



**PIANO DEI CONTROLLI ANNO 2009**  
**(ai sensi della DGR VIII/8501 del 26 novembre 2008)**

**ASL della Provincia di Bergamo**

**dott. Roberto Testa**  
**Direttore Generale**



## Premessa

Le Aziende sanitarie Locali sono le istituzioni sanitarie pubbliche che più hanno dovuto modificare la propria missione in relazione ai processi di riforma del Servizio sanitario regionale a partite dalla Lr 31/97.

Mentre le strutture di ricovero hanno modificato al propria natura giuridica e le proprie strutture di “governance” ma hanno sostanzialmente mantenuto inalterata la propria missione di aziende di produzione specializzate nella cura, le ASL hanno perso la propria missione erogativa ed hanno assunto un ruolo di committenti del sistema sanitario e socio – sanitario locale con la finalità ultima di tutelare la salute dei cittadini e garantire loro di ricevere le prestazioni appropriate rispetto alla loro condizione nella cornice delle “Regole di sistema”.

Le attività di controllo rimangono quindi una priorità fondamentale da perseguire non come mera funzione burocratica nei confronti degli erogatori, ma come intelligente azione finalizzata:

- ad evidenziare le criticità della relazione mezzi / fini, cioè nel corretto uso delle risorse disponibili (quota capitaria) rispetto ai criteri di efficienza, efficacia, equità (di accesso e trattamento), economicità, appropriatezza e accettabilità che devono improntare l'azione degli erogatori;
- a contribuire al miglioramento continuo nell'ambito di un processo virtuoso: l'azione di controllo non si deve riflettere solo sul singolo output verificato (ricovero, prestazione ambulatoriale, requisito di accreditamento, ecc.) ma deve estendere il proprio impatto sull'organizzazione modificandone i comportamenti. In questo senso l'azione di controllo è figlia della programmazione quando attraverso il meccanismo del budget e il meccanismo dell'accreditamento si indirizzano implicitamente quali e quante prestazioni verranno erogate;
- a garantire la sicurezza e la tutela del cittadino che usufruisce dei servizi sanitari;
- a mantenere l'equilibrio complessivo del sistema.

nell'ambito della massima trasparenza ed imparzialità dell'azione svolta.

Il Piano dei controlli che viene adottato dall'ASL di Bergamo si presenta quindi come un progetto complesso che riflette le finalità appena dichiarate attraverso i cardini della prevenzione e della committenza nelle aree che fanno capo al Dipartimento di Prevenzione Medica, al Dipartimento di Prevenzione Veterinaria, al Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale ed al Dipartimento Programmazione Acquisto e Controllo che in relazione al nuovo assetto aziendale ha assorbito anche l'attività di controllo svolta dal Dipartimento ASSI.



## **Esito Attività Ispettiva Ricoveri (Nucleo operativo di controllo) Anno 2008**

### **Premessa**

In ottemperanza alle DGR VIII/005743 del 31/10/2007, VIII/4799 del 30/05/2007, VII/19688 del 03/12/2004 e DGR VII/16827 del 19/03/2004 riguardanti le tipologie di controlli oggi in uso in Regione Lombardia, il gruppo NOCE dell'ASL provinciale di Bergamo ha svolto l'attività di controllo delle prestazioni in regime di ricovero. I controlli hanno seguito la base della matrice del Piano dei controlli di questa ASL, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n° 39 del 24/01/2008, e sono stati rivolti alla verifica della Congruenza secondo modalità Guidata e Casuale, come da DGR VIII/5743 del 31/10/2007 ed integrazioni.

Il piano dei controlli relativo all'anno 2008 prevedeva:

Analisi della produzione delle Strutture Ricovero e Cura Pubbliche e Private Accreditate relativa all'anno 2007 e definizione del n° SDO da verificare che è stata quantificata nella misura del 5, 5 %, pari a 10.264 pratiche, sulla base dei ricoveri effettuati e conclusi nel corso dell'anno 2007, suddivise in:

4,5 % Modalità Congruenza Guidata  
1 % Modalità Congruenza Casuale

L'azione del gruppo NOC prevedeva di porre attenzione ai seguenti punti:

- Riduzione % degli errori di codifica.
- Monitoraggio periodico e controllo puntuale dei ricoveri.
- Monitoraggio quantitativo e valutazione delle prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna.
- Monitoraggio dei ricoveri delle A.O. con Pronto Soccorso, DEA o EAS con diagnosi principale di cui alla DGR n° VII/16827 del 19/03/2004.
- **Monitoraggio dei DRG 410**
- Maggiore selettività dei ricoveri da monitorare.
- Eventuale estensione delle verifiche a tutta la casistica prodotta qualora si evidenziassero comportamenti non casuali nel corso delle verifiche (come da DGR VIII/3111 del 1° agosto 2006 punto 4 e DGR VIII/4799 del 30/05/2007)
- Analisi della produzione delle Strutture Pubbliche e Private Accreditate, insistenti presso l'ASL provinciale di Bergamo
- Controlli incrociati tra SDO e registri prenotazione ricoveri dal 2° semestre 2008
- Collaborazione con il Gruppo NOC dell'ASL di Brescia per la condivisione di problematiche inerenti l'attività ispettiva.

