



# PIANO DEI CONTROLLI – ANNO 2025

PIANO DEI CONTROLLI – ANNO 2025 .....	1
AREA SANITARIA .....	3
Contesto .....	3
Programmazione dell'attività di vigilanza .....	3
Programmazione attività di controllo di appropriatezza ricoveri .....	5
Programmazione attività di controllo prestazioni ambulatoriali.....	10
Monitoraggio tempi di attesa.....	12
Appropriatezza prescrittiva .....	13
Rilevazione della qualità percepita .....	14
Verifica reti cliniche .....	14
AREA SOCIOSANITARIA.....	14
Contesto .....	14
Programmazione attività di vigilanza.....	15
Programmazione attività di controllo di appropriatezza.....	17
AREA SOCIALE.....	22
Contesto .....	22
Programmazione attività di vigilanza.....	23
CONTROLLO REQUISITI SOGGETTIVI E DI CONTRATTUALIZZAZIONE.....	24
AREA FARMACEUTICA.....	28
FARMACIE PUBBLICHE E PRIVATE APERTE AL PUBBLICO E DISPENSARI.....	28
DEPOSITI E GROSSISTI .....	31
PARAFARMACIE.....	32
SITI DI VENDITA ON LINE .....	33
RSA/RSD.....	33
STUPEFACENTI .....	34
CONGUAGLIO CONTABILE - SISTEMA WORKFLOW .....	35
CONTROLLI TECNICI SULLE RICETTE SSN TRAMITE COMMISSIONE FARMACEUTICA AZIENDALE .....	35
DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC).....	38
ATTIVITÀ CONTROLLO APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA. ....	39
PIANI TERAPEUTICI.....	39
AREA FARMACEUTICA OSPEDALIERA .....	40
CONTROLLI FILE F.....	40
AREA PROTESICA ASSISTENZA INTEGRATIVA .....	44



MONITORAGGIO E CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA PROTESICA .....	45
MONITORAGGIO E CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA EROGATIVA.....	46
COORDINAMENTO – EXTERNAL AUDITING. ....	49



Il presente Piano dei controlli delinea, per l'anno 2025, la programmazione dell'attività di controllo sulla rete degli erogatori sanitari, sociosanitari e sociali afferenti alla ATS di Brescia ed è redatto secondo le indicazioni della D.G.R. n. XII/3720 del 30.12.2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025".

## AREA SANITARIA

### Contesto

La rete delle strutture sanitarie autorizzate e accreditate sul territorio ATS (pubbliche/private) al 01.01.2025 è riportato nella seguente tabella.

Tabella 1. Strutture sanitarie autorizzate e accreditate al 01.01.2025

<b>Strutture/attività</b>	<b>pubbliche</b>	<b>private</b>	<b>totale</b>
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 dedicate per degenze subacute	0	1	1
Strutture ambulatoriali extraospedaliero	5	11	16
Strutture ambulatoriali extraospedaliero medicina dello sport	0	7	7
Laboratori clinici extraospedalieri	1	4	5
Comunità e centri diurni psichiatrici privati	0	12	12
Comunità e centri diurni NPIA 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
<b>Totale</b>	<b>34</b>	<b>80</b>	<b>114</b>

### Programmazione dell'attività di vigilanza

I procedimenti di abilitazione/autorizzazione e di accreditamento di nuove strutture sanitarie pubbliche e private sul territorio dell'ATS di Brescia, nonché successiva vigilanza sul mantenimento dei requisiti, sono in capo rispettivamente alla SS Accreditamento Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e della rete territoriale e alla SS Vigilanza Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e della rete territoriale.

Nel corso del 2025 sono garantite le seguenti attività:

- gestione del 100% delle SCIA/istanze di autorizzazione/istanze di accreditamento;
- gestione del 100% delle volture/variazioni relative a enti e strutture, compreso il riconoscimento di Ente unico;
- monitoraggio dei requisiti strutturali del 100% delle strutture in proroga ai sensi della DGR n. XII/3720/2024, per le relative strutture afferenti;
- vigilanza sul 100% delle segnalazioni pervenute;
- verifiche sul 100% delle istanze per rilascio o rinnovo di parere di idoneità alla conduzione di sperimentazioni cliniche;
- attività di verifica di routine in ordine:
  - alla gestione con raccolta, verifica e inserimento a sistema dei Flussi Informativi Ministeriali (FIM);
  - alla verifica e monitoraggio dell'avvenuto caricamento/aggiornamento del Flusso informativo Ministeriale Grandi Apparecchiature sanitarie obbligatorio per le strutture sanitarie;



- alle verifiche in ordine all'avvenuto adempimento alla Valutazione Esterna di Qualità (VEQ) dei Laboratori clinici;
- alle autocertificazioni annuali inviate da tutte le strutture sanitarie autorizzate e/o accreditate e/o a contratto ai sensi dell'art. 18 della D.G.R. 3312/01;
- alle autocertificazioni trimestrali ai sensi della D.G.R. 2877/01 per le strutture di ricovero e cura secondo le specifiche indicazioni regionali.

Viene, inoltre, garantita l'attività di vigilanza sanitaria routinaria sulle strutture campionate secondo le modalità indicate dal DPR 14/01/1997 e dalla DGR n. XI/7315/2022, con una periodicità dei controlli almeno quinquennale.

Per quanto concerne le strutture appartenenti al sistema sangue e Centri di Procreazione Medicalmente Assistita, la periodicità delle verifiche è biennale. Le verifiche sui Centri di PMA vengono effettuate in modo congiunto con gli ispettori il Centro Nazionale Trapianti, mentre quelle del sistema sangue vengono effettuate con un valutatore specificatamente formato preferibilmente interno ad ATS.

Tutte le verifiche sono eseguite tramite sopralluogo, con possibilità di controlli solo documentali per le istanze di riclassificazione.

Il campionamento privilegia:

- le strutture con Unità operative non vigilate da maggior tempo;
- le strutture oggetto di sanzione nel precedente anno;
- le strutture di cui siano note criticità.

Il numero delle verifiche previste per l'anno 2025 sono declinate per tipologia di struttura come segue.

Tabella 2. Strutture sanitarie oggetto di vigilanza programmata nell'anno 2025

<b>Tipologia di struttura sanitaria</b>	<b>Totale strutture</b>	<b>Strutture in vigilanza</b>
Strutture di ricovero e cura	23	14
Strutture di ricovero e cura riabilitative	6	2
Strutture di ricovero e cura a ciclo diurno extraospedaliero	7	2
Strutture per degenze subacute	1	0
Strutture ambulatoriali extraospedaliero	16	3
Strutture ambulatoriali extraospedaliero di medicina dello sport	7	2
Laboratori clinici extraospedalieri	5	1
Strutture psichiatriche	12	3
Strutture NPIA	6	1
Servizi Immunotrasfusionali	3	1
Centro di Lavorazione e Validazione Sangue	1	1
Unità di Raccolta Sangue	22	11
Centri di Procreazione Medicalmente Assistita	5	2
<b>Totale</b>	<b>114</b>	<b>43</b>

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

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

### *Indicatori*

Numero delle strutture sanitarie sottoposte a vigilanza programmata pari ad almeno n. 43, garantendo una regolare verifica quinquennale delle unità operative di ciascuna struttura.



Verifica del 100% delle istanze di autorizzazione/SCIA, accreditamento, modifica dei Ente erogatore

### *Composizione equipe*

L'equipe per l'attività di accreditamento e vigilanza sanitaria delle 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);
- n. 2 infermieri;
- n. 1 assistente sanitario
- n. 3 tecnici della prevenzione/collaboratore tecnico.

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 o dell'assistente sanitario e la figura del 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.

### *Cronoprogramma*

Le attività di controllo saranno distribuite regolarmente durante tutto l'arco dell'anno.

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. 43
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	SIGAUSS, FIM, VEQ, flusso grandi apparecchiature, 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

### *Programmazione attività di controllo di appropriatezza ricoveri*

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

Tutte le strutture di ricovero sono soggette in corso d'anno a controlli programmati, cui si aggiungono controlli straordinari nel caso in cui pervengano segnalazioni rispetto alla corretta attuazione del processo assistenziale e la classificazione dei ricoveri.

Il controllo viene effettuato in loco e, laddove possibile, da remoto su documentazione in formato digitale.



Il volume di verifica programmata sulle prestazioni di ricovero è determinato in almeno il 12,5% (calcolato su una produzione stimata di 165.416 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.

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

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

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

#### *Autocontrollo*

Si esplicitano di seguito le disposizioni per le attività di autocontrollo da parte degli Erogatori come da DGR n. XII/3720/2024.

Autocontrollo qualità documentale Ricoveri (3%) – dimessi dal 1° gennaio 2025.

ATS procede a:

- campionamento casuale (numerosità = 3% produzione 2024) sui dimessi gennaio-marzo 2025;
- 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 2025.

ATS, a partire dal riscontro degli Enti:

- verifica un campione del 3% 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 10/01/2026 (con possibilità di correggere eventuali errori entro il 10/02/2026).



Autocontrollo congruenza e appropriatezza generica ricoveri (3,5%) - dimessi dal 1° gennaio 2025.

Gli Enti gestori provvedono a:

- definire ed inviare ad ATS il Piano di Controllo di Struttura entro il 15 febbraio 2025;
- campionare (numerosità = 3,5% produzione 2024) su gennaio-aprile 2025;
- inviare 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 2025.

ATS, a partire da quanto pervenuto dagli Enti gestori:

- segnala eventuali criticità in merito al Piano di Controllo di Struttura;
- verifica una quota parte del 3,5% iniziale; per verifica di 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 10/01/2026 (con possibilità di correggere eventuali errori entro il 10/02/2026).

#### *Controlli di tipo mirato*

In ottemperanza alla DGR n. XII/3720/2024 si individua una quota di verifica 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.

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

- indicatori Regionali, così come specificati dalla DGR n. IX/2633 del 06/12/2011, calcolati e forniti dalla Direzione Generale Welfare;
  - I1-percentuale di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni;
  - I2-percentuale casi complicati;
  - I3-incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa;
  - I4-percentuale di ricoveri ripetuti per la stessa MDC e nello stesso ospedale;
  - I5-percentuale di ricoveri ripetuti all'interno dello stesso ospedale;
  - I6-numero di accessi per record di day-hospital;
  - I7-percentuale di procedure effettuate in ambulatorio;
  - I8-importo medio per reparto;
  - I9-percentuale di casi ordinari con degenza 4/5 giorni;
- tipologia di campione (ex fattispecie):
  - cod. 8 - Obiettivi locali, come di seguito declinati.

