo Alzheimer
Ospiti con decadimento cognitivo
Ospiti con cadute nei mesi precedenti il controllo*
Ospiti con lesioni da pressione*
Ospiti con mezzi di protezione e tutela*
Ospiti in Stato Vegetativo
Ospiti con importanti fragilità
Ospiti con SLA
Ospiti in classe SOSIA 7-8
Ospiti con complessità ICA1 (alimentazione e/o decadimento cognitivo/comportamentale)*
Ospiti età <65 oppure >95
CDI (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Nuovi ingressi
Utenti caduti nei tre mesi precedenti il controllo*
Utenti con mezzi di protezione e tutela
Utenti part-time
Utenti con problemi comportamentali*
Utenti con Alzheimer
Hospice (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con ricoveri superiori a 60 giorni di degenza*
Utenti non oncologici
Utenti con nuovi ingressi
Utenti con modalità di dimissione diversa dal decesso*
Utenti con ricoveri in diversi Hospice
Utenti trasferiti da altre UdO
CDom - DGR 6867/2022 (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con CD di base (sia prestazionale che profilo, escluso prelievo)
Utenti con CD integrato con CIA compreso tra 0.66 e 1
Utenti con percorsi riabilitativi*
Utenti con percorsi assistenziali legati a lesioni da pressione*

Utenti con frequenza contemporanea di altre tipologie di UdO o misure/sperimentazioni
UCP DOM (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con periodo di presa in carico superiore a 90 giorni*
Con dimissione diversa dal decesso
Utenti non oncologici*
Utenti provenienti da un'altra UdO
RSD (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale esclusi i pazienti dimessi)
Nuovi ingressi
Utenti di età inferiore ai 18 anni e (superiore a 65)*
Utenti con problemi comportamentali*
Utenza non tipica
Utenza con doppia diagnosi
Utenti con complessità ICA1 (alimentazione e/o decadimento cognitivo/comportamentale)*
Utenti per cui si è fatto uso della contenzione
CSS (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale esclusi i pazienti dimessi)
Nuovi ingressi
Utenti con doppia diagnosi
Utenti che abbiano avuto almeno una variazione della classe Sidi nell'ultimo anno*
Utenti con complessità ICA1 (alimentazione e/o decadimento cognitivo/comportamentale)*
Utenti con più ricoveri ospedalieri nell'ultimo anno
Utenti con frequenza contemporanea di altre tipologie di UdO o misure/sperimentazioni
CDD (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale esclusi i pazienti dimessi)
Nuovi ingressi
Utenti con gravi compromissioni cognitive e/o motorie e/o che presentano doppia diagnosi*
Utenti che presentano problemi comportamentali*
Utenti appartenenti alla classe SIDI 4
Utenti di età inferiore ai 18 anni e superiore ai 65 anni
Utenti per cui si è fatto uso della contenzione
RIA ambulatoriale-domiciliare (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con durata del trattamento pari al valore soglia
Attesa superiore ai 6 mesi tra la prima visita e 1° ciclo di terapia
Cicli ripetuti nel corso dell'anno*
Utenti > 65 anni*
Utenti trasferiti da altre UdO
CURE INTERMEDIE (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con durata del trattamento pari al valore soglia
Utenti provenienti da altro percorso riabilitativo nella stessa UdO*
Ricovero/prestazione ripetuto nell'anno (lo stesso CF ripetuto nell'anno)
Utenti minorenni*
Utenti trasferiti da altre UdO
Utenti in Stato Vegetativo
CONSULTORI (Perc. Fasas: 50% mirato; 50% casuale, escluse le monoprestazioni e le prestazioni Cod. 91484)
Utenti con prestazioni ad alta integrazione sociosanitaria contemplate dalla DGR 6131/2017 (codici da 001 a 004 prestazioni effettuate in un semestre relative al medesimo utente)*
Utenti con prestazioni rendicontate con codici 801 e 802
Utenti con IVG comprese minorenni*

Utenti con prestazioni rendicontate con codici compresi da 803.03 a 803.05
COMUNITÀ DIPENDENZE E COMUNITÀ A BASSA INTENSITÀ (Perc. di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Ultimi ingressi
Utenti compresi tra i 18 e i 30 anni*
Utenti con polidipendenze
Utenti recentemente dimessi per conclusione o abbandono del progetto*
Utenti provenienti da altre CTD
Ser.D/SMI (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Ultimi ingressi
Utenti compresi tra i 18 e 30 anni
Utenti con polidipendenze
Utenti recentemente dimessi per conclusione o abbandono del progetto*
I gamblers
Utenti con numero di prestazioni del tipo management clinico telefonico*

Con il supporto del SC Sistemi Informativi, gli indicatori contrassegnati con asterisco sono oggetto di specifica analisi al fine di elaborare il valore medio di ATS e individuare eventuali unità d'offerta che presentino scostamenti significativi per indirizzare controlli mirati (esclusi CDI e Comunità per tossicodipendenze in quanto il flusso è di carattere economico).

Si conferma che è oggetto di valutazione routinaria la corretta acquisizione di autorizzazioni e consensi all'utilizzo dei mezzi di protezione e tutela individuale, verificando che vi sia stata opportuna valutazione di tutte le misure alternative (DGR n. X/1765/2014). Viene verificata, inoltre, l'evidenza documentale del monitoraggio giornaliero attuato con idonea periodicità secondo la procedura adottata dalla struttura.

Per quanto riguarda l'area disabilità è oggetto di controllo la permanenza di persone di età maggiore di 65 anni in CDD con classificazione SIDI 4.

In ottemperanza alla DGR XII/3720/24, per RSA, RSD e CSS vengono garantiti i controlli per verificare la congruenza tra le condizioni cliniche e assistenziali degli ospiti e gli indicatori definiti dalla DGR n. XII/1513/2023 (ICA di primo livello) in continuità con il lavoro iniziato nel 2025.

ICA 2

Come da indicazioni della DGR XII/5665/2026 saranno oggetto di controllo di appropriatezza il 100% degli utenti classificati con ICA2.

Si specifica che, stante la prevista fase di monitoraggio dell'implementazione dell'ICA2 per un periodo di 24 mesi, laddove l'esito della verifica dovesse determinare la mancata conferma dell'ICA o della categoria, ATS, in un'ottica di accompagnamento procede unicamente ad attuare l'iter sopra declinato, applicando la sanzione amministrativa soltanto nei casi di variazione della classe SIDI o di non conformità di quanto rappresentato in SIDI.

La periodicità dei controlli sarà annuale per gli ospiti già inseriti e valutati, mentre per le nuove attivazioni il controllo deve essere effettuato entro tre mesi, a partire dalla validazione economica di ATS.

Il controllo sarà svolto sulla base di indicatori e check-list specifiche inviate dalla UO Polo Territoriale.

CSGM

Il 2025 ha segnato l'avvio delle prime due strutture regionali dedicate all'accoglienza di minori e giovani adulti con disagio psichico e/o dipendenza patologica, in carico ai servizi sanitari e sociosanitari regionali, in quanto necessitano di trattamenti terapeutici specifici/intensivi.

Sul territorio di ATS Brescia è presente una UdO con tali caratteristiche che verrà controllata sulla base delle indicazioni fornite dalla DGR XII/5589 del 30/12/2025.

Misura B1

A completamento dell'attività triennale di controllo nel 2026 verranno verificati i restanti Enti Gestori che erogano, nel territorio di ATS Brescia, la Misura B1 sociosanitaria.

Pazienti in Stato Vegetativo

Le verifiche sui pazienti in stato vegetativo ricoverati presso le unità d'offerta sociosanitarie verranno verificati secondo le specifiche modalità richieste nell'ambito dei controlli di appropriatezza programmati presso la struttura.

Flussi informativi e base dati utilizzati

Per l'attività di verifica sono utilizzati i flussi informativi SOSIA e SIDI e sono verificate in loco le basi dati accessibili dalle singole UdO (fascicolo elettronico).

Cronoprogramma delle attività

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

Tabella 14 – Controlli di appropriatezza sociosanitaria - anno 2026

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Controllo appropriatezza sociosanitaria
MODALITÀ	Controllo in loco e per C-Dom "in itinere"
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 1081 FaSAS e n. 141 UdO/Misure
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	AFAM e flussi di rendicontazione sociosanitari.
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Criteri indicati nella DGR XII/5366/25; DGR XII/5589/2025 e DGR 6502/17, s.m.i. Programmato in controllo di appropriatezza in almeno il 33% delle UdO; ultimo anno del triennio 2024 / 2026.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Utilizzo check-list regionali e indicatori regionali.