## **RISULTATI DEI CONTROLLI SUGLI EPISODI DI RICOVERO**

### **Esito verifiche SDO**

Al 31 dicembre 2008 sono state controllate **n. 10.679** SDO (5,7 % della produzione) e relativa documentazione clinica, pari al 104,00 % del totale previsto; relative al periodo Ottobre 2007 - Settembre 2008.

La differenza di valorizzazione, di tutte le tipologie di controlli, è di **€ 1.761.666, 91**, rispetto all'anno 2007 l'incremento del decurtato in termini economici è pari al **53,94 %**.

La valorizzazione su riportata può essere suscettibile di variazione essendo in attesa delle controdeduzioni da parte della A.O. OO. RR. Bg (verbale n° 599/2008)

Nella tab. n° 1 di seguito riportata viene segnalata la differenza della valorizzazione post verifica rispetto alla valorizzazione regionale con relativa %.

**Tab. 1 Ricaduta Economica dei Controlli**

Struttura	Produzione SDO anno indice	SDO controllate	% controllato	Valorizzazione regionale pre-verifica	Valorizzazione post verifica	Differenza post verifica	Variazione % rispetto al valore regionale
C.C. San Francesco	5640	339	6,0%	€ 805.814,00	€ 718.601,29	-€ 87.212,71	-10,8%
C.C. Gavazzeni	13200	800	6,1%	€ 3.813.268,00	€ 3.709.120,69	-€ 104.147,31	-2,7%
C.C. San Marco	13445	798	5,9%	€ 2.799.325,00	€ 2.694.755,81	-€ 104.569,19	-3,7%
C.C. B. Palazzolo	4911	298	6,1%	€ 651.471,00	€ 590.403,23	-€ 61.067,77	-9,4%
C.C. San Pietro	14423	1006	7,0%	€ 4.204.084,00	€ 4.101.649,48	-€ 102.434,52	-2,4%
C.C. Habilita	620	40	6,5%	€ 341.515,00	€ 332.872,00	-€ 8.643,00	-2,5%
C.C. Castelli	5360	325	6,1%	€ 859.533,00	€ 839.278,15	-€ 20.254,85	-2,4%
FERB Trescore	1239	81	6,5%	€ 374.454,00	€ 367.565,00	-€ 6.889,00	-1,8%
C.C. Quarenghi	1481	90	6,1%	€ 436.038,00	€ 434.560,00	-€ 1.478,00	-0,3%
Habilita Sarnico	1128	80	7,1%	€ 500.462,00	€ 498.442,00	-€ 2.020,00	-0,4%
FERB Gazzaniga	190	15	7,9%	€ 175.349,00	€ 175.349,00	€ -	0,0%
Fondaz. Orizzonte	299	40	13,4%	€ 127.551,00	€ 124.588,00	-€ 2.963,00	-2,3%
C.C. San Donato	141	20	14,2%	€ 112.501,00	€ 108.427,00	-€ 4.074,00	-3,6%
P.O. Calcinante	4518	270	6,0%	€ 660.323,00	€ 637.979,30	-€ 22.343,70	-3,4%
P.O. Romano L.do	6866	435	6,3%	€ 1.101.683,00	€ 1.011.195,61	-€ 90.487,39	-8,2%
P.O. Lovere	3321	225	6,8%	€ 595.847,00	€ 567.458,58	-€ 28.388,42	-4,8%
P.O. Treviglio	20190	544	2,7%	€ 1.535.750,00	€ 1.442.316,07	-€ 93.433,93	-6,1%
P.O. S.G. Bianco	5321	318	6,0%	€ 817.924,00	€ 809.518,55	-€ 8.405,45	-1,0%
OO.RR. Bergamo *	52031	2994	5,8%	€ 10.966.388,00	€ 10.336.657,45	-€ 629.730,55	-5,7%
P.O. Alzano L.	10236	631	6,2%	€ 1.951.971,00	€ 1.813.184,26	-€ 138.786,74	-7,1%
P.O. Clusone	6562	415	6,3%	€ 1.471.668,00	€ 1.394.288,25	-€ 77.379,75	-5,3%
P.O. Seriate	14138	835	5,9%	€ 3.504.318,00	€ 3.348.972,37	-€ 155.345,63	-4,4%
P.O. Gazzaniga	1366	80	5,9%	€ 450.996,00	€ 439.384,00	-€ 11.612,00	-2,6%
<b>Totale</b>	<b>186626</b>	<b>10679</b>	<b>5,7%</b>	<b>€ 38.258.233,00</b>	<b>€ 36.496.566,09</b>	<b>-€ 1.761.666,91</b>	<b>-4,6%</b>

\* ultimo verbale non concordato in corso di definizione

## Esito Flags 2008 vs 2007

La sottostante tabella n° 2 riporta i Flags prodotti dalle verifiche ispettive e le percentuali confrontate con l'anno precedente:

Flag "A" non evidenzia variazioni significative.

Flag "B" lieve decremento delle pratiche annullate.

Flag "C" risulta inferiore dello 38,2 %.

Flag "D" evidenzia un incremento pari al 50 % delle pratiche contestate; ciò è dovuto alla maggiore selettività del campione mirato ai ricoveri con degenza breve 2/3 giorni come segnalato dagli indicatori regionali.

Flag "E" rileva un decremento pari al 17,2 % delle pratiche contestate. La motivazione è dovuta all'azione di formazione/informazione del gruppo NOCE.

Flag "F" non evidenzia variazioni significative rispetto all'anno precedente.

Flag "H" ininfluyente.