Tabella 4 – Criteri locali NOC

<b>CRITERIO DESCRITTIVO</b>	<b>SUB_COD</b>	<b>MOTIVO PRINCIPALE DI CONTROLLO</b>
8 – Ricoveri ripetuti	801	Inappropriatezza setting assistenziale - Ex fattispecie 1
8 – DRG complicati	802	Codifica non congrua - Ex fattispecie 2



<b>CRITERIO DESCRITTIVO</b>	<b>SUB_COD</b>	<b>MOTIVO PRINCIPALE DI CONTROLLO</b>
8 - DRG Anomalo	803	Codifica non congrua - Ex fattispecie 3
8 - Ricoveri ordinari per acuti, di durata inferiore a 4 giorni, con presenza in diagnosi principale di patologia neoplastica ed assegnazione di DRG non chirurgico	804	Inappropriatezza setting/giornate degenza - Ex fattispecie 4
8 - DH diagnostici, con 0/1 procedure	805	Inappropriatezza setting - Ex fattispecie 5
8 - Riabilitazione	806	Mancata applicazione Regole regionali/Inappropriatezza Setting e Codifica non congrua SDO-D - Ex fattispecie 6 e 7 -
8 - DRG Chirurgici e Medici brevi	807	Inappropriatezza setting/giornate
8 - DRG a rischio inappropriatezza- Chirurgici e Medici	808	Inappropriatezza setting/giornate (108 DRG LEA)
8 - DRG chemioterapia	809	Inappropriatezza setting/giornate
8 - IMA	810	Codifica non congrua
8 - Nefrostomie	811	Codifica non congrua
8 - DRG area ginecologica (compresa Madre Nutrice)	812	Mancata applicazione Regole regionali/Codifica non congrua
8 - Parti	813	Codifica non congrua
8 - PMA	814	Codifica non congrua
8 - Neonati patologici	815	Codifica non congrua
8 - DRG t. mammella	816	Codifica non congrua
8 - Neoplasie	817	Mancata applicazione Regole regionali/Codifica non congrua
8 - Setticemie	818	Mancata applicazione Regole regionali/Codifica non congrua
8 - DRG dermatologici	819	Inappropriatezza setting e Codifica non congrua
8 - Ustioni	820	Codifica non congrua
8 - Innesti cutanei	821	Codifica non congrua
8 - Subacuti	822	Mancata applicazione Regole regionali/Inappropriatezza setting
8 - Ricoveri rinviati	823	Codifica non congrua e Inappropriatezza setting
8 - Ricoveri con procedure BIC	824	Inappropriatezza setting
8 - Chirurgia bariatrica e post bariatrica	825	Mancata applicazione Regole regionali
8 - Endoprotesi	826	Mancata applicazione Regole regionali/Codifica non congrua
8 - Artrodesi	827	Mancata applicazione Regole regionali/Codifica non congrua
8 - DRG più remunerativi (comprese tracheostomie)	828	Codifica non congrua
8 - DRG ORL	829	Mancata applicazione Regole regionali/Inappropriatezza setting
8 - Stroke - Rete Stroke	830	Mancata applicazione Regole regionali
8 - Altre Aree di interesse locale	831	Codifica non congrua, setting, inappropriatezza generica, etc.



Sempre in ambito di controllo di tipo mirato, si porrà particolare attenzione:

- alle disposizioni della DGR n. XII/3720/2024 in merito alla "Rendicontazione utilizzo pompa coassiale", così come disposto in appendice 4;
- al Documento di Heart Team negli interventi di TAVI (Impianto Trans-catetere della Valvola Aortica), con relativo abbattimento economico secondo le future indicazioni regionali in materia.

Per quanto riguarda il Percorso di Screening Nutrizionale, come specificato dalla DGR n. XII/3720/2024, la relativa documentazione sarà parte dei controlli delle cartelle cliniche dai dimessi dal 01.01.2025, con relativo abbattimento economico in caso di carenza documentale secondo le indicazioni regionali.

#### *Indicatori*

Numerosità cartelle campionate e verificate  $\geq 12,5\%$  del totale ricoveri, calcolato sulla produzione 2024. Per l'attività di controllo mirato e di autocontrollo prevista per il 2025, corrisponde a 20.677 cartelle previste da sottoporre a controllo su una produzione stimata provvisoria di 165.416 ricoveri (dati provvisori in attesa del validato definitivo Regionale).

#### *Composizione equipe*

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

- n. 5 dirigenti medici (tra cui un responsabile);
- n. 1 infermiere;
- n. 1 assistente amministrativo.

#### *Cronoprogramma*

L'attività si svolge dal 1° gennaio 2025 fino al 31 dicembre 2025 e prevede, in linea di massima, 2 ispezioni 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. 9.925 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	Indicatori regionali, obiettivi locali tipologia 8, comprese 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. 4.962 cartelle da verificare in autocontrollo da parte delle Strutture e n. 1.173 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 2025) e controllo su quota parte selezionata con modalità di campionamento casuale da ATS
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verballi 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. 5.790 cartelle da verificare in autocontrollo da parte delle Strutture e n. 1.256 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 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	Verballi di ispezione

### Programmazione attività di controllo prestazioni ambulatoriali

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 S.S. Tempi di attesa e Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie Ambulatoriali.

L'obiettivo dei controlli sulle prestazioni ambulatoriali prevede, per l'anno 2025, un volume di controlli pari ad almeno il 3,5% come riportato nella DGR n. XII/3720/2024, corrispondente a circa 243.126 pratiche (dato provvisorio in attesa del validato regionale, calcolato secondo i criteri Regionali sulla produzione 2024).

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



Una quota parte del 3,5% pari allo 0,15% sarà riservata, come da DGR sopracitata e future indicazioni di ACSS, al controllo delle prestazioni contrassegnate con flag 1 e 3.

Il controllo viene effettuato in loco e, laddove possibile, da remoto su documentazione in formato digitale.

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".

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 2024 e la correttezza della valorizzazione del campo "ticket" (DGR n. X/6800/2017 e s.m.i.), 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, 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;
- 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:
  - 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;
  - 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;
  - 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:



- controlli prestazioni correlate a SARS-CoV-2 sull'erogato 2023: controlli incrociati Flusso 28/SAN e Flusso Regionale Esiti, con la collaborazione della S.S.D. Epidemiologia, relativi alle prestazioni tampone naso/faringeo cod. 91.12.1, test antigenici cod. 90.55.7 e cod. 90.55.8, secondo i criteri definiti con nota regionale prot. n. G1.2021.0065064 del 22/11/2021;
- controlli su prestazioni contrassegnate con flag 1 e 3, come da future indicazioni operative di ACSS.
- controlli su prestazioni di medicina dello sport: verifica della congruenza formale della rendicontazione delle prestazioni di medicina sportiva, con riferimento all'utilizzo dell'esenzione I01 e all'indicazione della posizione ticket (vedi DGR n. X/7503/2017 "Flussi informativi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie" e nota prot. n. G1.2022.0011715 del 28.02.2022).

### *Indicatori*

Numerosità prestazioni ambulatoriali campionate e verificate  $\geq 3,5\%$  del totale della produzione 2024, pari a 243.126 pratiche (dati provvisori in attesa del validato definitivo Regionale).

### *Composizione equipe*

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

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

### *Cronoprogramma*

L'attività verrà svolta progressivamente dal 01.01.2025 al 31.12.2025.

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	243.126 pratiche (in attesa del validato regionale)
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Data warehouse aziendale, flusso 28/SAN, flusso esiti, flusso SDO
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, controlli di interesse locale, prestazioni correlate a SARS-CoV-2 (controlli incrociati Flusso 28/SAN e Flusso Regionale Esiti), controllo prestazioni di medicina sportiva
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Report in base a criteri mirati e strumenti (file/stampe) per i controlli statistico formali e in loco.

### *Monitoraggio tempi di attesa*

ATS Brescia svolge un puntuale monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero chirurgico programmato contenute nel PNGLA e nel Piano Operativo Regionale per il contenimento dei tempi di attesa.



L'attività viene assicurata dalla S.S. Tempi di attesa e Appropriatelyzza delle Prestazioni Sanitarie Ambulatoriali.

Viene regolarmente verificato il pieno assolvimento del debito informativo "ex-ante" degli Enti, che dal 1° gennaio 2025 è stato aggiornato con una nuova e più completa modalità di rilevazione (nuovo flusso ex ante), controllando anche la coerenza delle rilevazioni ex-ante ed ex- post trasmesse dagli Enti.

È oggetto di monitoraggio, inoltre, il puntuale aggiornamento, ai sensi del DLgs. n. 33/2013, della sezione dedicata ai tempi di attesa dei siti web degli Enti Erogatori, di cui è previsto l'allineamento alle Linee di Indirizzo approvate dalla Conferenza Stato-Regioni entro il 30.06.2025.

Come indicato nella DGR n. XII/3720/2024, sarà cura di ATS accertare la piena implementazione del nuovo tracciato di monitoraggio previsto per i ricoveri programmati e la regolare pulizia delle liste d'attesa con cadenza trimestrale.

Tabella 9 – Controllo tempi di attesa

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Monitoraggio ex-post/ex-ante prestazioni ambulatoriali PNGLA erogate in regime istituzionale, monitoraggio invio flussi, monitoraggio sospensioni, monitoraggio siti web, verifica corretto rapporto tra volumi attività istituzionale e libero professionale
MODALITÀ	Da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Per ogni E.E. interessato: verifica flusso MTA mensile; verifica semestrale siti web; verifica semestrale flusso sospensioni; verifica trimestrale flusso e ALPI volumi
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Flusso 28/san; flusso SDO; flusso MTA ex-ante; flusso sospensioni
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Non applicabile
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Monitoraggio delle fattispecie previste con conseguente riscontro in Regione e periodico confronto con RUA degli Enti in merito ad eventuali criticità

### Appropriatezza prescrittiva

L'attività di verifica dell'appropriatezza prescrittiva viene garantita dalla S.S. Tempi di attesa e Appropriatelyzza 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.

Vengono, inoltre, eseguite verifiche a seguito delle segnalazioni pervenute da cittadini, organi di stampa o da Enti erogatori, cui seguono, se necessario, gli opportuni richiami.

Come di indicazioni regionali, ATS si è impegnata nel corso dell'anno 2025 ad una consistente sensibilizzazione degli Enti proscrittori rispetto all'utilizzo della ricetta elettronica, che permetterà un potenziamento dei controlli sulle prescrizioni.



Ulteriori provvedimenti regionali declineranno, secondo quanto previsto dalla DGR n. XII/3720/2024, l'attività di monitoraggio mirata al rispetto di indicatori di appropriatezza prescrittiva.

### Rilevazione della qualità percepita

Il processo di ricezione del flusso dei reclami e delle azioni di miglioramento è in capo all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) di ATS con cui le strutture di vigilanza e controllo della ATS collaborano al fine di fornire i dovuti riscontri al cittadino.

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

### Verifica reti cliniche

L'ATS assicura tramite la SS Vigilanza Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e della rete territoriale la verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti previsti per le strutture sanitarie facenti parte di reti cliniche attive tramite sopralluoghi ad hoc e verifiche documentali da parte dell'equipe multidisciplinare.

Per l'anno in corso sono previste verifiche attive tramite sopralluoghi per due reti cliniche

- rete regionale dei Centri di senologia;
- rete ostetrico-neonatale e ginecologica.