AREA SOCIALE

Analisi del contesto

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

Tabella 15 – Unità d'offerta sociali (aggiornamenti 01/01/2026)

TIPOLOGIA UdO	UdO sociali	N° POSTI
Asili Nido	201	7551
Micro Nidi	35	345
Centri Prima Infanzia	4	68
Nidi Famiglia	39	195
Subtotale Area Prima Infanzia	279	8159
Centri Di Aggregazione Giovanile	40	2344
Centri Ricreativi Diurni*	290	
Centro Educativo Diurno	5	77
Comunità Educative	20	184

TIPOLOGIA UdO	UdO sociali	N° POSTI
Comunità Familiari	4	23
Comunità Educativa Diurna	8	93
Comunità Educativa Genitore Figli	0	0
Alloggi Per L'autonomia	17	45
Alloggio per Autonomia di Tipo Educativo	4	11
Alloggio per Autonomia Genitore Figli	16	51
Subtotale Area Minori	404	2828
Comunità Alloggio Disabili	1	10
Centri Socio Educativi	20	428
Servizi Di Formazione Dell'autonomia Per Persone Disabili	12	399
Subtotale Area Disabili	33	837
Centri Diurni Anziani	5	435
Alloggio Protetto per Anziani	11	140
Comunità residenziale anziani (C.R.A)	21	472
Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.)	11	122
Subtotale Area anziani	48	1169
Totale	764	12993

*strutture non sottoposte a vigilanza programmata poiché a carattere temporaneo

Programmazione dell'attività di vigilanza

Per l'anno 2026, la vigilanza sulle UdO sociali prevede, secondo i dettami della DGR XII/5589/2025:

- la verifica del 100% delle UdO sociali su di richiesta degli Enti locali a seguito di CPE in ordine all'attivazione di nuove unità d'offerta;
- la verifica programmata sul 25% delle UdO sociali del territorio, pari a n. 122 UdO delle 474 attive oggetto di vigilanza, assicurando pari rappresentatività a tutte le tipologie di unità d'offerta;
- la vigilanza sul 100% delle segnalazioni pervenute.

La funzione di vigilanza e controllo delle Unità d'Offerta sociali è svolta da operatori afferenti alla SC Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e della Rete Territoriale ed è rivolta alle Unità d'Offerta descritte nelle DGR n. XI/45/2018 e DGR n. XI/2857/2020, nonché alle Comunità Residenziali per Anziani (C.R.A.) e alle Comunità Alloggio Sociale per Anziani (C.A.S.A.).

Modalità di esecuzione dei controlli

L'attività di verifica sulle UdO sociali è svolta tramite sopralluogo, utilizzando le apposite check-list regionali.

I requisiti organizzativi e gestionali sono di competenza della SC Accreditamento e Vigilanza Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e della Rete Territoriale del Dipartimento PAAPSS.

Il controllo dei requisiti strutturali e tecnologici è svolto, in occasione di verifica per CPE, dalla SC Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, nell'ambito della propria programmazione.

L'equipe dedicata alla verifica dei requisiti organizzativi è composta da n. 4 assistenti sanitarie, di cui due part-time.

La verifica dei requisiti strutturali è, invece, effettuata dalle equipe territoriali della SC Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria.

Numerosità dei controlli programmati

La numerosità dei controlli in ambito sociale per l'anno 2026 è riportata nella seguente tabella.

Tabella 16 – Unità d’offerta sociali oggetto di vigilanza programmata – anno 2026

Tipologia Unità d’Offerta	N. UdO	UdO in vigilanza
Asili Nido	201	50
Micro Nidi	35	9
Centri Prima Infanzia	4	1
Nidi Famiglia	39	10
Centri di Aggregazione Giovanile	40	10
Comunità Familiari	4	1
Centro Educativo Diurno	5	1
Comunità Educative	20	5
Comunità Educativa Diurna	8	2
Comunità Educativa Genitore Figli	0	0
Alloggi Per L’autonomia	17	4
Alloggio per Autonomia di Tipo Educativo	4	1
Alloggio per Autonomia Genitore Figli	16	4
Comunità Alloggio Disabili	1	1
Centri Socio Educativi	20	5
Servizi Formazione Autonomia per Persone Disabili	12	3
Centri Diurni Anziani	5	2
Alloggio Protetto per Anziani	11	3
Comunità Residenziale Anziani (C.R.A.)	21	7
Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.)	11	3
TOTALE	474	122

Criteri di campionamento e selezione

Il campionamento per l’attività programmata privilegia le unità d’offerta non vigilate da maggior tempo e le unità d’offerta che abbiano presentato criticità.

Gli indicatori di attività individuati sono:

- Percentuale di CPE verificate rispetto alle istanze presentate: valore atteso 100%.
- Numero delle strutture/unità operative/attività sanitarie sottoposte a vigilanza programmata pari ad almeno n. 122, secondo le tipologie indicate in tabella n. 16.

Cronoprogramma

Il piano vigilanze viene effettuato e realizzato progressivamente, garantendo una proporzionale realizzazione durante l’anno (circa 40 vigilanze per quadrimestre).

Tabella 17 – Vigilanza programmata Unità d’Offerta sociali

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Vigilanza programmata Unità d’Offerta sociali
MODALITÀ	Sopralluogo
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 122
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	AFAM, banche dati Ordini professionali
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Periodicità secondo normativa, scadenze da programmazione regionale, aspetti/criticità delle attività
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Utilizzo check list regionali

CONTROLLO REQUISITI SOGGETTIVI E DI CONTRATTUALIZZAZIONE

Analisi del contesto

Gli Enti a contratto con ATS Brescia comprendono n. 35 enti erogatori sanitari e n. 136 enti gestori sociosanitari, cui fanno capo oltre 400 unità d'offerta/misure/sperimentazioni contrattualizzate.

Modalità di esecuzione dei controlli

I controlli vengono eseguiti in sede su base documentale.

I controlli sui requisiti soggettivi sono assicurati, per quanto di competenza, dalla SC Accreditamento e Vigilanza e dalla SC Programmazione e Acquisto delle Prestazioni con il supporto delle articolazioni aziendali competenti per le diverse casistiche di verifica.

La SC Programmazione e Acquisto delle Prestazioni effettua le attività di verifica e controllo successivamente all'acquisizione delle autocertificazioni relative alla permanenza dei requisiti di accesso alla contrattualizzazione sia per le strutture sanitarie che per le strutture sociosanitarie.

Nello specifico i controlli riguardano:

- 1) verifica requisiti soggettivi di accreditamento (ex DGR n. X/2569/2014): ogni anno, gli Enti gestori sociosanitari accreditati sono tenuti ad attestare con dichiarazione sostitutiva di certificazione, i requisiti soggettivi di accreditamento. I medesimi soggetti sono tenuti a dichiarare la personalità giuridica con iscrizione nello specifico registro delle imprese o delle persone giuridiche private, la presenza dell'Organo di Controllo e relativa composizione, l'assenza di procedimenti quali fallimento, liquidazione coatta e concordato preventivo. Il controllo avviene da remoto attraverso la visura camerale;
- 2) verifica dell'adozione del codice etico comportamentale e corretta applicazione del modello di organizzazione e gestione (D. lgs. 231/2001): viene verificata la corretta applicazione del modello organizzativo (D. lgs. 231/2001) attraverso l'acquisizione della relazione dell'Organismo di Vigilanza (OdV) da parte degli erogatori sanitari e sociosanitari a contratto escluso i pubblici. La relazione deve far rilevare la corretta applicazione del modello. La verifica sugli erogatori sociosanitari comprende anche la presenza degli atti di nomina dell'OdV, del modello organizzativo con l'assenza/evidenza di criticità, con la relativa formazione/informazione e del Codice etico. Il controllo avviene da remoto, acquisendo la documentazione necessaria;
- 3) verifica della regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità dell'ente (art. 2409 bis C.C.): la verifica viene effettuata attraverso l'acquisizione delle Relazioni al Bilancio da parte degli erogatori sanitari a contratto escluso i pubblici e su tutti gli erogatori sociosanitari a contratto a esclusione dei pubblici. Il controllo avviene da remoto, attraverso la lettura della Relazione al Bilancio sottoscritta dal Revisore dei Conti dell'Ente Gestore. Per le UdO sociosanitarie viene verificata, inoltre, la validità dell'incarico del revisore dei Conti;
- 4) verifica dell'insussistenza di motivi di esclusione a causa di sentenze penali di condanna (art. 94-95 D. lgs. 36/2023): prevede l'acquisizione dell'autocertificazione del Rappresentante Legale e del Consiglio di amministrazione. Sono interessati tutti gli Erogatori Sanitari e Sociosanitari a contratto ai fini della sottoscrizione del contratto e in occasione di nuovi accreditamenti, subentri e variazioni con verifica per il 100% degli Enti tramite richiesta del Casellario e alla Procura di Brescia;