Flag "L" assente

Flag "M" ininfluyente..

Flag "X" permane invariato dovuto ad errori insopprimibili

	Descrizione	Totale SDO 2008	Percentuale	Totale SDO 2007	Percentuale
A	Pratica confermata	8628	80,8%	8717	80,3%
B	Pratica non confermata, valorizzazione annullata perché ricompresa in altra pratica	229	2,1%	249	2,3%
C	Pratica non confermata, valorizzata in base al nomenclatore tariffario ambulatoriale	225	2,1%	366	3,4%
D	Pratica non confermata, con modifica degenza ordinaria e degli accessi in DH	581	5,4%	298	2,7%
E	Pratica non confermata, con modifica del DRG	619	5,8%	737	6,8%
F	Pratica non confermata, con modifica di DRG e degenza ordinaria/accessi di DH	52	0,5%	42	0,4%
G	Pratica non confermata, con modifica di DRG e regime di ricovero	0	0,0%	0	0,0%
H	Pratica non confermata, con modifica di regime di ricovero, con o senza modifica della degenza	0	0,0%	1	0,0%
I	Pratica non confermata, con modifica di DRG, degenza e regime di ricovero	0	0,0%	0	0,0%
L	Pratica non confermata, per assenza del programma riabilitativo individuale	0	0,0%	14	0,1%
M	Pratica non confermata, con modifica della valorizzazione	7	0,1%	15	0,1%
X	Pratica confermata, con modifiche senza influenza sulla valorizzazione economica	338	3,2%	419	3,9%
	<b>Totale</b>	<b>10679</b>		<b>10858</b>	

Tab. n° 2

Nella tabella (tab. n° 3) di seguito allegata sono evidenziati in particolare le tipologie del controllo effettuato con il relativo Flag prodotto e la percentuale.

### Flags per tipologia

Descrizione		Congruenza Casuale	%	1 Ricoveri ripetuti	%	2 DRG complicati	%	8 Mirato	%	Totale	%
A	Pratica confermata	1503	87,7%	1011	79,1%	1295	84,7%	4819	78,2%	8628	80,8%
B	Pratica non confermata, valorizzazione annullata perché ricompresa in altra pratica	6	0,4%	94	7,4%	4	0,3%	125	2,0%	229	2,1%
C	Pratica non confermata, valorizzata in base al nomenclatore tariffario ambulatoriale	25	1,5%	21	1,6%	2	0,1%	177	2,9%	225	2,1%
D	Pratica non confermata, con modifica degenza ordinaria e degli accessi in DH	49	2,9%	36	2,8%	10	0,7%	486	7,9%	581	5,4%
E	Pratica non confermata, con modifica del DRG	72	4,2%	65	5,1%	126	8,2%	356	5,8%	619	5,8%
F	Pratica non confermata, con modifica di DRG e degenza ordinaria/accessi di DH	4	0,2%	1	0,1%	4	0,3%	43	0,7%	52	0,5%
G	Pratica non confermata, con modifica di DRG e regime di ricovero	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
H	Pratica non confermata, con modifica di regime di ricovero, con o senza modifica della degenza	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
I	Pratica non confermata, con modifica di DRG, degenza e regime di ricovero	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
L	Pratica non confermata, per assenza del programma riabilitativo individuale	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
M	Pratica non confermata, con modifica della valorizzazione	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	0,1%	7	0,1%
X	Pratica confermata, con modifiche senza influenza sulla valorizzazione economica	54	3,2%	50	3,9%	88	5,8%	146	2,4%	338	3,2%
		1713		1278		1529		6159		10679	

Tab. n° 3

Di seguito viene riportata la tabella. n°4 di “Sintesi dell’attività ispettiva” effettuata nel corso dell’anno 2008

#### Sintesi attività

Citticità rilevate	Obiettivi 2008	Produzione N° SDO	N° SDO controllate sulla produzione in termini di numerosità	N° SDO contestate sul controllato in termini di numerosità	N° SDO contestate sulla produzione in termini di fatturato	N° SDO contestate sul controllato in termini di fatturato	N° Sanzioni irrogate	Valorizzazione totale sanzioni	Giudizio/motivazione sul raggiungimento o meno degli obiettivi 2008
Dato globale delle verifiche	Controllo 5,5% della produzione	186.626	10.679 pari al 5,7%	2051 pari al 19,2%	-€ 1.761.666,91 pari al - 0,33%	-€ 1.761.666,91 pari al -4,6%	1	€ 12.000	Raggiunto
Ricoveri ripetuti	Monitoraggio e verifica	13.364	1.278 pari al 9,6%	267 pari al 20,9%	-€ 136.483,50 pari al - 0,025%	-€ 136.483,50 pari al - 7,75%			Raggiunto
DRG 139-517-518 (cardiologia)	Monitoraggio e verifica	4.030	238 pari al 5,9%	104 pari al 43,7%	-€ 133.133 pari al - 0,025%	-€ 133.133 pari al - 7,56%			Raggiunto
DRG 227-440-443 (ortopedia)	Monitoraggio e verifica	1.188	243 pari al 20,5%	93 pari al 38,3%	-€ 48.534,32 pari al - 0,0091%	-€ 48.534,32 pari al - 2,76%			Raggiunto
DH diagnostico terapeutico riabilitativo	Monitoraggio e verifica	16.073	934 pari al 5,8%	136 pari al 14,6%	-€ 62.508,81 pari al - 0,012%	-€ 62.508,81 pari al - 3,55%			Raggiunto
DRG complicati	Monitoraggio e verifica	14.908	1.529 pari al 10,3%	234 pari al 15,3%	-€ 135.836,95 pari al - 0,025%	-€ 135.836,95 pari al - 7,71%			Raggiunto
DRG Extra-budget	Monitoraggio e verifica	37.737	2.965 pari al 7,9%	371 pari al 12,5%	-€ 206.109,57 pari al - 0,038%	-€ 206.109,57 pari al - 11,70%			Raggiunto
Ricoveri ordinari 2/3 giorni	Monitoraggio e verifica	20.551	2.198 pari al 10,7%	660 pari al 30,0%	-€ 873.797,20 pari al - 0,163%	-€ 873.797,20 pari al - 49,6%			Raggiunto