## AREA SOCIOSANITARIA

### 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 10 - Unità d'offerta sociosanitarie accreditate al 01.01.2025

UdO	N. UdO abilitate	N. UdO accredit.	N. UdO contratt.	N. UdO p. progr.	N. posti abilitati	N. posti accredit.	N. posti contratt.
RSA	91	87	85		7.155	6.735	6.200
RSD	9	9	8	1	456	451	440
CDD	29	29	29		757	757	738
CDI	54	53	49		1155	1098	892
CSS	23	23	22		222	221	208
CF	28 (6 SS)	28 (6 SS)	28 (3 SS)	5 (1 SS)			
Cure Intermedie	5	5	5		207	204	204
Riab. amb./CDC	7	5	4		10	10	
Hospice/UO CP	8	8	8	2	97	97	97
CDom	35	35	35	3			
CDom (altra ATS)	2	2	2				
UCP-Dom	17 (1 SS)	16 (1 SS)	15 (1 SS)	3			
UCP-Dom (altra ATS)	2	2	2				
SerD/SMI	11 (1 SS)	11 (1 SS)	11 (1 SS)				
Com. dipendenze	22	20	19		451	375	356



Com. Bassa Int.	3	3	3		31	31	25
OdC	7	7	7	3	140	140	140
RSA aperta	44	44	44				
Res. religiosi	3	3	3				
Res. assistita	2	2	2				
Case management							
Minori gravissimi							
Villaggio Alzheimer	1	1	1				
<b>Totale</b>	<b>403</b>	<b>391</b>	<b>380</b>	<b>17</b>	<b>10.681</b>	<b>10.119</b>	<b>9.300</b>

- SS = UdO con sedi secondarie

### Programmazione attività di vigilanza

I procedimenti di abilitazione e di accreditamento di nuove unità d'offerta sociosanitarie pubbliche e private sul territorio dell'ATS di Brescia, nonché successiva vigilanza sul mantenimento dei requisiti, sono in capo rispettivamente alla SS Accreditamento Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e della rete territoriale e alla SS Vigilanza Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e della rete territoriale.

Nel corso del 2025 sono garantite le seguenti attività:

- gestione del 100% delle SCIA/SCIA contestuali/istanze di accreditamento;
- gestione del 100% delle richieste di voltura dell'accREDITamento e di riconoscimento o modifica di ente unico;
- verifica e inserimento dei Flussi Informativi Ministeriali (FIM) e verifiche sul puntuale assolvimento del debito informativo, compresa scheda struttura;
- vigilanza sul 100% delle segnalazioni pervenute;
- monitoraggio semestrale dei requisiti strutturali del 100% delle unità d'offerta in piano programma;

Viene inoltre effettuata la vigilanza routinaria sulle UdO sociosanitarie, pubbliche e private, indipendentemente dallo status erogativo (abilitate all'esercizio, accreditate e contrattualizzate) e le misure RSA aperta, residenzialità leggera e residenzialità per religiosi.

L'attività comporta la verifica degli aspetti strutturali e tecnologici e di quelli gestionali e organizzativi, su almeno un terzo di ciascuna tipologia di unità d'offerta e misura, garantendo la vigilanza su tutte le UdO nell'arco del triennio 2024-2026.

Il campionamento privilegia:

- le unità d'offerta non vigilate da maggior tempo, garantendo comunque la valutazione di tutte le unità d'offerta nel triennio;
- le unità d'offerta oggetto di sanzione nel precedente anno;
- le unità d'offerta di cui siano note criticità.

Si riportano in tabella i volumi delle UdO in vigilanza per l'anno 2025.

Tabella 11 - Unità d'offerta sociosanitarie accreditate al 01.01.2025

Tipologia Unità d'Offerta	Totale UdO	UdO in vigilanza
RSA	91	30
RSD	9	3
CDD	29	10
CDI	54	18



Tipologia Unità d'Offerta	Totale UdO	UdO in vigilanza
CSS	23	8
Consultori Familiari (28 di cui 6 con sede secondaria)	28 (6 sedi sec.)	9 (2 sedi sec)
Cure Intermedie (di cui 2 ex post-acuti)	5	2
Riabilitazione ambulatoriale	7	2
Hospice (compreso UOCP)	8	2
CDom *	35	12
UCP-Dom *	17	6
SerD/SMI (11 + 1 sede secondaria)	11 (1 sede sec)	4
Comunità Dipendenze	22	7
Comunità Dipendenze Bassa Intensità	3	1
Ospedali di Comunità	7	3
Misura 4 RSA Aperta	44	16
Residenzialità assistita per religiosi	3	1
Misura 2 Residenzialità assistita	2	0
Sperimentazione Villaggio Alzheimer	1	0
<b>TOTALE</b>	<b>399</b>	<b>134</b>

\* non considerate n. 4 UdO accreditate in altra ATS

Le verifiche sono eseguite tramite sopralluogo, senza preavviso per l'attività di vigilanza, e con l'ausilio dei verbali e delle check-list regionali specifiche.

#### *Indicatori*

Numero delle UdO sociosanitarie sottoposte a vigilanza programmata pari ad almeno n. 134.

Verifica del 100% delle istanze di SCIA, accreditamento, modifica dei Ente erogatore

#### *Composizione equipe*

L'equipe per l'attività di accreditamento e vigilanza sociosanitaria è composta da (teste equivalenti):

- 3 dirigenti medici (tra cui il Responsabile SS);
- 1 infermiere;
- 3 assistenti sanitari;
- 4 tecnici della prevenzione.

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

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

#### *Cronoprogramma*

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

Tabella 12 – 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. 134
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

### Programmazione attività di controllo di appropriatezza

I controlli di appropriatezza sociosanitaria sulle unità d'offerta pubbliche e private operanti sul territorio dell'ATS di Brescia sono garantiti tramite sopralluogo dalla S.S. Appropriatezza e Controllo Prestazioni delle Unità d'Offerta Sociosanitarie e delle Strutture della Rete Territoriale.

Nell'anno 2025 la verifica di appropriatezza sarà effettuata su un terzo tutte le UdO sociosanitarie, comprese le Misure e le Sperimentazioni sociosanitarie e le UdO C-Dom /UCP-Dom con sedi di erogazione secondarie attive sul territorio dell'ATS di Brescia.

Saranno inoltre oggetto di controllo le UdO di nuova attivazione nell'anno precedente e le UdO che hanno subito sanzioni e/o prescrizioni a riscontro dell'avvenuto adeguamento e risoluzione della criticità.

I controlli di appropriatezza delle C-Dom comprenderanno per 3 UdO il controllo in itinere di almeno un fascicolo nell'ambito del 2,5% dei fascicoli 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.

Le verifiche sono volte a controllare:

- l'appropriatezza assistenziale, anche tramite l'osservazione diretta della persona e degli spazi occupati, nei casi in cui l'équipe 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

L'attività di controllo si svolge in loco, sulla base delle check-list regionali, previo preavviso il giorno lavorativo precedente il controllo.

L'équipe si riserva di utilizzare la modalità di controllo da remoto solo in caso di recrudescenza pandemica o nei casi in cui lo renda necessario la situazione epidemiologica all'interno dell'UdO da controllare.



In questi casi, se l'Ente è dotato di FaSAS informatizzato, la verifica dei fascicoli campionati avviene mediante la condivisione dello schermo su piattaforma di condivisione.

Qualora l'Ente, invece, non si avvalga di FaSAS informatizzato il controllo da remoto si basa sulla verifica della scansione elettronica della documentazione cartacea, che l'Ente Gestore dovrà inoltrare nei giorni precedenti il collegamento da remoto. In questi casi il preavviso del controllo viene anticipato di almeno tre giorni, per dare tempo all'Ente di predisporre e trasmettere la documentazione da controllare.

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 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 autocontrolli e del relativo esito, separatamente rispetto dall'attività di controllo e al di fuori delle percentuali obiettivo.

La numerosità dei controlli per l'anno 2025 è riportata nella seguente tabella.

Tabella 13 – Campione dei controlli programmati di appropriatezza sociosanitaria - anno 2025

<b>Tipologia Unità d'Offerta</b>	<b>UdO</b>	<b>UdO soggette a controllo</b>	<b>N° FaSAS da controllare</b>
RSA	91	30	318
RSD	9	3	12
CDD	29	10	35
CDI	54	18	69
CSS	23	8	21
Consultori familiari	28	9	397
Cure Intermedie (di cui 2 ex post-acute)	5	2	62
Riabilitazione ambulatoriale	7	2	0*
Hospice/UOCP	8	2	26
CDom	35	12	82
CDom altra ATS	2	0	0
UCP-Dom	17	6	27
UCP-Dom altra ATS	2	1	3
SerD/SMI	11	4	61
Comunità dipendenze	22	7	31
Comunità dipendenze Bassa Intensità	3	1	3
ODC	7	3	--*
Misura 4 RSA Aperta	44	16	52
Residenzialità assistita per religiosi	3	1	3
Misura 2 Residenzialità assistita	2	0	0
Sperimentazione Villaggio Alzheimer	1	0	0
<b>Totale</b>	<b>403</b>	<b>135</b>	<b>1202</b>

\*Le UDO campionate sono di nuova attivazione e pertanto i FaSAS verranno calcolati in sede di sopralluogo

Per tutte le UdO si precisa che la numerosità e i criteri di selezione del campione sono quelli indicati nelle DGR n. X/6502/2017, DGR n. XII/1513/2023, DGR n.



XII/3720/2024, oltre a eventuali criteri di interesse locale. Sono, pertanto, selezionate almeno il 10% dei fascicoli nelle UdO residenziali e semi-residenziali e di almeno il 2,5% nelle strutture ambulatoriali e domiciliari, con un minimo di n. 3 FASAS; le stesse indicazioni valgono anche per le Misure e le Sperimentazioni. Per le UdO residenziali e ambulatoriali, il campionamento non può, comunque, superare rispettivamente n. 30 e n. 50 FaSAS.

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 di un sistema informatico di ATS Brescia.

Si specifica che nelle more della definizione degli indicatori da utilizzare per gli Ospedali di Comunità (OdC), le verifiche di appropriatezza sono effettuate applicando solo gli indicatori generali della check-list, come da indicazioni della DGR n. XII/3720/2024 e, per il 2025, riguardano n. 3 OdC di nuova attivazione.

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. I campioni vengono elaborato con il supporto della SC Sistemi Informativi.

Si riportano di seguito gli indicatori utilizzati per il campionamento dei FaSAS ai sensi della DGR X/1765/2014 e della DGR n. XII/3720/2024.