- 5) acquisizione certificazione antimafia (D. lgs. 159/2011): viene acquisita la relativa autocertificazione da parte di Rappresentante Legale, Collegio Sindacale, Consiglio di Amministrazione, Collegio revisori, componenti OdV e relativi conviventi per il 100% degli Enti erogatori sanitari e sociosanitari in occasione della contrattualizzazione e di nuovi accreditamenti, subentri e variazioni. ATS invia, quindi, la richiesta alla Prefettura di competenza mediante applicativo on line in modalità da remoto;
- 6) verifica della regolarità contributiva di imposte, tasse e contributi previdenziali (art. 94 D.lgs. 36/2023): viene effettuata su tutti gli erogatori sanitari e sociosanitari a contratto, da remoto attraverso l'INPS con piattaforma dedicata;
- 7) verifica obblighi D.lgs. 231/2001, D.lgs. 81/2008 e D.lgs. 231/2002 (art. 2 comma 5 contratto regionale): si acquisiscono le autocertificazioni da parte degli Erogatori circa l'insussistenza di sanzioni a carico dell'operatore economico ex D.lgs. 231/2001, l'insussistenza di sanzioni ex D.lgs. 81/2008 e la regolarità dei pagamenti nelle transazioni commerciali di cui al D.lgs. 231/2002, per il 100% degli Enti erogatori sanitari e sociosanitari in occasione della contrattualizzazione; ATS verifica l'insussistenza di protesti mediante utilizzo di Telemaco con archiviazione del Certificato CCIAA e della sezione della crisi. Per gli Enti gestori sociosanitari a esclusione dei pubblici, si effettua anche il controllo di insussistenza di stato di fallimento (art. 94 D.lgs. 36/2023), attraverso la verifica di assenza di procedure di concordato preventivo, fallimento ecc. Il controllo è da remoto.
- 8) rispetto degli obblighi di trasparenza (D.lgs. 33/2013 e L. n. 124/2017): annualmente Enti erogatori sanitari e sociosanitari ricevono da ATS un promemoria sull'obbligo di pubblicazione sul sito internet del bilancio approvato e della dichiarazione contributi ricevuti o acquisendo agli atti le eventuali dichiarazioni degli Enti non tenuti agli obblighi. ATS verifica quindi nel 100% dei casi l'avvenuta pubblicazione o la sussistenza delle motivazioni di esclusione dall'obbligo. Il controllo è da remoto, visionando i siti web.

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

Numerosità dei controlli programmati

I controlli sono effettuati su tutti gli enti erogatori sanitari a contratto (n. 35) e sugli enti gestori di unità d'offerta sociosanitarie (n. 136).

Il numero dei legali rappresentanti e del personale con cariche soggette ad autocertificazione antimafia comprende annualmente circa n. 2000 persone.

Criteri di campionamento e selezione

I controlli riguardano tutte le autocertificazioni trasmesse per la verifica dei requisiti di contrattualizzazione e trasparenza.

Sono verificati a campione, secondo le modalità previste per l'attività di accreditamento e vigilanza, le attestazioni in merito ai requisiti di accreditamento.

Cronoprogramma

Per l'anno 2026 i controlli sono garantiti prima della sottoscrizione dei contratti e, in corso d'anno, in caso di nuovi accreditamenti e contrattualizzazioni.

Tabella 18 – Controlli requisiti soggettivi ambito sanitario

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Strutture sanitarie: controllo requisiti soggettivi, regolarità contributiva, continuità gestionale e finanziaria, applicazione del modello organizzativo, obblighi di trasparenza
MODALITÀ	Da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Controlli su n. 35 Enti erogatori
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Richieste a enti terzi o a piattaforme pubbliche
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Viene verificato il 100%.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verifiche con Prefettura, Procura e CCIAA, verifica della relazione dell'ODV, relazione dei revisori dei conti, del rispetto degli obblighi di trasparenza (siti on line)

Tabella 19 – Controlli requisiti soggettivi ambito sociosanitario

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	UdO sociosanitarie: controllo requisiti soggettivi, regolarità contributiva, continuità gestionale e finanziaria, applicazione del modello organizzativo, obblighi di trasparenza
MODALITÀ	Da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Controlli su n. 136 Enti gestori
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Richieste a enti terzi o a piattaforme pubbliche
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Viene verificato il 100%.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verifiche con Prefettura, Procura e CCIAA, verifica della relazione dell'ODV, relazione dei revisori dei conti, del rispetto degli obblighi di trasparenza (siti on line)

AREA FARMACEUTICA

Sul territorio di ATS di Brescia (dati al 31.12.25) insistono:

- 346 farmacie (280 farmacie private e 66 farmacie comunali) e 18 dispensari;
- 50 parafarmacie;
- 11 distributori di farmaci (9 grossisti e 3 depositari). Nel corso dei primi mesi dell'anno 2026 un nuovo grossista ha richiesto l'autorizzazione alla distribuzione all'ingrosso;
- 13 Erogatori di farmaci rendicontabili in file F di cui 3 Pubblici (ASST) e 10 strutture private accreditate. I volumi di spesa prodotta per l'anno 2025 superano i 295 milioni di euro di cui 14,7 milioni di farmaci innovativi (due milioni vengono acquistati dal Pubblico, ASST Spedali Civili BS per conto del Privato accreditato). I record totali a fine anno sono più di 702.400;
- 21 enti profilati nella piattaforma PT online per la redazione dei piani terapeutici per farmaci di interesse territoriale ovvero nella cui prescrizione sono coinvolti i MMG. Questi ultimi si aggiungono ai medici specialisti come soggetti dotati di operatività in piattaforma PT online per la redazione delle schede in nota AIFA n. 97 e 100 e per le schede di Paxlovid e Nilemdo/Nustendi.

Nel 2025 i piani redatti in piattaforma sono stati complessivamente 75.820, al netto di tutte le attività di verifica e di bonifica condotte in collaborazione con il supporto tecnico del fornitore. Gli utenti profilati nell'anno 2025 risultano 437, di cui 242 specialisti e 195 MMG.

Programmazione attività

La L.R. 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) esplicita nell'art. 80 le principali funzioni del Dipartimento Farmaceutico ATS:

"Le ATS, tramite il servizio farmaceutico, esercitano, nel rispetto della normativa statale e in coerenza con la programmazione regionale, le funzioni concernenti:

- a) il controllo, la vigilanza e le autorizzazioni, ove previste, su farmacie, grossisti, depositi, strutture sanitarie e sociosanitarie, reparti di distribuzione dei farmaci di cui all'articolo 5 del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223 (Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale), convertito, con modificazioni, dalla legge 28 agosto 2006, n. 248;
- b) le convenzioni in materia di assistenza protesica, dietetica e farmaceutica;
- c) il governo e il monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza in materia di assistenza farmaceutica, dietetica e protesica;
- d) la programmazione, la pianificazione e il monitoraggio delle modalità erogative afferenti all'assistenza farmaceutica nel rispetto dei tetti della spesa;
- e) il controllo della spesa e dei consumi relativi ai farmaci a somministrazione diretta a pazienti non ricoverati, erogati dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate attraverso le farmacie interne."

Le funzioni e le attività in capo all'SC Farmaceutico di ATS, volte ad assicurare l'appropriatezza dell'assistenza farmaceutica nelle sue diverse dimensioni (prescrittiva, economica ed erogativa), rendono tale Struttura trasversale e di supporto all'implementazione dei nuovi modelli organizzativi previsti dal livello nazionale e regionale, con coinvolgimento nel monitoraggio dei principali indicatori, nella corretta formazione/informazione sui farmaci ad operatori e cittadini, oltre ad una specifica attività di farmacovigilanza e dispositivo vigilanza.

VIGILANZA SU FARMACIE PUBBLICHE E PRIVATE APERTE AL PUBBLICO

L'attività ispettiva ordinaria, programmata nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 127 del T.U.L.L.SS., preventiva e straordinaria su farmacie e dispensari è svolta dalle Commissioni e Sottocommissioni Ispettive ai sensi della L.R. 33/2009, mediante visite ispettive in loco, con redazione del verbale su piattaforma elettronica unica regionale messa a disposizione dalla Federazione per i Servizi degli Ordini dei Farmacisti della Lombardia. In ATS Brescia la Commissione ispettiva è stata aggiornata con Decreto DG n. 25 del 25.01.2025.

Programmazione attività

In conformità a quanto disposto dall'art. 127 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie (R.D. 27 luglio 1934, n. 1265), l'ATS programma ed effettua le ispezioni delle farmacie attive garantendo che, nel corso di ciascun biennio, tutte siano sottoposte a controllo; la programmazione delle attività ispettive è definita su base annua, assicurando la verifica di almeno il 50% delle farmacie, nell'ambito della pianificazione ordinaria della vigilanza.

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

Tabella 20 – Vigilanza su farmacie pubbliche e private aperte al pubblico

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	<i>Vigilanza su farmacie pubbliche e private aperte al pubblico</i>
MODALITA'	In loco
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Le farmacie ed i relativi dispensari da ispezionare nel corso del 2026 sono 173 F + 9 pari al 50% del totale (100% delle Farmacie attive nel biennio). Verrà garantito il 100% delle ispezioni preventive e straordinarie (numero non prevedibile a priori) che si rendessero necessarie.
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Banca dati SC Farmaceutico/Portale Ispezioni Ordine Farmacisti
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Cronologico: in base alla data dell'ultima ispezione.
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	Le ispezioni sono condotte dalla Commissione, come da protocollo regionale. I controlli sono eseguiti mediante l'utilizzo dei verbali regionali disponibili sul portale dell'Ordine dei Farmacisti della Lombardia.