Tab. n° 4

**Criticità:**

Le criticità emerse durante le verifiche hanno riguardato i Ricoveri Ripetuti, i DRG Complicati, Day-Hospital diagnostico terapeutico riabilitativo, DRG Extrabudget e Ricoveri ordinari con degenza pari a 2/3 giorni, DRG cardiologici (139 – 517 – 518) e DRG ortopedici (227 – 440 – 443).

- **Ricoveri Ripetuti**

Sono stati prodotti n° 13.364 ricoveri e controllate n° 1.278 SDO pari al 9,6 %, contestate n° 267 pari al 20,9 % con ricaduta economica di € 136.483,50 (v. tabella n° 5)

Strutture	Produzione N° SDO	N° SDO controllate sulla produzione in termini di numerosità	% sulle SDO controllate	N° SDO contestate sul controllato in termini di numerosità	% di SDO contestate	N° SDO contestate sul controllato in termini di fatturato	% contestate in termini di fatturato sulla produzione	N° SDO contestate sul controllato in termini di fatturato
C.C. San Francesco	54	28	51,9%	6	21,4%	-€ 3.874,00	-0,025%	4,44%
C.C. Gavazzeni	628	108	17,2%	16	14,8%	-€ 16.376,00	-0,030%	15,72%
C.C. San Marco	991	80	8,1%	14	17,5%	-€ 11.573,00	-0,028%	11,07%
C.C. B. Palazzolo	71	49	69,0%	8	16,3%	-€ 5.558,00	-0,048%	9,10%
C.C. San Pietro	971	104	10,7%	24	23,1%	-€ 26.464,58	-0,065%	25,84%
C.C. Habilita Osio	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
C.C. Castelli	106	42	39,6%	2	4,8%	-€ 1.167,00	-0,014%	5,76%
FERB Trescore	20	10	50,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
C.C. Quarenghi	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
C.C. Habilita Sarnico	31	6	19,4%	1	16,7%	-€ 489,00	-0,010%	24,21%
FERB Gazzaniga	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
Fondaz. Orizzonte	53	10	18,9%	2	20,0%	-€ 1.272,00	-0,134%	42,93%
C.C. San Donato	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
P.O. Calcinatè	168	32	19,0%	4	12,5%	-€ 1.841,00	-0,027%	8,24%
P.O. Romano L.do	353	52	14,7%	17	32,7%	-€ 4.218,00	-0,026%	4,66%
P.O. Lovere	99	22	22,2%	3	13,6%	€ 6.041,00	0,089%	-21,28%
P.O. Treviglio	2304	52	2,3%	14	26,9%	-€ 17.918,98	-0,039%	19,18%
P.O. S.G. Bianco	320	41	12,8%	13	31,7%	-€ 6.744,00	-0,068%	80,23%
OO.RR. Bergamo *	5603	388	6,9%	87	22,4%	€ 9.432,22	0,006%	-1,50%
P.O. Alzano L.	610	89	14,6%	28	31,5%	-€ 30.256,16	-0,145%	21,80%
P.O. Clusone	267	56	21,0%	13	23,2%	-€ 9.165,00	-0,063%	11,84%
P.O. Seriate	715	109	15,2%	15	13,8%	-€ 15.040,00	-0,037%	9,68%
P.O. Gazzaniga	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>Totale</b>	<b>13364</b>	<b>1278</b>	<b>9,6%</b>	<b>267</b>	<b>20,9%</b>	<b>-€ 136.483,50</b>	<b>-0,025%</b>	<b>7,75%</b>

\* ultimo verbale non concordato in corso di definizione



Rispetto all'anno indice precedente, il numero di ricoveri ripetuti si è ridotto di n° 3.802 , il numero di SDO controllato è aumentato del 2,5 %, mentre la percentuale di SDO contestate è rimasta invariata

### • DRG Complicati

Sono stati prodotti n° 14.908 ricoveri e controllate n° 1.529 SDO pari al 10,3 %, contestate n° 234 SDO pari al 15,3 % con ricaduta economica di € 135.836,95 (v. tabella n°6).