Tabella 14 – Indicatori di campionamento per appropriatezza sociosanitaria - anno 2025

<b>RSA</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 70% mirato; 30% casuale)
Nuovi ingressi
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
<b>CDI</b> (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 *
<b>Hospice</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con ricoveri superiori a 60 giorni di degenza *
Utenti non oncologici
Utenti con nuovi ingressi
Utenti con modalità di dimissione diversa dal decesso *
Utenti con ricoveri in diversi Hospice



Utenti trasferiti da altre UdO
<b>CDom - DGR 6867/2022</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con CD di base (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 *
<b>UCP DOM</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con periodo di presa in carico superiore a 90 giorni *
Con dimissione diversa dal decesso
Utenti non oncologici *
<b>RSD</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale esclusi i pazienti dimessi)
Nuovi ingressi
Utenti di età inferiore ai 18 anni e (superiore a 65) *
Utenti con problemi comportamentali *
Utenza non tipica
Utenza con doppia diagnosi
Ospiti con complessità ICA1 (alimentazione e/o decadimento cognitivo/comportamentale) *
<b>CSS</b> (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 *
Ospiti con complessità ICA1 (alimentazione e/o decadimento cognitivo/comportamentale) *
<b>CDD</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale esclusi i pazienti dimessi)
Nuovi ingressi
Utenti con gravi compromissioni cognitive e/o motorie e/o che presentano doppia diagnosi *
Utenti che presentano problemi comportamentali *
Utenti appartenenti alla classe SIDI 4
Utenti di età inferiore ai 18 anni e superiore ai 65
<b>RIA</b> ambulatoriale-domiciliare (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con durata del trattamento pari al valore soglia
Attesa superiore ai 6 mesi tra la prima visita e 1° ciclo di terapia
Cicli ripetuti nel corso dell'anno *
Utenti > 65 anni *
Utenti trasferiti da altre UdO
<b>CURE INTERMEDIE</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Utenti con durata del trattamento pari al valore soglia
Utenti provenienti da altro percorso riabilitativo nella stessa UdO *
Ricovero/prestazione ripetuto nell'anno (lo stesso CF ripetuto nell'anno)
Ospiti minorenni *
Utenti trasferiti da altre UdO



<b>CONSULTORI</b> (Perc. Fasas: 50% mirato; 50% casuale, escluse le monoprest. e le prest. Cod. 91484)
Utenti con prestazioni 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
<b>Comunità dipendenze a Bassa Intensità</b> (Perc. di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Ultimi ingressi
Utenti compresi tra i 18 e i 30 anni *
Utenti con polidipendenze
Utenti recentemente dimessi per conclusione o abbandono del progetto *
Utenti provenienti da altre CTD
<b>Ser.D/SMI</b> (Percentuali di campionamento Fasas: 50% mirato; 50% casuale)
Ultimi ingressi
Utenti compresi tra i 18 e 30 anni
Utenti con polidipendenze
Utenti recentemente dimessi per conclusione o abbandono del progetto *
I gamblers
Utenti con numero di prestazioni del tipo management clinico telefonico *

Con il supporto del SC Sistemi Informativi, gli indicatori contrassegnati con asterisco sono oggetto di specifica analisi al fine 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 tutela e protezione individuale, verificando che vi sia stata una 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 n. XII/3720/2024, 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 le verifiche del 2024.

Tabella 15 – Controlli di appropriatezza sociosanitaria - anno 2025

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Controllo appropriatezza sociosanitaria
MODALITÀ	Controllo in loco e per C-Dom "in itinere", presso domicilio dell'assistito
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 1202 FaSAS e n. 135 UdO/Misure
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	AFAM e flussi di rendicontazione sociosanitari.
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL	Criteria indicati nella DGR 3720/24; e DGR 6502/17; DGR 7315/22. Programmato il controllo di



CAMPIONE	appropriatezza nel 33% delle UdO
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Utilizzo check-list regionali

### Indicatori

Numerosità FaSAS controllati  $\geq 10\%$  in almeno un terzo delle UdO/misure residenziali e semiresidenziali presenti sul territorio, pari a 577.

Numerosità FaSAS controllati  $\geq 2,5\%$  in almeno un terzo delle UdO/misure ambulatoriali e domiciliare presenti sul territorio, pari a 625.

### Composizione equipe

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

- 1 dirigente psicologo (Responsabile di SS)
- 2 dirigenti medici
- 1 assistente sociale
- 1 infermiere
- 1 assistente sanitario

### Cronoprogramma

Il piano vigilanze viene effettuato e realizzato progressivamente, garantendo una regolare realizzazione durante l'anno.

Come da indicazioni della DGR n. XII/3720/2024, i controlli del SS Appropriatelyzza e Controllo Prestazioni delle UdO Sociosanitarie e delle Strutture della Rete Territoriale seguono di norma i controlli del SS Vigilanza Strutture sanitarie sociosanitarie e della Rete Territoriale, con progressivo allineamento dell'attività di controllo con quella di vigilanza.

## AREA SOCIALE

### Contesto

La funzione di vigilanza e controllo delle Unità d'Offerta sociali è svolta da operatori afferenti alla SS 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 sulle Comunità Residenziali per Anziani (C.R.A.) e sulle Comunità Alloggio Sociale per Anziani (C.A.S.A.).

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

Tabella 17 - Unità d'offerta sociali (aggiornamenti 01/01/2025)

TIPOLOGIA UdO	UdO sociali	N° POSTI
Asili Nido	194	5744
Micro Nidi	33	325
Centri Prima Infanzia	3	45
Nidi Famiglia	36	180
<b>Subtotale Area Prima Infanzia</b>	<b>266</b>	<b>6294</b>



TIPOLOGIA UdO	UdO sociali	N° POSTI
Centri Di Aggregazione Giovanile	44	2504
Centri Ricreativi Diurni*	290	0
Centro Educativo Diurno	3	44
Comunità Educative	20	187
Comunità Familiari	5	29
Comunità Educativa Diurna	6	69
Comunità Educativa Genitore Figli	0	0
Alloggi Per L'autonomia	17	46
Alloggio per Autonomia di Tipo Educativo	4	11
Alloggio per Autonomia Genitore Figli	16	50
<b>Subtotale Area Minori</b>	<b>405</b>	<b>2940</b>
Comunità Alloggio Disabili	1	10
Centri Socio Educativi	18	400
Servizi Formazione Autonomia per Persone Disabili	12	399
<b>Subtotale Area Disabili</b>	<b>31</b>	<b>809</b>
Centri Diurni Anziani	5	275
Alloggio Protetto per Anziani	11	140
Comunità residenziale anziani (C.R.A)	21	472
Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.)	9	104
<b>Subtotale Area anziani</b>	<b>46</b>	<b>991</b>
<b>Totale</b>	<b>748</b>	<b>11.034</b>

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

### Programmazione attività di vigilanza

L'attività di verifica sulle UdO sociali è svolta a cura della SS Vigilanza Strutture Sanitarie, Sociosanitarie e della Rete Territoriale tramite sopralluogo, utilizzando le apposite check-list regionali e riguarda i soli requisiti organizzativi e gestionali. Il controllo dei requisiti strutturali e tecnologici è svolto dalla Sc Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Igiene Prevenzione Sanitaria, nell'ambito della propria programmazione.

Per l'anno 2025, la vigilanza sulle UdO sociali prevede, secondo i dettami della DGR XII/3720/2024:

- 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. 120 UdO delle 458 attive oggetto di vigilanza, assicurando pari rappresentatività a tutte le tipologie di unità d'offerta;
- la vigilanza sul 100% delle segnalazioni pervenute.

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.

La numerosità dei controlli in ambito sociale per l'anno 2025 è riportata nella seguente tabella.

Tabella 18 – Unità d'offerta sociali oggetto di vigilanza programmata – anno 2025

Tipologia Unità d'Offerta	N° UdO	UdO in vigilanza
Asili Nido	194	48
Micro Nidi	33	8



Centri Prima Infanzia	3	1
Nidi Famiglia	36	9
Centri di Aggregazione Giovanile	44	11
Comunità Familiari	5	1
Centro Educativo Diurno	3	1
Comunità Educative	20	5
Comunità Educativa Diurna	6	2
Comunità Educativa Genitore Figli	0	0
Alloggi Per L'autonomia	17	5
Alloggio per Autonomia di Tipo Educativo	4	1
Alloggio per Autonomia Genitore Figli	16	6
Comunità Alloggio Disabili	1	0
Centri Socio Educativi	18	5
Servizi Formazione Autonomia per Persone Disabili	12	4
Centri Diurni Anziani	5	2
Alloggio Protetto per Anziani	11	3
Comunità Residenziale Anziani (C.R.A.)	21	6
Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.)	9	2
<b>TOTALE</b>	<b>458</b>	<b>120</b>

*Indicatori*

Numero delle UdO sociali sottoposte a vigilanza programmata pari ad almeno n. 120.

*Composizione equipe*

I controlli sui requisiti organizzativi e gestionali vengono effettuati da 4 assistenti sanitari, di cui 2 part-time, in equipe composte da 2 operatori.

*Cronoprogramma*

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

Tabella 19 – Vigilanza programmata Unità d'Offerta sociali

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Vigilanza programmata Unità d'Offerta sociali
MODALITÀ	Sopralluogo
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 120
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

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 successive 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;
- 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 la relativa formazione/informazione e del Codice etico. Il controllo avviene da remoto;
- 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 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 (art. 94 D.Lgs. 36/2023): 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 231/01m d.lgs 81/08 e d.lgs 231/02 (art. 2 comma 5 contratto regionale): si acquisiscono autocertificazioni da parte degli Erogatori circa l'insussistenza di sanzioni a carico dell'operatore economico ex D.lgs 231/2001, insussistenza di sanzioni ex D.lgs 81/2008 e la regolarità dei pagamenti nelle transazioni commerciali 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): annualmente Enti erogatori sanitari e sociosanitari ricevono da ATS un richiamo sull'obbligo di pubblicazione sul sito internet del bilancio approvato e della dichiarazione contributi ricevuti o erogati, acquisendo agli atti le eventuali dichiarazioni degli Enti non tenuti agli obblighi. ATS verifica quindi del 100% dei casi l'avvenuta erogazione o la sussistenza delle motivazioni di esclusione dall'obbligo. Il controllo è da remoto.

### Composizione equipe

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.

### Cronoprogramma

Per l'anno 2025, in base alla DGR n. XII/3720/2024, i controlli sono garantiti prima della sottoscrizione dei contratti e, in corso d'anno, in caso di nuovi accreditamenti e contrattualizzazioni.

Tabella 20 – 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. 34 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 21 – 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. 138 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

L'assistenza farmaceutica per i 164 comuni bresciani, al 31.12.2024, è garantita da:

- n. 345 farmacie (280 farmacie private e 65 farmacie comunali) di cui 25 autorizzate alla vendita on line medicinali SOP;
- n. 14 dispensari farmaceutici;

Operano sul territorio anche:

- n. 11 grossisti depositari di gas medicali/medicinali;
- n. 48 parafarmacie di cui 4 autorizzate alla vendita on line;
- n. 38 esercizi autorizzati alla distribuzione di prodotti per la celiachia (20 esercizi commerciali, 18 GDO con 159 punti vendita).
- 

Come sancito dall'art. 5 della Legge regionale 33/2009, fermo restando il ruolo dei MMG e dei PLS, le farmacie stanno contribuendo alla realizzazione della presa in carico dei pazienti cronici, assicurando la sinergia con gli erogatori ed i pazienti attraverso la garanzia dell'aderenza farmacologica e l'erogazione delle prestazioni previste dalla farmacia dei servizi anche nell'ambito delle attività svolte dagli altri attori del SSR.