In tutte le farmacie che ne facciano richiesta nel corso dell'accesso ispettivo, viene effettuato l'affido dei farmaci stupefacenti scaduti o non più utilizzabili e il relativo verbale. Qualora necessario, la Commissione ispettiva potrà essere integrata da ulteriore personale dell'ATS di altri Dipartimenti, quali il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria e/o il Dipartimento Veterinario e SAOA.

VIGILANZA SU DEPOSITI E GROSSISTI

Tabella 21 – Vigilanza su depositi e grossisti

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	Vigilanza su depositi e grossisti
MODALITA'	In presenza
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Verrà ispezionato il 50% dei grossisti/depositari pari a 6 al netto delle revoche di autorizzazione avvenute nel corso del periodo
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Estrazione dal portale del Ministero della Salute/Banca dati SC Farmaceutico
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Cronologico. Verrà garantito il 100% delle ispezioni preventive e straordinarie (numero non prevedibile a priori) che si rendessero necessarie.
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	Le ispezioni vengono condotte dalla Commissione ispettiva, utilizzando i verbali regionali.

Nel corso del quinquennio il numero assoluto delle ispezioni è influenzato dalle periodiche aperture/cessazioni attività oltre che dalle sospensioni di attività ratificate da RL a seguito della pandemia. Qualora necessario, la Commissione ispettiva potrà essere integrata da ulteriore personale dell'ATS.

VIGILANZA PARAFARMACIE

Tabella 22 - Vigilanza parafarmacie

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	Vigilanza parafarmacie
MODALITA'	In loco mediante
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	50% delle parafarmacie aperte alla data del 31/12/2025 (previsti 25 accessi ispettivi). 100% delle parafarmacie/corner di nuova apertura (numero non determinabile) e 100% delle ispezioni straordinarie che si rendessero necessarie
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Banca dati SC Farmaceutico/Opendata Ministero della Salute
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Saranno ispezionate il 100% delle parafarmacie/corner di nuova istituzione ed 50% delle parafarmacie aperte alla data del 31/12/2025 e non ispezionate nel corso dell'anno 2025 (Criterio cronologico).
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	Le ispezioni sono effettuate tramite Verbale ATS da una Commissione composta da un Dirigente farmacista e un amministrativo oppure da due Dirigenti farmacisti.

Qualora necessario, la Commissione ispettiva potrà essere integrata da ulteriore personale dell'ATS.

SITI DI VENDITA ONLINE

Tabella 23 - Vigilanza siti autorizzati alla vendita online

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Vigilanza siti autorizzati alla vendita online
MODALITÀ	Da remoto (ATS). Le attività svolte in presenza sono limitate alla verifica della corrispondenza tra il prezzo del farmaco venduto online e il prezzo di vendita praticato presso la farmacia/parafarmacia, nell'ambito delle ordinarie attività di vigilanza.
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	50% dei siti autorizzati alla vendita online di farmaci al 31/12/2025: 28 autorizzati pari a 14 siti da verificare.
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Determine di autorizzazione alla vendita online ai sensi dell'art. 112-quater del D.Lgs n. 219/2006/Vigifarma/Opendata Ministero della Salute
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Cronologico: nel corso del 2026, verrà effettuato il controllo dei siti di vendita farmaci online afferenti a farmacie/parafarmacie, non verificati nel 2025.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Utilizzo di apposita check-list di controllo, come da format ACSS, e stesura del relativo verbale, da inoltrare via PEC al titolare del sito autorizzato.

VIGILANZA SU STRUTTURE SOCIO SANITARIE (RSA/RSD)

Tabella 24 - Vigilanza su strutture sociosanitarie

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Vigilanza su strutture sociosanitarie
MODALITÀ	In presenza
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Numero controlli non programmabile preventivamente. L'SC Farmaceutico garantisce, entro il 31/12/2026, l'evasione di tutte le richieste di affido farmaci stupefacenti scaduti/non utilizzabili trasmesse dalle Strutture nel periodo compreso tra il 01/11/2025 e il 31/10/2026.
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Archiflow
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	100% delle istanze di affido di farmaci stupefacenti pervenute tra il 01/11/2025 e il 31/10/2026.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verifica giacenze e tenuta del registro. Redazione del verbale di constatazione e affido in custodia.

Analoga modalità verrà seguita per l'attività di controllo relativa alle procedure di constatazione e affido di sostanze stupefacenti scaduti/non più utilizzabili presso tutti i soggetti autorizzati al loro impiego quali ad esempio veterinari, poliambulatori, depositari, grossisti, Ospedali e Case di Cura ecc. Tutte le ispezioni sono comprovate dai relativi verbali. Indicatore: numero ispezioni svolte/numero richieste pervenute.

CONTROLLI TECNICI SULLE RICETTE SSN TRAMITE COMMISSIONE FARMACEUTICA AZIENDALE

Contesto

Il rapporto tra il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e le farmacie pubbliche e private aperte al pubblico è regolato da apposito accordo collettivo (ACN), stipulato ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. In base all'ACN, le farmacie convenzionate erogano l'assistenza farmaceutica e integrativa agli assistiti, con oneri a carico del SSN, nei limiti dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e della classificazione dei farmaci, previa presentazione di ricetta medica.

Fino al 5 marzo 2025 tale rapporto è stato disciplinato dall'ACN di cui al DPR n. 371/1998. A decorrere dal 6 marzo 2025 trova applicazione il nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN), stipulato ai sensi dell'art. 8, comma 2, del d.lgs. n. 502/1992, con durata triennale.

Le irregolarità convenzionali nell'ambito dell'ACN, comprese quelle relative alle attività di dispensazione e alle ricette, sono valutate da una Commissione Farmaceutica Aziendale prevista dall'art. 5 dell'ACN. Tale commissione, costituita da componenti di parte pubblica e parte privata, è competente a pronunciarsi sugli inadempimenti contrattuali delle farmacie convenzionate e a formulare i relativi pareri tecnici.

La Commissione Farmaceutica Aziendale di ATS Brescia è stata nominata con Decreto del Direttore Generale n. 471 dell'11 agosto 2025 - decorrenza 07 settembre 2025 - e si attiene, per il proprio funzionamento, ai Regolamenti di cui all'ACN del 06/03/2025 nonché alla D.G.R. n. XII/4755 del 22/07/2025. LA CFA deve approvare un proprio Regolamento da formalizzare con atto dell'Agenzia, che recepisca i criteri decisionali da adottare nell'analisi delle irregolarità.

La Commissione Farmaceutica Aziendale ha competenza in merito:

- a) ogni irregolarità e inosservanza dell'Accordo Collettivo Nazionale nei rapporti con le farmacie convenzionate, disciplinati fino al 5 marzo 2025 dal DPR n. 371/1998 e dal 6 marzo 2025 dall'ACN del 6 marzo 2025;
- b) le difformità rilevate nell'ambito dell'applicazione dell'accordo con le farmacie sulla Distribuzione per Conto (DPC) dei farmaci A-PHT, ai sensi della DGR n. XII/1164 del 23 ottobre 2023;
- c) le difformità rilevate nell'ambito dell'applicazione dell'accordo con le farmacie sulla Distribuzione per Conto (DPC) di strumenti, ausili e presidi per il controllo della glicemia per i pazienti diabetici, ai sensi della DGR n. XI/5925 del 7 febbraio 2022;
- d) le irregolarità riscontrate nell'ambito della gestione dei Moduli WebCare per l'Assistenza Integrativa.

Alla stessa Commissione compete in via definitiva la convalida del pagamento o l'annullamento totale o parziale delle ricette sottoposte al suo esame, in relazione a quanto previsto dall'art. 5, comma 11, del nuovo ACN in vigore dal 6 marzo 2025, nonché l'espressione di parere in merito a eventuali inadempimenti contrattuali delle farmacie, qualora tale parere venga richiesto esplicitamente dall'ATS, come previsto dall'art. 8, comma 6, dello stesso Accordo.

Programmazione attività

Le ricette/moduli ritenute irregolari ai sensi dell'ACN sono rilevate dalla società ARIA S.p.A., per conto di Regione Lombardia, e pubblicate periodicamente sul portale Farmavision (report RU4015 – ricette RUR e RD4015 – ricette DPC), con conseguente messa a disposizione delle ATS. L'ACN ha disposto (art.12 comma 10) che il termine per notificare alle farmacie gli addebiti relativi alle ricette irregolari, è 1 anno dalla data di consegna della distinta contabile (DCR).