Strutture	Produzione N° SDO	N° SDO controllate sulla produzione in termini di numerosità	% sulle SDO controllate	N° SDO contestate sul controllato in termini di numerosità	% di SDO contestate	N° SDO contestate sul controllato in termini di fatturato	% contestate in termini di fatturato sulla produzione	N° SDO contestate sul controllato in termini di fatturato
<b>C.C. San Francesco</b>	254	52	20,5%	16	30,8%	-€ 11.778,00	-0,076%	13,50%
<b>C.C. Gavazzeni</b>	1263	117	9,3%	9	7,7%	-€ 5.348,00	-0,010%	5,14%
<b>C.C. San Marco</b>	1759	100	5,7%	6	6,0%	-€ 1.276,00	-0,003%	1,22%
<b>C.C. B. Palazzolo</b>	367	49	13,4%	11	22,4%	-€ 15.038,00	-0,131%	24,63%
<b>C.C. San Pietro</b>	1412	136	9,6%	6	4,4%	-€ 7.277,00	-0,018%	7,10%
<b>C.C. Habilita Osio</b>	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>C.C. Castelli</b>	92	40	43,5%	5	12,5%	€ 465,00	0,006%	-2,30%
<b>FERB Trescore</b>	145	10	6,9%	3	30,0%	-€ 2.110,00	-0,033%	30,63%
<b>C.C. Quarenghi</b>	127	34	0,0%	4	0,0%	-€ 1.478,00	-0,017%	100,00%
<b>C.C. Habilita Sarnico</b>	64	14	21,9%	4	28,6%	-€ 2.125,00	-0,044%	105,20%
<b>FERB Gazzaniga</b>	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>Fondaz. Orizzonte</b>	68	7	10,3%	2	28,6%	€ 1.892,00	0,199%	-63,85%
<b>C.C. San Donato</b>	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>P.O. Calcinante</b>	240	46	19,2%	8	17,4%	-€ 3.054,40	-0,045%	13,67%
<b>P.O. Romano L.do</b>	522	59	11,3%	15	25,4%	-€ 11.922,00	-0,072%	13,18%
<b>P.O. Lovere</b>	354	40	11,3%	4	10,0%	-€ 5.549,00	-0,082%	19,55%
<b>P.O. Treviglio</b>	1585	53	3,3%	7	13,2%	-€ 4.185,55	-0,009%	4,48%
<b>P.O. S.G. Bianco</b>	399	55	13,8%	6	10,9%	-€ 2.324,00	-0,023%	27,65%
<b>OO.RR. Bergamo *</b>	4007	410	10,2%	94	22,9%	-€ 39.924,00	-0,024%	6,34%
<b>P.O. Alzano L.</b>	819	101	12,3%	15	14,9%	-€ 12.524,00	-0,060%	9,02%
<b>P.O. Clusone</b>	606	70	11,6%	14	20,0%	-€ 16.041,00	-0,111%	20,73%
<b>P.O. Seriate</b>	825	136	16,5%	5	3,7%	€ 3.760,00	0,009%	-2,42%
<b>P.O. Gazzaniga</b>	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>Totale</b>	<b>14908</b>	<b>1529</b>	<b>10,3%</b>	<b>234</b>	<b>15,3%</b>	<b>-€ 135.836,95</b>	<b>-0,025%</b>	<b>7,71%</b>

\* ultimo verbale non concordato in corso di definizione

Tab. n° 6

Rispetto all'anno indice precedente, il numero di ricoveri complicati si è ridotto di n° 1.777; il numero delle SDO controllato è diminuito del 3,9 %, ed anche la percentuale di SDO contestate è diminuita del 3,8 %.

La motivazione è dovuta all'azione adottata nelle regole di sistema introdotte dalla DGR VIII/005743 del 31/10/2007.

- Day Hospital diagnostico-terapeutico- riabilitativo**

Sono stati prodotti n° 16.073 ricoveri, controllate n° 934 pari al 5,8 % e contestate n° 136 pari al 14,6% con ricaduta economica di € 62.508,81 (v. tabella n°7).

Strutture	Produzione N° SDO	N° SDO controllate sulla produzione in termini di numerosità	% sulle SDO controllate	N° SDO contestate sul controllato in termini di numerosità	% di SDO contestate	N° SDO contestate sul controllato in termini di fatturato	% contestate in termini di fatturato sulla produzione	N° SDO contestate sul controllato in termini di fatturato
C.C. San Francesco	101	35	34,7%	5	14,3%	-€ 5.413,26	-0,035%	6,21%
C.C. Gavazzeni	537	33	6,1%	3	9,1%	-€ 1.245,00	-0,002%	1,20%
C.C. San Marco	578	36	6,2%	2	5,6%	-€ 659,00	-0,002%	0,63%
C.C. B. Palazzolo	97	11	11,3%	1	9,1%	€ 8,00	0,000%	-0,01%
C.C. San Pietro	369	46	12,5%	6	13,0%	-€ 2.988,56	-0,007%	2,92%
C.C. Habilita Osio	112	10	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
C.C. Castelli	21	12	57,1%	3	25,0%	-€ 4.207,00	-0,050%	20,77%
FERB Trescore	132	12	9,1%	1	8,3%	€ 492,00	0,008%	-7,14%
C.C. Quarenghi	17	7	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
C.C. Habilita Sarnico	198	16	8,1%	1	6,3%	-€ 184,00	-0,004%	9,11%
FERB Gazzaniga	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
Fondaz. Orizzonte	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
C.C. San Donato	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
P.O. Calcinante	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
P.O. Romano L.do	621	32	5,2%	3	9,4%	-€ 368,80	-0,002%	0,41%
P.O. Lovere	110	9	8,2%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
P.O. Treviglio	3626	62	1,7%	6	9,7%	-€ 4.232,55	-0,009%	4,53%
P.O. S.G. Bianco	284	50	17,6%	12	24,0%	-€ 1.728,33	-0,017%	20,56%
OO.RR. Bergamo *	7694	432	5,6%	73	16,9%	-€ 22.813,24	-0,014%	3,62%
P.O. Alzano L.	633	45	7,1%	11	24,4%	-€ 18.451,16	-0,089%	13,29%
P.O. Clusone	488	31	6,4%	3	9,7%	-€ 272,00	-0,002%	0,35%
P.O. Seriate	391	41	10,5%	6	14,6%	-€ 445,91	-0,001%	0,29%
P.O. Gazzaniga	64	14	21,9%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>Totale</b>	<b>16073</b>	<b>934</b>	<b>5,8%</b>	<b>136</b>	<b>14,6%</b>	<b>-€ 62.508,81</b>	<b>-0,012%</b>	<b>3,55%</b>