### *PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ*

Nel corso del 2025 la SC Farmaceutico continuerà a collaborare con le farmacie territoriali, in continuità con le azioni intraprese nell'anno precedente, per garantire l'assistenza farmaceutica sul proprio territorio.

Quest'ultime, infatti, quali presidi del Servizio Sanitario Nazionale, hanno dimostrato di concorrere alla vicinanza della sanità al cittadino, favorendo la sostenibilità del sistema e la riduzione delle disuguaglianze nei servizi territoriali.

A tal fine la SC Farmaceutico continuerà a monitorare:

- gli orari di apertura-chiusura e le ferie delle farmacie, oltre ai turni di guardia farmaceutica;
- le sostituzioni formali dei direttori di farmacia per ferie/malattia/etc e il registro dei collaboratori, con ulteriore implementazione del software dedicato.
- i numerosi Servizi SISS, che le Farmacie, in linea alle Regole d'esercizio 2025, erogheranno, stante il ruolo evolutivo e di primo piano attribuito al modello della c.d. Farmacia dei Servizi.

Quanto al ruolo di programmazione e controllo riconosciuto alle ATS dalla legislazione sanitaria vigente (Legge Regionale n. 33/2009), lo stesso si svolgerà anche per l'anno corrente in conformità ed in coerenza alle indicazioni delineate dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario (ACSS).

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

#### *PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ*

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

- visita ispettiva in farmacia/dispensario secondo le modalità previste dalla normativa vigente;



- stesura di verbale di accertamento su piattaforma unica regionale messa a disposizione dalla Federazione per i Servizi degli Ordini dei Farmacisti della Lombardia;
- irrogazione di eventuale sanzione amministrativa con separato verbale di contestazione;
- segnalazione di eventuali notizie di reato all'Autorità giudiziaria competente.

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

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

Per la programmazione dei controlli il database utilizzato è il portale messo a disposizione dalla Federazione per i Servizi degli Ordini dei Farmacisti della Lombardia "Ispezioni Farmacie".

Premesso che nell'ATS di Brescia al 31.12.2024 insistevano n. 345 Farmacie Territoriali, da ispezionare entro un biennio, il numero annuo di farmacie da ispezionare nell'anno 2025 è pari al 50% di 345 e cioè 172 farmacie.

Le 172 farmacie, che costituiscono il campione, sono scelte in base al criterio cronologico dell'ultima ispezione ricevuta. La programmazione annuale è stata presentata all'Ordine dei Farmacisti nel corso dell'incontro di inizio anno previsto dalle linee guida regionali. La pianificazione trimestrale è inserita all'inizio di ciascun trimestre sulla piattaforma messa a disposizione dalla Federazione per i Servizi degli Ordini dei Farmacisti della Lombardia, per acquisire la disponibilità degli ispettori.

In ATS Brescia la Commissione ispettiva è stata aggiornata con Decreto DG n. 25 del 25.01.2025. È composta da un Dirigente Farmacista di ATS, da un Farmacista nominato dall'Ordine dei Farmacisti, afferenti alla rosa dei nominativi che compongono le terne dei Commissari, e da un Funzionario/Impiegato del ruolo amministrativo dell'Agenzia con funzioni di Segretario. I provvedimenti di cui sopra prevedono ad oggi n. 1 Commissione e n. 1 Sottocommissione.

Si rappresenta che nel corso dei controlli relativi l'attività di vigilanza è garantita, per quanto possibile, la rotazione dei componenti delle Commissioni e la normativa sul conflitto d'interessi.

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

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

Strumenti operativi: check- list/verbale unico regionale.

Le tre attività sono sintetizzate nel seguente schema:



ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	VIGILANZA PREVENTIVA
MODALITA'	<i>L'attività è espletata in loco presso Farmacie e Dispensari mediante utilizzo del verbale regionale e verifica degli items ivi previsti da apposita Commissione Ispettiva nominata con Decreto DG.</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	<i>Non programmabile a priori: 100% delle istanze di autorizzazione all'esercizio/trasferimento locali</i>
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Programma gestione documentale: 100% delle istanze di autorizzazione all'esercizio/trasferimento locali // Database messo a disposizione dalla Federazione per i Servizi degli Ordini dei Farmacisti della Lombardia/Vigifarma</i>
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>100% delle istanze di autorizzazione all'esercizio/trasferimento locali</i>
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	<i>Ispezione in loco ad opera di apposita commissione, stesura e redazione verbale ispettivo su apposito portale messo a disposizione dalla Federazione per i Servizi degli Ordini dei Farmacisti della Lombardia</i>

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	VIGILANZA ORDINARIA
MODALITA'	<i>L'attività è espletata in loco presso Farmacie e Dispensari mediante utilizzo del verbale regionale e verifica degli items ivi previsti da apposita Commissione Ispettiva nominata con Decreto DG..</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	<i>100% delle Farmacie attive nel biennio. 50% su base annua. Art. 127 del TULLSS.</i>
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Database utilizzato è il portale messo a disposizione dall'Ordine dei dalla Federazione per i Servizi degli Ordini dei Farmacisti della Lombardia/Vigifarma</i>
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>Le farmacie del campione sono scelte in base al criterio cronologico dell'ultima ispezione ricevuta. La programmazione è comunicata all'Ordine dei Farmacisti per l'attivazione degli ispettori, come da cronoprogramma.</i>
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	<i>Ispezione in loco ad opera di apposita commissione, stesura e redazione verbale ispettivo su apposito portale messo a disposizione dalla Federazione per i Servizi degli Ordini dei Farmacisti della Lombardia</i>



ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	VIGILANZA STRAORDINARIA
MODALITA'	<i>L'attività è espletata in loco presso Farmacie e Dispensari mediante utilizzo del verbale regionale messo a disposizione dalla Federazione per i Servizi degli Ordini dei Farmacisti della Lombardia e verifica degli items ivi previsti da apposita Commissione Ispettiva nominata con Decreto DG.</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	<i>Non programmabile a priori. Al bisogno/ in caso di necessità. L'Attività è condizionata a situazioni particolari evidenziate da NAS o da altre segnalazioni</i>
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Database utilizzato è il portale messo a disposizione dalla Federazione per i Servizi degli Ordini dei Farmacisti della Lombardia</i>
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>Non applicabile per le motivazioni sopra esposte</i>
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	<i>Ispezione in loco ad opera di apposita commissione, stesura e redazione verbale ispettivo su apposito portale messo a disposizione dalla Federazione per i Servizi degli Ordini dei Farmacisti della Lombardia</i>

### DEPOSITI E GROSSISTI

Premesso che nell'ATS di Brescia al 31.12.2024 insistevano n. 11 grossisti/depositari, ai sensi della DGR n. XI/1046/2018 (capitolo 7.1.15) ed in continuità con le disposizioni di cui all'art. D.Lgs n. 219/2006 per i grossisti non collegati ad una farmacia (art. 100) è previsto l'obbligo ispettivo una volta ogni due anni e per i depositi una volta ogni 5 anni.

Nel corso del 2025 è stata operata la scelta di ispezionare n. 6 Grossisti, di cui n. 4 di gas medicali e n. 2 di farmaci. Complessivamente saranno eseguiti n. 6 sopralluoghi, stante la complessità dei siti facenti parte del campione.

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

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



Le attività sono sintetizzate nel seguente schema:

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	VIGILANZA FARMACEUTICA SU DEPOSITI E GROSSISTI
MODALITA'	<i>L'attività è espletata in loco mediante utilizzo del verbale regionale e verifica degli items ivi previsti da apposita Commissione Ispettiva..</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	<i>Ai sensi della DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 (capitolo 7.1.15) ed in continuità con le disposizioni di cui all'art. D.Lgs n. 219/2006 per i grossisti non collegati ad una farmacia (art. 100) è previsto l'obbligo ispettivo una volta ogni due anni e per i depositi una volta ogni 5 anni. Nel corso del 2025 presso la SCF è stata operata la scelta di ispezionare n. 6 grossisti, di cui n. 4 di gas medicali e n. 2 di farmaci. Complessivamente saranno eseguiti n. 6 sopralluoghi, stante la complessità dei siti facenti parte del campione.</i>
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Non applicabile</i>
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>Il campione dei grossisti è scelto in base al criterio cronologico dell'ultima ispezione ricevuta</i>
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	<i>Ispezione in loco ad opera di apposita commissione, stesura e redazione verbale ispettivo</i>

### PARAFARMACIE

Premesso che nell'ATS di Brescia al 31.12.2024 insistevano n. 47 parafarmacie, ed è previsto l'obbligo ispettivo una volta ogni due anni, nel corso del 2025 è stata operata la scelta di ispezionare n. 15 Parafarmacie, in quanto le restanti 32 sono state ispezionate nel corso del 2024.

A seguito dell'ispezione effettuata in loco, viene redatto un verbale dalla Commissione ispettiva che viene trasmesso alla SC Farmaceutico per il seguito di competenza.

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

Le attività sono sintetizzate nel seguente schema:

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	VIGILANZA PARAFARMACIE
MODALITA'	<i>L'attività è espletata in loco mediante utilizzo di verbale e verifica degli items ivi previsti da apposita Commissione Ispettiva.</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	<i>Nel corso del 2025 la SC Farmaceutico ha scelto di ispezionare n. 15 parafarmacie facenti parte del campione</i>



FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Documentazione agli atti della SC Farmaceutico e Open data ministero della Salute per la tracciabilità del farmaco</i>
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>Criterio cronologico in base all'ultima ispezione effettuata</i>
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	<i>Ispezione in loco ad opera di apposita commissione, stesura e redazione verbale ispettivo</i>

### SITI DI VENDITA ON LINE

Sulle farmacie aperte al pubblico e sulle parafarmacie viene svolta, all'esito dell'attività ispettiva ordinaria e senza la presenza del Commissario dell'Ordine, anche l'attività di vigilanza sui siti autorizzati alla vendita online.

L'attività è sintetizzata nel seguente schema:

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	<i>VIGILANZA VENDITA ON LINE</i>
MODALITA'	<i>L'attività è espletata in loco sui siti autorizzati alla vendita online, mediante utilizzo di verbale ACSS.</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	<i>100% dei siti autorizzati alla vendita di farmaci on line, in cui è svolta attività ispettiva ordinaria nell'anno 2025.</i>
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Determine di autorizzazione alla vendita on line ai sensi dell'art. 112-quater del D.Lgs n. 219/2006 / Vigifarma</i>
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>100% dei siti autorizzati alla vendita di farmaci on line, su cui è svolta attività ispettiva ordinaria nell'anno 2025.</i>
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	<i>Effettuazione controlli sui siti autorizzati alla vendita di farmaci on-line, mediante utilizzo di apposita check-list di controllo e stesura del relativo verbale, come da format ACSS, all'esito dell'attività di ispezione ordinaria.</i>

### RSA/RSD

Le attività della SC Farmaceutico sono le seguenti:

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	<i>VIGILANZA FARMACEUTICA SU RSA/RSD</i>
MODALITA'	<i>a) Controllo registri stupefacenti. L'attività è svolta nel corso dell'attività di affido sostanze stupefacenti scadute o imperfette, su Strutture Sociosanitarie che richiedono l'affido.</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI	<i>Il numero dei controlli non è programmabile a priori. La SC Farmaceutico assicura entro il</i>



PROGRAMMATI	<i>31.12.2025 l'evasione del 100% delle richieste di affido pervenute da Strutture Sociosanitarie nel periodo compreso tra il 01.11.2024 ed 31.10.2025.</i>
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Istanze di affido di farmaci <del>sostanze</del> stupefacenti scaduti o imperfetti pervenute, mediante programma di gestione documentale in uso.</i>
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>Istanze di affido di farmaci <del>sostanze</del> stupefacenti scaduti o imperfetti pervenute, mediante programma di gestione documentale in uso.</i>
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	<i>Esecuzione affido e stesura relativo verbale, in contraddittorio alla Struttura</i>

## STUPEFACENTI

### CONTESTO.

La SC Farmaceutico effettua le procedure di constatazione e affido dei farmaci stupefacenti scaduti o imperfetti presso: le farmacie territoriali, i grossisti di medicinali, le strutture sanitarie e sociosanitarie, gli ambulatori e gli studi veterinari, a seguito di richiesta.

### PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ

Per le Farmacie e i Grossisti la constatazione e l'affido dei farmaci stupefacenti si svolge nel corso dell'attività ispettiva ordinaria, mediante redazione di apposito verbale sottoscritto dalle parti e acquisito al Protocollo Generale dell'Agenzia. Il campione non è programmabile a priori, ma è indicativamente coincidente con il campione delle farmacie/grossisti soggetti a ispezione ordinaria.

Per le Strutture sanitarie e sociosanitarie, ambulatori e studi veterinari la constatazione e affido si svolge su istanza di parte.

L'attività consiste in :

- Verifica, nel corso del sopralluogo effettuato, giacenze e movimentazioni riportate su registro
- Constatazione degli stupefacenti scaduti
- Redazione del verbale di constatazione e affido;
- Monitoraggio dell'avvenuta distruzione degli stupefacenti scaduti affidati entro 1 anno dall'affido con controllo della trasmissione del Verbale di distruzione e chiusura della pratica.

I farmacisti della Commissione ispettiva farmacie e grossisti ottemperano al 100% delle richieste di affido formulate dagli aventi titolo.

Per le strutture sanitarie e sociosanitarie, ambulatori e studi veterinari, la SC Farmaceutico evade entro il 31.12.2025 il 100% delle richieste pervenute nel periodo compreso tra il 01.11.2024 ed il 31.10.2025.



## CONGUAGLIO CONTABILE - SISTEMA WORKFLOW

### CONTESTO

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

### PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ

Sulla piattaforma Workflow, presente sul portale regionale Farma2017, sono caricate da Aria spa le ricette che presentano squadrature contabili che devono essere analizzate e validate dalla SC Farmaceutico, per la chiusura del confronto e relativi addebiti/accrediti nelle DCR (distinta contabile riepilogativa) delle Farmacie coinvolte.

La SC Farmaceutico, in corso d'anno:

- Processa le segnalazioni delle ricette con squadrature rilevate da Aria spa (attività di data quality) ;
- Pubblica i dati delle ricette con squadrature contabili che generano addebiti e accrediti sul portale regionale Farma2017 di tutte le Farmacie interessate e che hanno la visibilità dei dati sul proprio Portale Unico Farmacia; ;
- valuta le eventuali richieste di approfondimento che le Farmacie interessate possono inserire nel Portale entro 30 giorni dalla pubblicazione dei dati da parte di ATS;
- dispone l'addebito/accredito delle differenze contabili chiudendo il confronto in via definitiva;
- sottopone eventuali contenziosi al giudizio tecnico della Commissione Farmaceutica Aziendale.

Nel corso del 2025 la SC Farmaceutico proseguirà l'attività con la verifica delle mensilità che via via verranno rese disponibili da ARIA spa.

## CONTROLLI TECNICI SULLE RICETTE SSN TRAMITE COMMISSIONE FARMACEUTICA AZIENDALE

### CONTESTO

Come previsto dall'art. 10 del DPR 371/1998 ATS Brescia ha aggiornato con Decreto DG n. 628 del 13/11/2024 la propria commissione farmaceutica aziendale (CFA) competente a pronunciarsi in merito ad ogni irregolarità ed inosservanza all'Accordo Collettivo Nazionale.

La commissione è composta da n. 3 farmacisti designati dall'Agenzia, di cui 2 componenti effettivi ed 1 componente supplente, e da 3 farmacisti titolari di farmacia privata, di cui 2 componenti effettivi (di cui 1 rurale) ed 1 supplente designati da Federfarma.

Qualora il caso sottoposto all'esame della Commissione interessi una farmacia a gestione pubblica, i 3 farmacisti titolari di farmacia privata sono sostituiti da 3 farmacisti che operano in farmacie pubbliche, 2 membri effettivi di cui 1 con funzioni di presidente e 1 supplente, designati da Assofarm.

Alle due commissioni spetta la convalida in via definitiva del pagamento o l'annullamento totale/parziale delle ricette sottoposte al suo esame dalla SC



Farmaceutico dopo la pubblicazione da parte di ARIA delle ricette ritenute irregolari, di cui ai tabulati RU4015 (RUR) e RD4015 (DPC), periodicamente pubblicate in Farmavision e rese disponibili a tutte le ATS di riferimento territoriale.

#### *PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ*

La CFA riceve le ricette ritenute irregolari da ARIA spa per il tramite della SC Farmaceutico, che predispose nota formale di trasmissione alle Commissioni entro 1 anno dalla data della notifica di ARIA dell' avvenuta pubblicazione dei dati sul portale Farmavision da cui la SC Farmaceutico scarica i tabulati e le ricette irregolari.

Nel corso del 2025 saranno prese in esame il 100% delle ricette ricevute dalla CFA nel 2024, come previsto dall'articolo 4 comma 11 del DPR 371/98.

Il campione 2025 risulta essere il seguente:

- per le farmacie private: le ricette relative al periodo Giugno 2022-Agosto 2023,
- per le farmacie pubbliche: le ricette relative al periodo Giugno 2023 - Agosto 2023,



ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	CONTROLLO TECNICO COMMISSIONE FARMACEUTICA AZIENDALE
MODALITA'	<i>Il controllo si svolge da remoto mediante proiezione delle immagini delle ricette ricevute dalla commissione da parte del servizio farmaceutico e stesura del relativo verbale</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	<i>La commissione pubblica è chiamata a valutare il periodo Giugno 2023- Agosto 2023; La commissione privata è chiamata a valutare il periodo Giugno 2022- Agosto 2023</i>
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Nota trasmissione ricette da parte della SC farmaceutico e immagini scaricate da Farmaimage</i>
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>100% delle ricette trasmesse dalla SC Farmaceutico alla Commissione nel 2024</i>
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	<i>La commissione decide a maggioranza o per la convalida del pagamento in via definitiva o per il suo annullamento totale o parziale. La decisione della Commissione trascritta su verbale, è notificata alla SC Farmaceutico entro 30 gg, che successivamente procede agli eventuali addebiti entro i successivi 30 gg previo avviso formale alla Farmacia interessata.</i>

Le riunioni della Commissione allo stato si svolgono da remoto. Si rappresenta sin d'ora che il processo è in fase di digitalizzazione da parte di ARIA spa, che in data 28/01/2025 ha presentato alle ATS la nuova modalità digitale che potrebbe essere messa in produzione su Farma 2017 già nell'anno corrente.

Non rientrano nella competenza della Commissione Farmaceutica Aziendale le ricette con nota AIFA omessa od errata, sulle quali, come previsto dalle disposizioni regionali (circolari H1.2004.38573 e H1.2004.59585), la SC Farmaceutico procede nel modo seguente:

estrae le ricette prive dell'indicazione della nota AIFA o con nota errata, sotto forma di tracciato csv e xml, dal portale regionale FARMAVISION in cui si trovano pubblicate. Le immagini delle ricette sono direttamente scaricate in formato pdf dal portale regionale FarmaImage tramite file xml.

in caso di ricetta con nota omessa, la ricetta è restituita al farmacista per essere regolarizzata dal medico (nota, timbro e firma) e nel caso di mancata regolarizzazione entro la tempistica prevista (60 giorni) la SC Farmaceutico procede all'addebito.

in caso di ricetta con nota errata, la ricetta è trasmessa alle strutture di afferenza del prescrittore (MMG o Specialista) per la regolarizzazione (nota corretta, timbro e firma) e i seguiti di competenza.



La tempistica di controllo è scandita dalle tempistiche di pubblicazione dei tracciati da parte di ARIA spa, pertanto l'attività è condizionata dalla messa a disposizione dei dati da parte del fornitore ARIA spa.

Nel 2025 sarà oggetto di controllo, da parte della SC farmaceutico, il 100% delle ricette che verranno progressivamente pubblicate sul portale regionale FARMAVISION da ARIA spa. Allo stato risultano disponibili sul portale le ricette del periodo gennaio-dicembre 2023.

### DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)

#### CONTESTO

La distribuzione dei farmaci in DPC si basa su un accordo tra Regione Lombardia, Distributori intermedi e Farmacie per la distribuzione del farmaco al paziente, i farmaci vengono acquistati dalla Regione e distribuiti al paziente, per conto della Regione stessa, dalle farmacie territoriali aperte al pubblico.

La DPC si attua oltre che per i farmaci, anche per i vaccini e i dispositivi medici per auto-monitoraggio della glicemia nei pazienti diabetici.

I prodotti sono acquistati da Regione Lombardia tramite una gara regionale espletata da ARIA spa, i cui contratti vengono gestiti dall'ATS di Bergamo, individuata quale capofila e tutte le farmacie vengono retribuite per il servizio distributivo svolto dalle ATS competenti per territorio, attraverso una tariffazione prestabilita dall'accordo avente valenza regionale (DGR n. XII/1164 del 23/10/2023).

Le regole d'esercizio 2025, DGR n. XII/3720 del 30/12/2024, riportano l'ipotesi di una revisione dell'attuale modello DPC lombardo, verso modalità adottate da alcune regioni, in cui il contratto viene ceduto ad un grossista capofila/consorzio anziché all'ATS capofila.

L'eventuale adozione del nuovo modello sopra descritto permetterebbe un risparmio complessivo a livello regionale, in quanto permetterebbe di sottoporre la distribuzione DPC all'IVA 10%, la riduzione delle immobilizzi per gestione scorte ed il miglior flusso di cassa per il ritardo dei pagamenti.

#### 1) CONTROLLO RICETTE APERTE GESTIONALE WEBDPC

##### PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ

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

- estrazione delle ricette DPC aperte e scadute da più di 60 giorni dal gestionale WEBDPC
- contestazione della ricetta aperta e scaduta da più di 60 giorni al farmacista tramite nota formale ~~mezzo-mail~~ con richiesta di chiarimenti.
- applicazione delle disposizioni di cui all'accordo sulla distribuzione dei farmaci in DPC e accordo per l'erogazione di strumenti, ausili e presidi per il controllo della glicemia per i pazienti diabetici (DGR n. XII/1164/2023 e DGR n. XI/5925/2022)

Il controllo è svolto da remoto mediante il database per la dispensazione di farmaci e dispositivi in DPC- WEBDPC, che ne rappresenta pertanto la base dati. Il numero di ricette sottoposte a controllo non è programmabile a priori, in quanto dipende dalle circostanze contingenti, ma la SCF assicura la verifica del 100% delle ricette aperte da più di 60 giorni alla data del controllo.