La SC Farmaceutico esamina i suddetti report delle ricette irregolari e applica i criteri stabiliti dall'art.12 dell'ACN, come segue:

- 1) ricette soggette ad addebito diretto alla farmacia: notifica alla farmacia entro 1 anno dalla DCR. In caso di attivazione entro 30 gg del contraddittorio da parte della farmacia, la SC Farmaceutico sottopone le ricette alla CFA entro i successivi 6 mesi. In caso non pervenga nessuna richiesta di contraddittorio, decorsi 30 gg dalla notifica alla farmacia, la SC Farmaceutico procede all'addebito nella prima DCR utile;
- 2) ricette regolarizzabili: restituite alla farmacia entro 1 anno dalla **consegna della** DCR per la regolarizzazione da effettuare entro 30 gg dalla ricezione;
- 3) ricette irregolari art. 10 da sottoporre alla CFA: notifica alla CFA entro 1 anno dalla **consegna della** DCR;
- 4) ricette irregolari per fattispecie non espressamente regolate dall'ACN: notifica alla CFA entro 1 anno dalla **consegna della** DCR.

Ricevute le ricette/moduli irregolari di cui ai punti 3) e 4) dall'SC Farmaceutico, la CFA le esamina nel rispetto dei termini previsti dall'art. 5, comma 13 (6 mesi dalla ricezione) e restituisce gli esiti entro 30 giorni dall'esame.

Per le ricette annullate, totalmente o parzialmente, restituite alla SC Farmaceutico, quest'ultima provvede agli addebiti alle farmacie interessate entro 30 giorni dal ricevimento.

Tabella 25 - Controllo tecnico ricette irregolari segnalate da ARIA SPA

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Controllo tecnico ricette irregolari segnalate da ARIA SPA
MODALITÀ	In presenza (ATS)
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	100% delle ricette irregolari segnalate da ARIA, nei termini stabiliti dall'ACN art.12 comma 10
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Applicativo: Farma2017, Farmavision (RU4015, RD4015) Farmaimage, DPCWEB
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Vengono verificate tutte le farmacie, pubbliche e private, interessate da ricette irregolari, segnalate da ARIA SPA, nel periodo di riferimento.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Estrazione dei report dagli applicativi. Valutazione delle ricette irregolari, effettuata sulla base dei criteri di cui agli artt. 10 e 12 dell'ACN, con conseguente riconduzione delle stesse a uno degli esiti previsti, come indicato nei punti sopra esposti da 1) a 4).

Tabella 26 - Valutazione delle ricette irregolari da parte della CFA

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Valutazione delle ricette irregolari da parte della CFA
MODALITÀ	La valutazione delle ricette, da parte della CFA, avviene in presenza o da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	100% delle ricette irregolari notificate dall'SC Farmaceutico, nei termini stabiliti dall'ACN.
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Nota trasmissione SC Farmaceutico con tabella Excel riportante il dettaglio ricette e le immagini ricette scaricate da Farmaimage
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Vengono valutate, nei termini stabiliti dall'ACN, tutte le ricette notificate dalla SC Farmaceutico.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Seduta della CFA, per le farmacie private e per le farmacie pubbliche, con verbalizzazione e trasmissione degli esiti entro 30 giorni dall'esame alla SC Farmaceutico.

Nell'anno 2026 sarà necessario adottare, con atto dell'Agenzia, uno Schema Decisionale al quale la Commissione Farmaceutica Aziendale (CFA) dovrà fare riferimento per l'analisi delle ricette contestate, così come previsto dal nuovo Accordo Collettivo Nazionale. Si evidenzia infine che nel primo trimestre 2025 ARIA S.p.A. ha presentato alle ATS una bozza della nuova sezione, attualmente in fase di sviluppo all'interno del Portale Farma2017, denominata "Ricette CFA", finalizzata alla gestione in modalità digitale delle sedute di CFA. L'attivazione della nuova funzionalità comporterà una revisione delle modalità di gestione delle ricette irregolari; le conseguenti variazioni operative e procedurali saranno oggetto di segnalazione nell'ambito della fase di monitoraggio e rendicontazione del Piano dei Controlli.

CONGUAGLIO CONTABILE - SISTEMA WORKFLOW

Contesto

A seguito del consolidamento dell'utilizzo della DCR-FUR dematerializzata, con la Circolare Regione Lombardia prot. G1.2021.0058436 del 04/10/2021, è stato comunicato l'avvio, a livello regionale, dell'attività di gestione delle conciliazioni online da parte delle ATS, tramite il programma Workflow integrato nell'applicativo Farma2017. Il procedimento di conciliazione prevede la condivisione sul "Portale Unico dei Farmacisti" (PUF) delle squadrature contabili, compresi gli ID ricetta duplicati, rilevate da ARIA spa e validate dai Servizi Farmaceutici delle ATS.

Programmazione attività

Il nuovo ACN, in vigore dal 6 marzo 2025, ha introdotto un termine decadenziale di un anno entro il quale le ATS devono effettuare i controlli sugli emolumenti liquidati alle farmacie e notificare eventuali rettifiche. Tale termine decorre dalla data di ricezione della Distinta Contabile Riepilogativa-FUR e il flusso OCR da parte delle farmacie, ai sensi dell'art. 11, comma 7, e dell'art. 12, commi 7 e 10 del nuovo ACN.

Regione Lombardia, con comunicazione prot. n. G1.2025.0046929 del 27/11/2025, ha trasmesso il calendario operativo, riportato in tabella, per l'avvio del processo di verifica contabile tramite Workflow delle ricette annualità ancora pendenti.

Anno contabile	Termine invio ritariffazione a ATS	Termine pubblicazione ATS su PUF	Termine richieste approfondimenti da Farmacia
2024	31/10/2025	31/12/2025	31/05/2026
2023	31/10/2025	30/11/2025	31/03/2026
2022	15/12/2025	31/01/2026	31/07/2026
2021	15/12/2025	31/01/2026	30/09/2026
2018	15/01/2025	28/02/2026	30/11/2026
2017	15/01/2025	28/02/2026	31/01/2027

Pertanto, devono essere verificate, da parte dell'SC Farmaceutico e pubblicati sul PUF le squadrature delle ricette per tutte le Farmacie coinvolte relative ai seguenti anni: 2016 (solo ricette DEM da notificare entro gennaio 2026), 2017, 2018, 2021, 2022, 2025 nonché delle mensilità dell'anno 2026, progressivamente rese disponibili da ARIA S.p.A. Si evidenzia infatti che la gestione tempestiva delle pubblicazioni delle squadrature sul PUF da parte di ATS è strettamente dipendente all'attività di ricalcolo delle ricette, affidata alla società ARIA SPA.

Tabella 27 - Conguaglio contabile - WORKFLOW

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Conguaglio contabile - WORKFLOW
MODALITÀ	Da remoto (ATS)
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Controllo del 100% delle squadrature contabili rese disponibili da parte di ARIA sul sistema WORKFLOW (per ATS)
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Farma2017 sessione WORKFLOW
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Verranno verificate le squadrature contabili riferite a tutte le farmacie pubbliche e private, rese disponibili ARIA SPA.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verifica delle squadrature contabili i cui esiti sono comunicati alle farmacie tramite PUF per il successivo eventuale contraddittorio al termine del quale ATS procede con l'applicazione delle rettifiche contabili.

DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)

Contesto

Le Farmacie di comunità effettuano la Distribuzione Per Conto (DPC) sia dei medicinali A-PHT, (DGR 1164/2023), che dei dispositivi per automonitoraggio glicemico ex DGR 5925/2022. I farmaci vengono acquistati da Regione Lombardia, per il tramite dell'ATS Bergamo capofila per la DPC, e distribuiti dalle farmacie a cui riconosciuto l'onere per il servizio distributivo previa fatturazione delle competenze. Il costo del farmaco è rimborsato, a seguito di fatturazione mensile, alla capofila da ATS. Il processo di erogazione (medicinali e dispositivi), avviene per il tramite dell'applicativo WebDPC, e consta delle seguenti fasi:

- richiesta da parte delle Farmacie, al grossista di riferimento, del farmaco/dispositivo prescritto → alla ricetta viene attribuito lo stato di ricetta "aperta";

- erogazione, da parte delle Farmacie, del farmaco/dispositivo con contestuale spedizione della ricetta → modifica dello stato della ricetta da "aperta" a "spedita";
- contabilizzazione mensile in WebDPC (da eseguirsi entro 60 giorni dalla data di spedizione) delle ricette spedite, per rimborso dell'onere distributivo e conclusione del processo di erogazione → passaggio allo stato di ricetta "contabilizzata".

Qualora il paziente non ritiri il farmaco/dispositivo per automonitoraggio glicemico ordinato, la farmacia deve provvedere quanto prima alla restituzione al Grossista di riferimento, anche al fine di prevenire fenomeni di carenza. La procedura di reso viene gestita tramite l'applicativo WebDPC.