\* ultimo verbale non concordato in corso di definizione

Tab.n° 7

Rispetto all'anno indice precedente, il numero di ricoveri diurni (D-H) si è ridotto di n° 8.378; il numero delle SDO controllate è diminuito dello 0,46 % e la percentuale di SDO contestate è diminuita del 9,45 %.

- **DRG Extrabudget**

Sono stati prodotti n° 37.737 ricoveri, controllate n° 2965 SDO pari al 7,9 %, contestate n° 371 pari al 12,5 % con ricaduta economica di € 206.109,57 (v. tabella n° 8).

Strutture	Produzione N° SDO	N° SDO controllate sulla produzione in termini di numerosità	% sulle SDO controllate	N° SDO contestate sul controllato in termini di numerosità	% di SDO contestate	N° SDO contestate sul controllato in termini di fatturato	% contestate in termini di fatturato sulla produzione	N° SDO contestate sul controllato in termini di fatturato
<b>C.C. San Francesco</b>	223	71	31,8%	8	11,3%	-€ 6.773,09	-0,044%	7,77%
<b>C.C. Gavazzeni</b>	2274	268	11,8%	22	8,2%	€ 3.387,00	0,006%	-3,25%
<b>C.C. San Marco</b>	2354	253	10,7%	22	8,7%	-€ 9.581,00	-0,023%	9,16%
<b>C.C. B. Palazzolo</b>	353	54	15,3%	7	13,0%	-€ 4.933,95	-0,043%	8,08%
<b>C.C. San Pietro</b>	2872	310	10,8%	17	5,5%	-€ 15.700,00	-0,039%	15,33%
<b>C.C. Habilita Osio</b>	58	6	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>C.C. Castelli</b>	201	60	29,9%	7	11,7%	-€ 3.758,00	-0,045%	18,55%
<b>FERB Trescore</b>	41	5	12,2%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>C.C. Quarenghi</b>	121	10	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>C.C. Habilita Sarnico</b>	35	3	8,6%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>FERB Gazzaniga</b>	2	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>Fondaz. Orizzonte</b>	10	2	20,0%	1	50,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>C.C. San Donato</b>	1	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>P.O. Calcinate</b>	972	77	7,9%	7	9,1%	-€ 2.517,95	-0,037%	11,27%
<b>P.O. Romano L.do</b>	745	82	11,0%	15	18,3%	-€ 9.291,00	-0,056%	10,27%
<b>P.O. Lovere</b>	406	59	14,5%	5	8,5%	-€ 12.483,00	-0,184%	43,97%
<b>P.O. Treviglio</b>	4919	123	2,5%	25	20,3%	-€ 29.069,50	-0,063%	31,11%
<b>P.O. S.G. Bianco</b>	644	89	13,8%	13	14,6%	€ 15.835,27	0,160%	-188,39%
<b>OO.RR. Bergamo *</b>	14402	917	6,4%	161	17,6%	-€ 77.906,15	-0,047%	12,37%
<b>P.O. Alzano L.</b>	2175	172	7,9%	20	11,6%	-€ 34.784,20	-0,167%	25,06%
<b>P.O. Clusone</b>	1328	131	9,9%	23	17,6%	-€ 27.871,00	-0,193%	36,02%
<b>P.O. Seriate</b>	3503	263	7,5%	18	6,8%	€ 9.337,00	0,023%	-6,01%
<b>P.O. Gazzaniga</b>	98	10	10,2%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>Totale</b>	<b>37737</b>	<b>2965</b>	<b>7,9%</b>	<b>371</b>	<b>12,5%</b>	<b>-€ 206.109,57</b>	<b>-0,038%</b>	<b>11,70%</b>

\* ultimo verbale non concordato in corso di definizione

tab. n° 8

Rispetto all'anno indice precedente, il numero di Ricoveri extra budget è aumentato di n° 2274. Il numero di SDO controllate è diminuito dell'1,25 %, la percentuale di SDO contestate è diminuita dell'1,37 %.

- **Ricoveri ordinari con degenza di 2/3 giorni.**

Sono stati prodotti n° 20.551 ricoveri, controllate n° 2.198 SDO pari all'10,7 %, contestate n° 660 pari al 30 %, con ricaduta economica di € 873.797,20 (v. tabella n° 9).

La suddetta tipologia di controllo risulta meritevole di attenzione, rappresenta infatti il 49,6% del totale decurtato economicamente.