Al 31.12.2024 la SC Farmaceutico ha completato i controlli delle ricette aperte relativamente al mese luglio 2024. Nel corso del 2025 si procederà alla verifica e disamina delle ricette aperte a partire dal mese di agosto 2024 e quindi progressivamente per tutti i mesi a seguire.

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

### *PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ*

La SCF, come previsto dalla DGR n. XII/512/2023, monitora i tempi di pagamento delle fatture mensili dei prodotti distribuiti in DPC emesse da ATS Bergamo, verificando che vengano liquidate entro 30 giorni dalla loro ricezione.

### *ATTIVITÀ CONTROLLO APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA.*

#### *CONTESTO*

I controlli sono svolti sulle ricette di preparazioni magistrali a base di Cannabis, sui farmaci ad azione dopante e sulle preparazioni off label pervenute dalle Farmacie territoriali nel corso dell'anno 2025.

### *PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ*

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

- farmaci ad azione dopante (GH): verifica del rispetto procedura ATS di Brescia dispensazione farmaci a base di ormone somatotropo (nota prot. n. 0015125 del 07/02/2023) che prevede spendibilità della ricetta subordinata a nulla-osta della SC Farmaceutico (100% ricette RUR ricevute nel periodo).
- preparazioni magistrali a base di Cannabis per uso medico SSR e no/SSR: verifica del rispetto dei formalismi prescrittivi delle ricette sia SSR sia no/SSR acquisite dalle farmacie e successivo invio al Ministero della Salute. (100% ricette ricevute nel periodo)
- Preparazioni magistrali OFF LABEL: verifica del rispetto dei formalismi prescrittivi delle ricette no/SSR acquisite dalle farmacie e successivo invio al Ministero della Salute (100% ricette ricevute nel periodo).

## *PIANI TERAPEUTICI*

### *CONTESTO*

La DGR n. XII/3720/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025- regole d'esercizio 2025" ha posto come obiettivo prioritario per l'anno 2025 l'ulteriore sviluppo evolutivo della piattaforma PT Online, ormai unificata a livello Regionale, garantendo la mobilità intra-regione dei pazienti.

### *PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ*

L'attività di controllo è finalizzata alla verifica dell'esistenza di un piano terapeutico in corso di validità delle seguenti tipologie di farmaci prescritti a carico SSR:

- Ricette di preparazioni magistrali a base di Cannabis per uso medico, erogate a carico SSR, acquisite dalle farmacie.

Il controllo viene effettuato sul 100% delle ricette ricevute nell'anno 2025



- Ricette di farmaci ad azione dopante (ormone somatotropo).

Il controllo viene effettuato sul 100% delle ricette ricevute nell'anno 2025

## AREA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

### CONTROLLI FILE F.

#### CONTESTO

Dal 01.01.2024 su disposizione della DGW è entrato in vigore il nuovo tracciato del File F c.d. semplificato. Sul territorio di ATS Brescia sono 3 le strutture Pubbliche erogatrici di File F, cui si affiancano 10 strutture private accreditate.

Con DGR n. XII/3720 del 30.12.2024 (Regole d'esercizio 2025) Regione Lombardia, alla luce delle nuove disposizioni nazionali e senza modificare ulteriormente il tracciato del File F attualmente in vigore, ha disposto che dal 01.01.25 i medicinali con requisito di innovatività condizionata con Registro AIFA e gli agenti antinfettivi *reserve* con Registro AIFA debbano essere rendicontati in tipologia 3 del File F (con indicazione obbligatoria della macrocategoria DD o CO) e che i farmaci di cui alla legge n. 648/1996 e off-label, attualmente rendicontati in tipologia 3, debbano essere rendicontati in tipologia CO e DD e non più in tipologia 3.

Le strutture private accreditate erogatrici di File F continuano ad acquistare direttamente gli attuali medicinali con requisito di innovatività condizionata con Registro AIFA e gli agenti antinfettivi *reserve* con Registro AIFA.

Per casi specifici (eventuali terapie geniche a cui potrebbe essere riconosciuta l'innovazione condizionata) la DGW si riserva di dare disposizioni sulle modalità di acquisto.

Per cui in questa prima fase il controllo su quadratura contabile tra file F e modulo SMAF (denominato AIFA dei trattamenti eseguiti secondo le indicazioni della legge 648/96) è rimandato a giugno 2025 con l'aggiornamento del tracciato.

#### PROGRAMMAZIONE ATTIVITA'

1) Ai sensi della DGR n. XII/3720/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025- regole d'esercizio 2025" (paragrafo 6.3.1) è prevista:

A partire dal 2025 i medicinali con requisito di innovatività condizionata vigente accedono al Fondo per un importo non superiore a 300 milioni di euro annui, se già soggetti a monitoraggio delle dispensazioni tramite registro AIFA e gli agenti antinfettivi per infezioni da germi multiresistenti già inseriti nel prontuario farmaceutico nazionale, classificati come «*reserve*» secondo la nomenclatura (AWaRe)» dell'OMS accedono al Fondo per un importo, comunque, non superiore a 100 milioni di euro annui, se già soggetti a monitoraggio delle dispensazioni tramite registro di monitoraggio AIFA.

Dal 01.01.2025 i medicinali con requisito di innovatività condizionata con Registro AIFA e gli agenti antinfettivi *reserve* con Registro AIFA devono essere rendicontati in tipologia 3 del File F con indicazione obbligatoria della macrocategoria DD o CO e i



farmaci di cui alla legge n. 648/1996 e off-label, attualmente rendicontati in tipologia 3 devono essere rendicontati in tipologia CO e DD e non più in tipologia 3.

Il controllo consiste nella verifica della corretta rendicontazione in tipologia 3 del File F con indicazione obbligatoria della macrocategoria DD o CO,

- dei medicinali con requisito di innovatività condizionata con Registro AIFA
- degli agenti antinfettivi reserve con Registro AIFA

Verrà effettuato preliminarmente da remoto utilizzando i tracciati elaborati dalla U.O. Flussi informativi EXPFP, EXPFC sulla scorta della base dati presente nel portale regionale FARMAVISION e, successivamente, in loco.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	Verifica Rendicontazione in tipologia 3 del File F con indicazione obbligatoria della macrocategoria DD o CO, dei medicinali con requisito di innovatività condizionata con Registro AIFA e degli gli agenti antinfettivi reserve con Registro AIFA
MODALITA'	<i>L'attività è svolta preliminarmente da remoto e successivamente in loco presso le Strutture Pubbliche e Private Accreditate che rendicontano la dispensazione in File F di Farmaci con requisito di innovatività condizionata con Registro AIFA e gli agenti antinfettivi reserve con Registro AIFA</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	100% dei record rendicontati nel periodo Gennaio-Dicembre 2025 in tipologia 3 del File F
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Tabulati di dettaglio File F: EXPFP, EXPFC- mensilmente pubblicati in Farmavision, appositamente elaborati dalla UO Flussi Informativi e pubblicati su DWH aziendale.
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	100% dei record rendicontati nel periodo Gennaio-Dicembre 2025 in tipologia 3 del File F
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verifica presenza/assenza della scheda registro AIFA, criteri di eleggibilità, congruenza registro AIFA e tracciato file F.  Verifica della corretta compilazione del tracciato file F

2) la completezza e la chiusura delle schede dei registri AIFA, come proseguo del percorso intrapreso con Delibera n. 2966 del 05.08.2024.

L'obiettivo per tutte le strutture erogatrici di File F per l'anno 2025 è quello di chiudere le schede di registro AIFA per cui il trattamento risulta concluso ad opera del clinico, pena l'abbattimento del File F (tipologia CO- esclusi innovativi) dello 0.3% a fine anno.

L'obiettivo per l'ATS è quello di verificare entro il 30/06/2025 che tutte le strutture pubbliche e private accreditate abbiano provveduto alla chiusura delle schede di



registro AIFA attive nel 2024 e non movimentate (ossia senza dispensazioni di farmaco) da più di 4 mesi sulla scorta dei report trasmessi dagli uffici regionali ogni due mesi.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	COMPLETEZZA E CHIUSURA SCHEDE REGISTRI AIFA
MODALITA'	<i>L'attività è svolta da remoto mediante analisi del report bimestrale prodotto dalla DGW sui registri aperti del 2024 e non movimentati dai clinici delle Strutture Bresciane da almeno 4 mesi</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Ad ogni nuovo export bimestrale, come da indicazioni regionali
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Tabulato/ tracciato ricevuto da DGW
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	100% schede registri AIFA 2024 aperte e non movimentate da almeno 4 mesi presenti nel tracciato pervenuto da DGW
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	1. Trasmissione report ad ogni struttura interessata per il tramite della Farmacia ospedaliera di riferimento con indicazione tempistica per chiusura registri; 2. Ricezione conferma a mezzo mail di avvenuta chiusura registro/scheda.

3) Proseguiranno inoltre i controlli sui Farmaci Innovativi: Tip.30 e 40, così come previsti dal Decreto Regionale n. 1492 del 11/02/2022.