CONTROLLO RICETTE APERTE GESTIONALE WEBDPC

Programmazione attività

Il controllo viene effettuato sulle ricette non contabilizzate ovvero nello stato di ricetta "aperta" o "spedita" al fine di verificare l'applicazione degli accordi regionali. In prosecuzione dell'attività di verifica in essere anche nell'anno 2026 è previsto:

- il controllo semestrale del 100% delle ricette DPC aperte e scadute da oltre 60 giorni;
- contestazione con applicazione delle disposizioni previste dagli Accordi vigenti.

Tabella 28 - Verifica erogazione Farmaci/dispositivi medici in DPC

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Verifica erogazione Farmaci/dispositivi medici in DPC
MODALITÀ	Da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Il numero di ricette sottoposte a verifica non è programmabile. Verrà controllo del 100% delle ricette aperte o scadute da oltre 60 giorni alla data di ciascuna verifica.
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Applicativo: Farma2017/WEBDPC
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Cronologico: verifica delle ricette aperte o scadute dal mese di settembre 2025 e i mesi successivi.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Estrazione dal gestionale WEBDPC delle ricette aperte o scadute da più di 60 giorni e contestazione delle stesse al farmacista. Applicazione delle disposizioni riportate negli Accordi.

La remunerazione del servizio alla farmacia deve essere richiesta attraverso fatturazione delle ricette entro i termini di cui le vigenti DGR, pena il mancato riconoscimento. Nell'anno 2025 ARIA ha implementato una funzionalità in "Farma-2017" che consente il monitoraggio delle ricette fatturate oltre i previsti termini.

Tabella 29 - Verifica delle ricette DPC fatturate oltre i termini di cui agli Accordi Regionali per la DPC.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Verifica delle ricette DPC fatturate oltre i termini di cui agli Accordi Regionali per la DPC.
MODALITÀ	Da remoto.
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Non è programmabile. Nel 2026 verrà effettuato il controllo, del 100% delle ricette contabilizzate oltre i termini e rese disponibili da ARIA SPA (dal II semestre 2025).
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Applicativo: Farma2017/WEBDPC
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Cronologico: tutte le ricette DPC contabilizzate oltre i termini.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Elaborazione report da FARMA2017, valutazione e addebito alle farmacie coinvolte.

Nell'ambito dell'attività di controllo di farmaci/dispositivi erogati tramite doppio canale (DPC) si procederà:

- alla verifica mensile di coerenza economica tra quanto erogato in farmacia e quanto fatturato dall'ATS Bergamo per la liquidazione delle spettanze;
- in conformità a quanto previsto dalla DGR n. XII/512/2023 la SC Farmaceutico monitora i tempi di pagamento delle fatture mensili relative ai prodotti distribuiti in DPC, emesse da ATS Bergamo in qualità di ATS capofila al fine di verificare che tutte le fatture vengano liquidate entro 30 giorni dalla data di ricezione.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E MONITORAGGIO SPESA FARMACEUTICA

Contesto

Monitoraggio della spesa farmaceutica

L'analisi della spesa farmaceutica rappresenta uno strumento fondamentale per la programmazione di azioni di governo finalizzate a migliorare l'appropriatezza prescrittiva e, al contempo, a garantire il rispetto dell'equilibrio economico in relazione alle risorse assegnate, nonché ai tetti di spesa farmaceutica definiti.

Programmazione attività

Nell'anno 2026 saranno diffuse agli stakeholder due relazioni di monitoraggio: una riferita all'anno 2025 e una relativa al primo semestre 2026, in coerenza con la disponibilità dei dati presenti sul portale Farma-Vision, applicativo regionale gestito da ARIA, attraverso il quale vengono resi disponibili i flussi informativi della farmaceutica. Nel 2026, inoltre, saranno esplorate tutte le potenzialità dei cruscotti del Sistema Tessera Sanitaria (TS) per il monitoraggio dell'andamento della dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche, in linea con gli obiettivi previsti dalle Regole di Sistema 2026 (DGR 5589/2025), nonché dei Piani Terapeutici (PT), con particolare attenzione a quelli in formato elettronico.

Tabella 30 - Monitoraggio della spesa farmaceutica

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Monitoraggio della spesa farmaceutica
MODALITÀ	Da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Saranno elaborate n. 2 relazioni: 1. relativa all'anno 2025 intera annualità; 2. relativa al I semestre anno 2026.
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Farmavision (aggiornato dal provider con cadenza mensile) integrato con il dato disponibile sull'applicativo WebDPC.
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Analisi della spesa farmaceutica prodotta da tutte le farmacie pubbliche e private convenzionate insistenti sul territorio di ATS Brescia.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Produzione di n. 2 diffuse agli stakeholder anche tramite pubblicazione su sito web ATS

PIANI TERAPEUTICI

Contesto

Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio Piani Terapeutici

Le Regole di Sistema per l'anno 2026 (DGR 5589/2025) confermano il percorso evolutivo della piattaforma unica regionale Web-based (PTOnline), orientato alla progressiva integrazione con i sistemi di telemedicina regionali e nazionali anche al fine di consentire il rinnovo dei Piani Terapeutici (PT) tramite tele-visita e, in prospettiva, avviare una sperimentazione che coinvolga la rete delle Farmacie dei Servizi, i Medici di Assistenza Primaria (MAP) e le Case di Comunità (CdC). Anche a seguito della centralizzazione regionale dell'applicativo, le ATS proseguiranno la loro presenza nel gruppo di lavoro interistituzionale, al quale prende parte anche il Farmaceutico, contribuendo all'ottimizzazione della piattaforma, al monitoraggio delle performance e al supporto operativo alle strutture del territorio.

Programmazione attività

In coerenza con le indicazioni regionali sull'informatizzazione dei PT e sulla libera mobilità dei pazienti, le strutture di cura sono tenute all'invio mensile alle ATS di residenza dei PT cartacei redatti esclusivamente nei casi di malfunzionamento della piattaforma PTOnline. Pertanto, nel corso del 2026 sarà oggetto di controllo il 100% dei Piani Terapeutici cartacei pervenuti sia al fine del processo di dematerializzazione che di appropriatezza; saranno altresì oggetto di verifica che i record relativi ai PTOnline redatti su modello "Generale".

In materia di appropriatezza prescrittiva, come previsto dalle Regole di Sistema 2026 e s.m., saranno monitorati gli indicatori relativi all'utilizzo di Enoxaparina sodica biosimilare e di Denosumab, con target regionali rispettivamente pari al 30% e al 20%. Per i farmaci GLP1/GIP, saranno oggetto di verifica le prescrizioni dematerializzate, la presenza del Piano Terapeutico e del codice di esenzione, quali proxy della corretta individuazione della condizione clinica di Diabete Mellito di tipo 2 (DM2), in conformità alla Nota AIFA n. 100.

Inoltre, in coerenza con le attività di monitoraggio della spesa farmaceutica e con gli obiettivi di appropriatezza prescrittiva, nel corso dell'anno 2026 saranno effettuati specifici controlli sulle prescrizioni RUR relative ai farmaci a base di ormone

somatotropo (GH) trasmesse dalle farmacie di comunità del territorio. In particolare, sarà verificato che il 100% delle ricette RUR riferite a tali farmaci: siano state effettivamente prescritte da un medico autorizzato; risultino correttamente intestate al paziente avente diritto; siano conformi alle disposizioni previste dalla procedura dell'ATS di Brescia (nota prot. n. 0015125 del 07/02/2023).

Tabella 31 - Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio Piani Terapeutici

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio Piani Terapeutici
MODALITÀ	Da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Il 100% dei PT pervenuti sia in modalità cartacea che quelli online redatti su "modello generale" nonché i record relativi alle prescrizioni di Enoxaparina e Denosumab; GLP1/GIP; RUR prescriventi GH.
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Farmavision - Piattaforma PT online
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Il campione è costituito dal 100% dei: a) PT cartacei ed online "generalisti"; b) Prescrizioni di: Enoxaparina e Denosumab; GLP1/GIP anche a riguardo al codice di esenzione per patologia; GH su eventuale ricetta RUR.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Le attività di monitoraggio vengono condotte attraverso: a) verifica delle motivazioni della mancata redazione del PT in modalità DEM nonché dell'appropriatezza prescrittiva; b) l'analisi delle DDD; verifica della presenza del PT valido.

AREA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

CONTROLLI FILE F.

Contesto

Nel contesto di una crescita rilevante della spesa farmaceutica per i farmaci a somministrazione diretta, determinata dall'invecchiamento della popolazione, dall'evoluzione delle terapie e dall'innovazione farmaceutica, risulta prioritario implementare sistemi strutturati di monitoraggio e controllo, finalizzati a garantire un governo efficiente e sostenibile della spesa.

La promozione dei farmaci biosimilari rappresenta una leva strategica per il Servizio Sanitario, in quanto consente di ampliare l'accesso ai farmaci biologici e di migliorare la sostenibilità economica del sistema, liberando risorse destinabili ad ambiti ad alto valore aggiunto, quali l'innovazione.