Strutture	Produzione N° SDO	N° SDO controllate sulla produzione in termini di numerosità	% sulle SDO controllate	N° SDO contestate sul controllato in termini di numerosità	% di SDO contestate	N° SDO contestate sul controllato in termini di fatturato	% contestate in termini di fatturato sulla produzione	N° SDO contestate sul controllato in termini di fatturato
C.C. San Francesco	389	79	20,3%	28	35,4%	-€ 41.294,00	-0,267%	47,35%
C.C. Gavazzeni	2421	230	9,5%	57	24,8%	-€ 51.294,00	-0,093%	49,25%
C.C. San Marco	1022	204	20,0%	59	28,9%	-€ 66.412,00	-0,158%	63,51%
C.C. B. Palazzolo	588	90	15,3%	16	17,8%	-€ 18.853,00	-0,164%	30,87%
C.C. San Pietro	1459	154	10,6%	34	22,1%	-€ 35.007,00	-0,086%	34,18%
C.C. Habilita Osio	6	1	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
C.C. Castelli	1386	131	9,5%	13	9,9%	-€ 9.364,00	-0,112%	46,23%
FERB Trescore	23	11	47,8%	2	18,2%	-€ 1.470,00	-0,023%	21,34%
C.C. Quarenghi	11	5	0,0%	1	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
C.C. Habilita Sarnico	11	5	45,5%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
FERB Gazzaniga	1	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
Fondaz. Orizzonte	50	17	34,0%	3	17,6%	-€ 4.870,00	-0,512%	164,36%
C.C. San Donato	1	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
P.O. Calcinatè	206	23	11,2%	4	17,4%	-€ 5.547,00	-0,081%	24,83%
P.O. Romano L.do	376	88	23,4%	44	50,0%	-€ 25.221,75	-0,153%	27,87%
P.O. Lovere	304	59	19,4%	13	22,0%	-€ 3.717,00	-0,055%	13,09%
P.O. Treviglio	1802	133	7,4%	68	51,1%	-€ 44.994,53	-0,097%	48,16%
P.O. S.G. Bianco	189	36	19,0%	11	30,6%	-€ 11.517,00	-0,116%	137,02%
OO.RR. Bergamo *	7825	566	7,2%	220	38,9%	-€ 416.364,31	-0,250%	66,12%
P.O. Alzano L.	515	110	21,4%	40	36,4%	-€ 46.267,61	-0,222%	33,34%
P.O. Clusone	469	52	11,1%	9	17,3%	-€ 3.036,00	-0,021%	3,92%
P.O. Seriate	1467	197	13,4%	37	18,8%	-€ 88.054,00	-0,216%	56,68%
P.O. Gazzaniga	30	7	23,3%	1	14,3%	-€ 514,00	-0,008%	4,43%
<b>Totale</b>	<b>20551</b>	<b>2198</b>	<b>10,7%</b>	<b>660</b>	<b>30,0%</b>	<b>-€ 873.797,20</b>	<b>-0,163%</b>	<b>49,60%</b>

\* ultimo verbale non concordato in corso di definizione

tab. n° 9

Rispetto all'anno indice precedente , il numero di Ricoveri ordinari con degenza di 2/3 giorni è diminuito di n° 1254; il numero delle SDO controllate è diminuito dell'0,4% mentre la percentuale di SDO contestate è aumentata del 6,24 %.

A seguito delle verifiche effettuate, l'attenzione del gruppo si è focalizzata, in particolare, sull'area: Cardiologia (DRG: 139 – 517 – 518) ed Ortopedica (DRG 227 – 440 – 443).

Nelle tabelle seguenti (v. tab. n° 10 e tab. n° 11) sono riportati i risultati :

- **Area Cardiologia: DRG 139 – 517 – 518**

Strutture	Produzione N° SDO	N° SDO controllate sulla produzione in termini di numerosità	% sulle SDO controllate	N° SDO contestate sul controllato in termini di numerosità	% di SDO contestate	N° SDO contestate sul controllato in termini di fatturato	% contestate in termini di fatturato sulla produzione	N° SDO contestate sul controllato in termini di fatturato
<b>C.C. San Francesco</b>	18	1	5,6%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>C.C. Gavazzeni</b>	808	31	3,8%	5	16,1%	€ 5.286,00	-0,010%	5,08%
<b>C.C. San Marco</b>	352	11	3,1%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>C.C. B. Palazzolo</b>	13	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>C.C. San Pietro</b>	259	19	7,3%	4	21,1%	€ 4.759,00	-0,012%	4,65%
<b>C.C. Habilita Osio</b>	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>C.C. Castelli</b>	85	14	16,5%	1	7,1%	€ 1.215,00	-0,015%	6,00%
<b>FERB Trescore</b>	13	2	15,4%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>C.C. Quarenghi</b>	1	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>C.C. Habilita Sarnico</b>	6	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>FERB Gazzaniga</b>	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>Fondaz. Orizzonte</b>	3	1	33,3%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>C.C. San Donato</b>	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>P.O. Calcinante</b>	42	2	4,8%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>P.O. Romano L.do</b>	57	2	3,5%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>P.O. Lovere</b>	31	1	3,2%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>P.O. Treviglio</b>	522	22	4,2%	5	22,7%	€ 685,00	0,001%	-0,73%
<b>P.O. S.G. Bianco</b>	119	7	5,9%	3	42,9%	€ 570,00	-0,006%	6,78%
<b>OO.RR. Bergamo *</b>	978	87	8,9%	71	81,6%	€ 86.488,00	-0,052%	13,73%
<b>P.O. Alzano L.</b>	67	3	4,5%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>P.O. Clusone</b>	33	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,000%	0,00%
<b>P.O. Seriate</b>	619	32	5,2%	12	37,5%	€ 25.606,00	-0,063%	16,48%
<b>P.O. Gazzaniga</b>	4	3	75,0%	3	100,0%	€ 9.894,00	-0,155%	85,20%
<b>Totale</b>	<b>4030</b>	<b>238</b>	<b>5,9%</b>	<b>104</b>	<b>43,7%</b>	<b>€ 133.133,00</b>	<b>-0,025%</b>	<b>7,56%</b>