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

L'attività è sintetizzata nel seguente schema:

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	FARMACI INNOVATIVI
MODALITA'	<i>L'attività è svolta in loco presso le Strutture Private Accreditate che rendicontano la dispensazione in File F di Farmaci Innovativi (tip. 30 e 40)</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	100% dei record rendicontati nel periodo Gennaio-Dicembre 2025 in tipologia 30 e 40 del File F
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Tabulati di dettaglio File F: EXPFP, EXPFC-mensilmente pubblicati in Farmavision, appositamente elaborati dalla UO Flussi Informativi e pubblicati su DWH aziendale.</i>
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI	100% dei record rendicontati nel periodo Gennaio-Dicembre 2025 in tipologia 30 e 40



DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>del File F</i>
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	<i>Verifica registro AIFA, criteri di eleggibilità, congruenza registro AIFA e tracciato file F.</i>

4) Proseguiranno inoltre i controlli sui prezzi massimi di acquisto dei farmaci rendicontati in File F periodicamente trasmessi da Regione Lombardia sulla base degli accordi negoziati da AIFA con le Aziende Farmaceutiche.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	PREZZI MASSIMI DI ACQUISTO
MODALITA'	<i>L'attività è svolta da remoto ed in autocontrollo da parte delle Strutture coinvolte.</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	<i>100% dei record rendicontati nel periodo gennaio - dicembre 2025, con alert (prezzo esposto superiore al prezzo massimo d'acquisto di cui alle tabelle regionali).</i>
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Export prodotti dall'UO Flussi Informativi e pubblicati sul DWH Aziendale che incrociano: - i tabulati di dettaglio relativi al File F: EXPFP, EXPFC-mensilmente pubblicati in Farmavision - le tabelle relative ai prezzi massimi d'acquisto.</i>
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>100% dei record rendicontati nel periodo gennaio-dicembre 2025 in alert (prezzo esposto superiore al prezzo massimo d'acquisto di cui alle tabelle regionali).</i>
MODALITA' OPERATIVE E DI ESECUZIONE	<i>Verifica della corretta applicazione dei prezzi massimi di acquisto periodicamente trasmessi da Reg. Lombardia sulla base degli accordi negoziati da AIFA con le Aziende Farmaceutiche.  Sintesi procedura autocontrollo: 1. Predisposizione da SCF di file excel con indicazione dell'AIC e del nome commerciale del Farmaco in alert, con indicazione in chiaro della differenza tra il prezzo rendicontato nel tracciato del File F e quello regionale. 2. Trasmissione file excel a tutte le Strutture per riscontro e controdeduzioni entro tempistica predefinita. 3. Valutazione controdeduzioni e chiusura confronto con Struttura. Se necessario anche mediante correzione dei record in successivo flusso.</i>



## AREA PROTESICA ASSISTENZA INTEGRATIVA

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

Con Decreto del Ministero della Salute del 31.03.2024 (di concerto al Ministro dell'Economia e delle Finanze) l'entrata in vigore delle tariffe di assistenza protesica è stata differita al 01.01.2025, di talchè, per l'anno corrente, l'obiettivo sarà quello di supportare ARIA per l'aggiornamento del sistema ASSISTANT-RL nell'adozione del nuovo nomenclatore, durante una fase di transizione che durerà almeno fino ad ottobre 2025, necessaria ad adeguare progressivamente l'attuale organizzazione ed i vigenti sistemi informativi per tali forme di assistenza (regole, codici, aventi diritto, tempi minimi di rinnovo).

Con DGR n. XII/3865/2025 ad oggetto: "Tariffario protesica- recepimento delle disposizioni di cui al DPC 12.01.2017" sono state adottate al fine del progressivo recepimento delle disposizioni di cui al DPCM 12.01.2017:

a) l'elenco aggiornato delle tariffe regionali provvisorie, contenente l'elenco dei codici dei dispositivi del DPCM 2017 già in uso per le prescrizioni nel SW Assistant RL da applicarsi uniformemente agli assistiti ed ai fornitori autorizzati su tutto il territorio lombardo;

b) definizione degli aspetti dell'assistenza protesica che il DPCM 12.01.2017 demanda alle singole regioni- allegato 2 - in attuazione a quanto previsto nell'allegato 12 del DPCM del 12.01.2017.

Al termine della fase transitoria avverrà il completo superamento delle disposizioni di cui DM 28.12.92, DM 332/1999 e DM 321 del 31/05/2001.

Contestualmente rinnoverà, la convenzione per la fornitura e la distribuzione di ausili protesici, sottoscritta dalla Direzione Generale di ATS con l'associazione Titolari di Farmacia della provincia di Brescia (Decreto DG n. 247 del 30.04.2024), che allo stato ha la seguente data di decorrenza dal 01.05.2024 31.03.2025. L'elenco dei presidi ritirabili in farmacia è pubblicato alla seguente pagina web:

<https://www.ats-brescia.it/web/guest/fornitura-presidi-a-raccolta-per-incontinenza-e-stomia>

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

### CONTESTO

Sul territorio di ATS Brescia sono presenti n. 637 prescrittori e n. 79 ditte autorizzate all'erogazione di forniture protesiche, di cui 25 ortopedie, 21 esercizi di ottica e 33 ditte audioprotesiche.

L'elenco dei prescrittori di protesica è stato aggiornato con Determina Dirigenziale n. 410 del 13.12.2025 ed è pubblicato alla seguente pagina web:

[Centri di Prescrizione Protesica e Prescrittori di RSA/RSD - ATS Brescia](#)



L'elenco dei fornitori di protesica è stato invece aggiornato nel secondo semestre 2024, con Determinazione Dirigenziale n. 323 del 03/10/2024 ed è pubblicato sulla pagina web dell'Agenzia al link:

<https://www.ats-brescia.it/ditte-protetiche>

Il sistema di autorizzazione/attribuzione delle credenziali agli specialisti prescrittori dell'assistenza protesica.

### MONITORAGGIO E CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA PROTESICA

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

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

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

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

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

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

L'attività è sintetizzata nel seguente schema:

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	CONTROLLO DEI REQUISITI DEI PRESCRITTORI CON GESTIONE DEI RELATIVI ELENCHI
MODALITA'	<i>L'attività è svolta da remoto</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	<i>100% delle istanze pervenute tramite programma di gestione documentale</i>
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Programma di gestione documentale Per la verifica delle autocertificazioni: - Sito web ordine dei Medici</i>
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>Nessun campionamento: sono valutate il 100% delle istanze di accreditamento</i>
MODALITA' OPERATIVE E DI ESECUZIONE	<i>1. Ricezione richieste inserimento/aggiornamento/cancellazione da parte delle ASST, dalle Strutture Sanitarie Private Accreditate, dalle Strutture Riabilitative extra-ospedaliere (ex IDR) e</i>



	<p>dalle residenze sanitarie anziani (RSA)</p> <p>Attribuzione credenziali estese su carta siss tramite PDA/PDR</p> <p>Adozione provvedimento formale di aggiornamento elenco Prescrittori, sua pubblicazione su pagina web dedicata.</p>
--	---

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	MONITORAGGIO PRESCRIZIONI ONLINE VS CARTACEE (punto 6.1 e) DGR n. X/6917/2017)
MODALITA'	L'attività sarà espletata da remoto.
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	<p>n. 1 monitoraggio delle prescrizioni on-line vs. cartaceo, in collaborazione con l'ASST Spedali Civili di Brescia (SUPI).</p> <p>Saranno eseguite n. 4 estrazioni complessive, in una giornata definita per ogni trimestre</p>
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	ASSISTANT@RL
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Saranno eseguite n. 4 estrazioni complessive, in una giornata definita per ogni trimestre
MODALITA' OPERATIVE DI ESECUZIONE	<p>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 Assist@nt-RL, riducendo ai soli casi di effettiva impossibilità la prescrizione su cartaceo.</p> <p>Individuazione delle criticità rilevate.</p>

### MONITORAGGIO E CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA EROGATIVA

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

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

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



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

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

L'attività è sintetizzata nel seguente schema:

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	ACCREDITAMENTO NUOVI FORNITORI
MODALITA'	<i>L'attività è svolta da remoto</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	<i>100% delle istanze di nuovo accreditamento pervenute tramite programma di gestione documentale</i>
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Programma di gestione documentale Per la verifica delle autocertificazioni: - Sito web ordine dei tecnici - Telemaco - Sito web Ministero della Salute (ITCA)</i>
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>Nessun campionamento: sono valutate il 100% delle istanze di accreditamento</i>
MODALITA' OPERATIVE E DI ESECUZIONE	<i>1. Verifica avvenuta ricezione della modulistica completa: - istanza di accreditamento - compilazione schede per ortopedia, acustica, ottica - accettazione codice di comportamento 2. Verifica ove previsto rilascio del codice ITCA 3. Verifica iscrizione tecnico all'ordine di appartenenza 4. Verifica antimafia 5. Verifica iscrizione camera di commercio 6. Adozione provvedimento formale di accreditamento mediante Determina con rilascio codice fornitore per ATS Brescia 7. Aggiornamento Elenco e sua pubblicazione su pagina web dedicata.</i>

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	MANTENIMENTO REQUISITI FORNITORI
MODALITA'	I Controlli saranno svolti da remoto su base documentale. I controlli in loco saranno svolti, solo ove necessario, nel caso si rivelino eventuali criticità.
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI	10% delle ditte di ortopedia, acustica, ottiche



PROGRAMMATI	presenti in elenco
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Elenco fornitori di protesica pubblicato su sito web
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	In base al codice di iscrizione in elenco più remoto (sottratte le ditte che sono state oggetto di controllo nell'anno 2024).
MODALITA' OPERATIVE E DI ESECUZIONE	<i>Il controllo prevede l'acquisizione delle sei schede fornitore aggiornate.</i>

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	GESTIONE ELENCO FORNITORI
MODALITA'	<i>L'attività è svolta da remoto</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	<i>Almeno 1 determina di aggiornamento al semestre in caso di variazioni.</i>
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Assistant@RL/ Elenco fornitori agli atti della SC Farmaceutico</i>
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>100% delle variazioni comunicate alla SC Farmaceutico (istanze di cancellazione e istanze di accreditamento).</i>
MODALITA' OPERATIVE E DI ESECUZIONE	<p><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 gg., dalle modifiche intervenute con pubblicazione dell'elenco sul sito istituzionale di ATS.</i></p> <p><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></p>

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	COERENZA FORNITURE CON REQUISITI FORNITORI
MODALITA'	<i>L'attività sarà espletata da remoto d'intesa con il SUPI.</i>
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	<i>1 monitoraggio annuo sulle aziende oggetto di mantenimento requisiti.</i>
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	<i>Assistant@RL</i>
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<i>La verifica è espletata sull'intero campione.</i>
MODALITA' OPERATIVE E DI ESECUZIONE	<i>1.Estrazione da Assistant@RL, Sezione</i>



	<p><i>Report, Sottosezione Controllo, dell'elenco prescrizioni relative alle tre ASST con individuazione del codice fornitore.</i></p> <p><i>2.Verifica congruenza tra prescritto ed erogato mediante raffronto dei campi descrizione presidio, ragione sociale fornitore, denominazione classe ISO2.</i></p>
--	---

### 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:

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITA' DI CONTROLLO	EXTERNAL AUDITING SU SUPI
MODALITA'	AUDIT
NUMEROSITA' DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Uno annuo
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Assistant@RL
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	<p><i>Il campione è stato così determinato:</i></p> <p><i>a) Controllo congruenza prescrittiva: n.5 pratiche per ogni Distretto;</i></p> <p><i>b) Controllo collaudi: in base a quanto segnalato in supporto all'attività di collaudo</i></p> <p><i>c) Controllo utilizzo CPAP: n.5 pratiche per ogni Distretto;</i></p> <p><i>d) Controllo fornitori VMD: sulla base delle criticità emerse in corso d'anno;</i></p> <p><i>e) Controllo visite spec. per protesi acustiche: n. 5 pratiche per ogni Distretto;</i></p> <p><i>f) recupero e ricondizionamento dispositivi: n. 5 pratiche per ogni Distretto.</i></p>
MODALITA' OPERATIVE E DI ESECUZIONE	<p><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></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- controllo congruenza prescrittiva</i></li> <li><i>- controllo collaudi</i></li> <li><i>- controllo utilizzo CPAP</i></li> <li><i>- controllo fornitori VMD</i></li> <li><i>- controllo visite spec. per protesi acustiche</i></li> <li><i>- recupero e ricondizionamento dispositivi.</i></li> </ul>

Brescia, 28/02/2025

Redazione a cura del Dipartimento PAAPSS e della SC Farmaceutico