È inoltre necessario assicurare la piena conformità della prescrizione, dell'utilizzo e del rimborso dei farmaci alla normativa nazionale vigente, sia in termini di appropriatezza clinica (registri AIFA, Legge 648/96, RCP), sia in termini di appropriatezza economica (verifica dei prezzi massimi di rimborso, procedure di gara per enti pubblici e corretto accesso ai fondi innovativi).

Il Piano dei Controlli, oltre a promuovere l'accesso all'innovazione e l'appropriatezza d'uso dei farmaci, prevede il monitoraggio periodico dei consumi e della spesa attraverso la verifica della corretta rendicontazione, al fine di assicurare il rispetto dei tetti di spesa per gli acquisti diretti e delle risorse allocate ai fondi innovativi.

Nel corso dell'anno 2026 saranno inoltre effettuate verifiche finalizzate a garantire la corretta rendicontazione e compensazione della mobilità sanitaria interregionale relativamente ai farmaci ed emoderivati.

Programmazione attività

Così come disposto dalla DGR n. XII/5589/2025 (paragrafo 14.2.1) è prevista:

Promozione dell'uso dei farmaci biosimilari

Di seguito si riportano le molecole individuate dalla DGR delle Regole 2026 *"sulla base dei seguenti criteri: impatto di spesa File F, con brevetto scaduto per tutte le indicazioni terapeutiche, non soggetti a fenomeni di carenza, e gli obiettivi calcolati percentualmente come quantità (pezzo) di biosimilare rispetto alla quantità totale (biosimilare + originator) sul dato di produzione File F di ogni singolo erogatore nell'anno 2026 (per tutte le tipologie e per tutti gli assistiti).*

- ADALIMUMAB (95%)
- ETANERCEPT (85%)
- INFLIXIMAB EV (99 %)
- TRASTUZUMAB EV (99,5%)
- BEVACIZUMAB (99%)
- RITUXIMAB EV (99%)
- RANIBIZUMAB (40%)

A questi medicinali si aggiunge anche la promozione della prescrizione e utilizzo a livello ospedaliero dei farmaci biosimilari di:

- DENOSUMAB (almeno il 40% del biosimilare)
- USTEKINUMAB (almeno il 20% del biosimilare)
- AFLIBERCEPT 2 MG (almeno il 20% del biosimilare)
- ECULIZUMAB (almeno il 40% del biosimilare)"

Sulla base dell'estrazione aggiornata dei dati relativi ai farmaci biosimilari dal portale Farmadati e del dato di produzione del File F consolidato da ARIA per conto di Regione Lombardia, l'ATS di Brescia elabora report di monitoraggio con cadenza trimestrale e

cumulativa annuale sull'utilizzo dei farmaci biosimilari presso le strutture ospedaliere (ASST, IRCCS e strutture private accreditate) che erogano prestazioni in File F.

I report trimestrali vengono condivisi con ciascun Erogatore e contengono:

- le percentuali di utilizzo dei biosimilari, calcolate sulla base delle quantità effettivamente utilizzate, riconducendo l'unità di misura al singolo "pezzo";
- il rapporto tra il consumo del biosimilare e il consumo totale per singola molecola;
- il benchmark riferito allo stesso periodo di osservazione;
- il posizionamento di ciascun Ente rispetto agli obiettivi target regionali.

Nel report vengono inoltre attenzionate ed evidenziate le referenze con percentuali di utilizzo inferiori agli obiettivi regionali, al fine di supportare azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di ottimizzazione della spesa.

Tale attività di monitoraggio ha l'obiettivo di verificare l'aderenza degli erogatori alle politiche regionali sui biosimilari, favorire l'uso appropriato dei farmaci equivalenti e contribuire al contenimento e alla sostenibilità della spesa farmaceutica ospedaliera (File F).

Completezza e la chiusura delle schede registri AIFA

Anche per l'anno 2026 viene confermato dalle regole di sistema *"come obbligo da parte delle strutture che erogano i farmaci in File F: la chiusura delle schede di Registro AIFA, quando il trattamento è concluso ricordando che è un obbligo di legge in capo al clinico; qualora non sia chiusa la scheda di registro a trattamento concluso, si dispone un abbattimento del File F (tipologia CO) dell'0,3% a fine anno. Le ATS hanno come obiettivo per l'anno 2025, la verifica su tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano il File F: della chiusura delle schede di registro AIFA attive nel 2025 per cui non risultano dispensazioni di farmaco da oltre 4 mesi senza motivazione clinica. Per schede attive si intendono le schede che abbiano avuto almeno una dispensazione nel 2025. L'esito dei controlli dovrà essere comunicato entro il 30/09/2026. Sarà in capo agli uffici competenti regionali l'invio agli enti dei report che verranno estratti dal sistema AIFA[...]"*

Tabella 32 - Completezza e chiusura schede registri AIFA

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Completezza e chiusura schede registri AIFA
MODALITÀ	Da remoto - eventuale Audit in loco se necessario
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Tutti i report estratti dal sistema AIFA e inviati ad ATS dalla DGW
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Report estratti dal sistema AIFA e inviati dalla DGW. Applicativo Registri AIFA delle strutture
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	100% delle schede di registro AIFA attive nel 2025 per cui non risultano dispensazioni di farmaco da oltre 4 mesi senza motivazione clinica (report fornito da DGW).
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Elaborazione e invio agli erogatori dei report contenenti l'elenco dei trattamenti aperti. Verifica tramite evidenze dell'avvenuta chiusura schede AIFA, anche tramite audit presso gli erogatori.

Controlli tecnico-qualitativi

I controlli tecnico-qualitativi sul tracciato File F sono finalizzati a garantire una rendicontazione più accurata. L'attività di verifica riguarda non solo il valore economico esposto (prezzi massimi di acquisto SSN, riduzione dei prezzi del 5% prevista dalla Legge di Bilancio 2026) e i consumi rendicontati in termini di quantità e rimborsabilità, ma anche la corretta attribuzione alle diverse tipologie di finanziamento disponibili (acquisti diretti, Fondo Innovatività piena e Reserve), la gestione appropriata dei pazienti in mobilità sanitaria e il corretto inquadramento nei canali erogativi.

Tabella 33 - Controlli tecnico-qualitativi

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Controlli tecnico-qualitativi
MODALITÀ	Da remoto - eventuale Audit in loco se necessario
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Record rendicontati nel periodo gennaio-dicembre 2026 relativi a: Mobilità Sanitaria: (flusso File F ed emocomponenti) verifica della compilazione del campo relativo alla compensazione per gli assistiti extraregione = 100% Farmaci in classe Cnn autorizzati da DGW: assenza di rendicontazione in File F Prezzo massimo di acquisto: 100% dei record nei quali il prezzo del farmaco rendicontato in File F sia superiore al prezzo massimo d'acquisto AIFA Tracciato File F: verifica del corretto inquadramento nei canali erogativi nonché della rimborsabilità da parte delle Strutture sanitarie.
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Base dati File F consolidata a livello regionale, report Farmavision: EXPFP, EXPFC. Flusso emocomponenti. Report prezzi massimi d'acquisto AIFA
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Tutti i record rendicontati nel periodo gennaio-dicembre 2026 relativi agli item di cui sopra
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verifica della corretta applicazione delle disposizioni regionali e produzione di report per gli erogatori. Verifica delle prescrizioni anche con audit presso le strutture.

Si segnala infine che, in ottica di miglioramento della tracciabilità dei flussi di rendicontazione di File F e acquisti, DGW definirà per l'anno 2026, la riconciliazione tra dato di File F e dato fatturazione, seguiranno istruzioni operative da parte di Regione Lombardia.

Farmaci Innovativi e CAR-T

Verifica di congruità tra File F e schede AIFA per i farmaci innovativi (Tipologia 30 e 40), le terapie CAR-T, le terapie geniche e gli antibiotici Reserve, con particolare

attenzione alla verifica: della presenza dei registri AIFA per ogni dispensazione/somministrazione e della coerenza tra le informazioni riportate nei registri AIFA e il tracciato File F. Si procederà altresì alla verifica della corretta gestione dei farmaci innovativi nell'ambito del progetto di accorpamento Pubblico/Privato, inclusi i pazienti residenti in Regioni a statuto speciale che, a partire dall'anno 2026, accedono al Fondo Innovativi alle stesse condizioni delle altre Regioni italiane.

Tabella 34 - Farmaci Innovativi e CAR-T

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Farmaci Innovativi e CAR-T.
MODALITÀ	In loco
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Tutti i record File F rendicontati
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Base dati File F consolidata a livello regionale, report Farmavision: EXPFP, EXPFC. Elenco Farmaci innovativi AIFA. Registri AIFA.
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	100% dei record rendicontabili nel periodo gennaio-dicembre 2026 in tipologia 30 e 40 del File F.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Per i record File F verifica della relativa scheda da registro AIFA e della congruenza tra registro AIFA e tracciato File F.

AREA PROTESICA ASSISTENZA INTEGRATIVA

Contesto

Sul territorio di ATS Brescia sono presenti n. 630 prescrittori e n. 83 ditte autorizzate all'erogazione di forniture protesiche, di cui 25 ortopedie, 23 esercizi di ottica e 35 ditte audioprotesiche.

L'elenco dei prescrittori di protesica è stato aggiornato con Determina Dirigenziale n. 450 del 30.12.2025 e quello dei fornitori di protesica, aggiornato con Determina Dirigenziale n. 451 del 30.12.2025 sono pubblicati sul sito web dell'Agenzia.

MONITORAGGIO E CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA PROTESICA

Afferiscono a questa fase tutte le attività di controllo legate alla abilitazione, su istanza, degli specialisti ospedalieri alla prescrizione protesica online su Assistant-RL (rilascio credenziali). L'elenco degli specialisti Prescrittori abilitati alla prescrizione protesica online è pubblicato ed aggiornato con cadenza semestrale sul sito web dell'ATS di Brescia previa adozione di Determina Dirigenziale di approvazione.

Tabella 35 - Controllo dei requisiti dei prescrittori per il rilascio delle credenziali e successiva gestione dei relativi elenchi

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Controllo dei requisiti dei prescrittori per il rilascio delle credenziali e successiva gestione dei relativi elenchi
MODALITÀ	Da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	100% delle istanze pervenute e Numero 2 aggiornamento elenchi con pubblicazione sul sito web di ATS.
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Programma di gestione documentale.
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Tutte le richieste.
MODALITÀ OPERATIVE E DI ESECUZIONE	Ricezione istanze, verifica dei requisiti e rilascio delle credenziali. Adozione provvedimento formale di aggiornamento elenco prescrittori e pubblicazione su pagina web dedicata.

Tabella 36 - Monitoraggio prescrizioni online vs cartacee (punto 6.1 lettera e) DGR n. X/6917/2017)

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Monitoraggio prescrizioni online vs cartacee (punto 6.1 lettera e) DGR n. X/ 6917/2017)
MODALITÀ	Da remoto.
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 1 monitoraggio delle prescrizioni online vs. cartaceo, in collaborazione con l'ASST Spedali Civili di Brescia (SUPI). Saranno eseguite n. 4 estrazioni complessive, in una giornata definita per ogni trimestre
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	AssistantRL
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Saranno eseguite n. 4 estrazioni complessive, in una giornata definita per ogni trimestre
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	La SCF procederà alla verifica con il SUPI ASST SPEDALI CIVILI di BRESCIA che i Prescrittori degli Enti del Sistema SSR autorizzati alla prescrizione protesica (Strutture Sanitarie Pubbliche e Private Accreditate, RSA, IDR, ...,) utilizzino esclusivamente la piattaforma regionale AssistantRL, riducendo ai soli casi di effettiva impossibilità la prescrizione su cartaceo.

MONITORAGGIO E CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA EROGATIVA

L'attività di vigilanza si articola in una fase di controllo preventivo e in una fase di verifica successiva. Quello preventivo riguarda la verifica di tutte le istanze pervenute ed è finalizzato all'accreditamento dei fornitori di protesi, ortesi e ausili di cui all'Allegato 5 del DPCM 12 gennaio 2017, nonché all'attribuzione del Codice Fornitore necessario per la presa in carico e la consegna delle forniture attraverso il sistema informativo regionale Assistant-RL.

La verifica dell'attività in essere è invece volta all'accertamento del mantenimento dei requisiti di accreditamento delle sedi delle Aziende Fornitrici già iscritte nell'elenco regionale, sezione ATS Brescia.

Tabella 37 - Aziende fornitrici

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Aziende fornitrici
MODALITÀ	L'attività è svolta da remoto. In loco qualora si rivelino criticità.
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Fornitori non presenti nell'elenco regionale: 100% delle nuove richieste di inserimento/variazione/cessazione nell'elenco regionale; Fornitori già presenti nell'elenco regionale (vigilanza): verifica mantenimento dei requisiti (Scheda iscrizione) per il 10% delle Aziende fornitrici presenti in elenco Vigilanza straordinaria solo qualora si rendesse necessario (non programmabile).
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Programma di gestione documentale, Assistant-RL, Albo dell'Ordine dei tecnici, Telemaco e Ministero della Salute.
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Istanze: richieste di inserimento/variazione/cessazione nell'elenco regionale=100% Vigilanza: criterio cronologico, determinato sulla base del codice di iscrizione in elenco più remoto, con esclusione dei fornitori già sottoposti a controllo nell'anno 2025.
MODALITÀ OPERATIVE E DI ESECUZIONE	Istanze: verifica documentale. Aggiornamento elenco fornitori Vigilanza: acquisizione delle schede fornitore aggiornate come da Nota regionale Prot. H1.2011.0027302 del 19/09/2011.

Tabella 38 - Aggiornamento elenco fornitori

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Aggiornamento elenco fornitori
MODALITÀ	<i>Da remoto</i>
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI	<i>Almeno 1 determina di aggiornamento al</i>

PROGRAMMATI	<i>semestre in caso di variazioni.</i>
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Assistant@RL/ Elenco fornitori agli atti della SC Farmaceutico</i>
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>100% delle variazioni comunicate alla SC Farmaceutico (istanze di cancellazione e istanze di accreditamento).</i>
MODALITÀ OPERATIVE E DI ESECUZIONE	<i>L'attività sarà svolta al bisogno, in coerenza alle variazioni comunicate alla SC Farmaceutico e consiste nell'adozione di almeno una determinazione di aggiornamento dell'Elenco dei fornitori da adottare entro 30 giorni dalle modifiche intervenute con pubblicazione dell'elenco sul sito istituzionale di ATS.</i> <i>All'adozione del provvedimento di aggiornamento dell'elenco conseguiranno n. aggiornamenti anagrafica fornitori in Assist@nt-RL (coincidenti ai nuovi inserimenti/cancellazione dall'Elenco)</i>

Tabella 39 – Coerenza forniture con requisiti fornitori

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	COERENZA FORNITURE CON REQUISITI FORNITORI
MODALITÀ	<i>L'attività sarà espletata da remoto d'intesa con il SUPI.</i>
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	<i>1 monitoraggio annuo sulle aziende oggetto di mantenimento requisiti.</i>
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Assistant@RL</i>
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>La verifica è espletata sull'intero campione.</i>
MODALITÀ OPERATIVE E DI ESECUZIONE	<i>1.Estrazione da Assistant@RL, Sezione Report, Sottosezione Controllo, dell'elenco prescrizioni relative alle tre ASST con individuazione del codice fornitore.</i> <i>2.Verifica congruenza tra prescritto ed erogato mediante raffronto dei campi descrizione presidio, ragione sociale fornitore, denominazione classe ISO2.</i>

COORDINAMENTO – EXTERNAL AUDITING.

Il coordinamento dell'attività autorizzativa ed erogativa dei presidi della protesica maggiore è in capo al Servizio Unificato Protesica Integrativa (SUPI) di ASST Spedali Civili di Brescia.

ATS Brescia, ai sensi della DGR 6917/2017, appendice al punto 6- Controlli, esercita sul SUPI territoriale una funzione di coordinamento/external auditing, che si concretizzerà, in linea con quanto fatto negli anni precedenti, nelle seguenti azioni:

Tabella 40 – EXTERNAL AUDITING SU SUPI

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	EXTERNAL AUDITING SU SUPI
MODALITÀ	AUDIT
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Uno annuo
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Assistant@RL
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>Il campione è stato così determinato:</i> <i>a) Controllo congruenza prescrittiva: n.5 pratiche per ogni Distretto;</i> <i>b) Controllo collaudi: in base a quanto segnalato in supporto all'attività di collaudo</i> <i>c) Controllo utilizzo CPAP: n.5 pratiche per ogni Distretto;</i> <i>d) Controllo fornitori VMD: sulla base delle criticità emerse in corso d'anno;</i> <i>e) Controllo visite spec. per protesi acustiche: n. 5 pratiche per ogni Distretto;</i> <i>f) recupero e ricondizionamento dispositivi: n. 5 pratiche per ogni Distretto.</i>
MODALITÀ OPERATIVE E DI ESECUZIONE	<i>Nel corso dell'audit saranno messe in campo le azioni descritte all'appendice al punto 6) - Controlli della DGR 6917/2017 e saranno processati i seguenti ambiti:</i> <i>- controllo congruenza prescrittiva</i> <i>- controllo collaudi</i> <i>- controllo utilizzo CPAP</i> <i>- controllo fornitori VMD</i> <i>- controllo visite spec. per protesi acustiche</i> <i>- recupero e ricondizionamento dispositivi.</i>

Brescia, 26/02/2026

Redazione a cura del Dipartimento PAAPSS e della SC Farmaceutico