\* ultimo verbale non concordato in corso di definizione

tab. n° 10

### **DRG 139 (Aritmia e alterazioni conduzione cardiaca senza CC)**

Sono state verificate n° 93 SDO, contestate n° 33 pari al 35,5% di cui n° 32 SDO hanno subito una riduzione delle giornate di degenza (Flag “D”) e n° 1 SDO ha subito variazione del DRG (Flag “E”).

**DRG 517** (Interventi su sist. cardiovasc. per via percutanea con inserz. stent in arteria coron. senza IMA)

Sono state verificate n° 76 SDO, contestate n° 35 pari al 46,1% di cui n° 5 SDO sono state annullate (Flag “B”), n° 28 SDO hanno subito una riduzione delle giornate di degenza (Flag “D”) e n° 2 SDO hanno subito variazione del DRG (Flag “E”).

**DRG 518** (Interventi su sist. cardiovasc. per via percutanea senza /con inserz. stent in arteria coron. o IMA)

Sono state verificate n° 69 SDO, contestate n° 36 pari al 52,2% tutte hanno subito una riduzione delle giornate di degenza (Flag “D”).

L’elevato numero di giornate annullate (Flag “D”) deriva dall’inappropriatezza della giornata di ammissione riguardanti ricoveri programmati con /senza pre-ospedalizzazione.

- **Area Ortopedica: DRG 227- 440- 443**

Strutture	Produzione N° SDO	N° SDO controllate sulla produzione in termini di numerosità	% sulle SDO controllate	N° SDO contestate sul controllato in termini di numerosità	% di SDO contestate	N° SDO contestate sul controllato in termini di fatturato	% contestate in termini di fatturato sulla produzione	N° SDO contestate sul controllato in termini di fatturato
C.C. San Francesco	54	27	50,0%	15	55,6%	-€ 19.306,00	-0,1249%	22,14%
C.C. Gavazzeni	247	25	10,1%	9	36,0%	-€ 1.296,00	-0,0023%	1,24%
C.C. San Marco	123	30	24,4%	12	40,0%	-€ 5.468,00	-0,0130%	5,23%
C.C. B. Palazzolo	44	9	20,5%	2	22,2%	-€ 2.355,29	-0,0205%	3,86%
C.C. San Pietro	86	22	25,6%	3	13,6%	-€ 338,00	-0,0008%	0,33%
C.C. Habilita Osio	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,0000%	0,00%
C.C. Castelli	8	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,0000%	0,00%
FERB Trescore	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,0000%	0,00%
C.C. Quarenghi	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,0000%	0,00%
C.C. Habilita Sarnico	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,0000%	0,00%
FERB Gazzaniga	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,0000%	0,00%
Fondaz. Orizzonte	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,0000%	0,00%
C.C. San Donato	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,0000%	0,00%
P.O. Calcinatè	2	1	50,0%	0	0,0%	€ -	0,0000%	0,00%
P.O. Romano L.do	51	10	19,6%	1	10,0%	-€ 239,00	-0,0014%	0,26%
P.O. Lovere	34	13	38,2%	9	69,2%	-€ 4.600,00	-0,0678%	16,20%
P.O. Treviglio	52	5	9,6%	2	40,0%	-€ 1.429,81	-0,0031%	1,53%
P.O. S.G. Bianco	42	6	14,3%	1	16,7%	-€ 161,00	-0,0016%	1,92%
OO.RR. Bergamo *	242	43	17,8%	21	48,8%	-€ 5.386,23	-0,0032%	0,86%
P.O. Alzano L.	56	19	33,9%	6	31,6%	-€ 3.227,82	-0,0155%	2,33%
P.O. Clusone	65	13	20,0%	7	53,8%	-€ 2.845,17	-0,0197%	3,68%
P.O. Seriate	82	20	24,4%	5	25,0%	-€ 1.882,00	-0,0046%	1,21%
P.O. Gazzaniga	0	0	0,0%	0	0,0%	€ -	0,0000%	0,00%
<b>Totale</b>	<b>1188</b>	<b>243</b>	<b>20,5%</b>	<b>93</b>	<b>38,3%</b>	<b>-€ 48.534,32</b>	<b>-0,0091%</b>	<b>2,76%</b>

\* ultimo verbale non concordato in corso di definizione

**DRG 227** (Interventi su tessuti molli senza CC): Sono state verificate n° 173 SDO, contestate n° 66 pari al 38,2% di cui n° 6 SDO sono state ricondotte a prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale (Flag “C”), n° 3 SDO hanno subito una riduzione delle giornate di degenza (Flag “D”) e n° 51 SDO hanno subito variazione del DRG (Flag “E”).

**DRG 440** (Sbrigliamento di ferite per traumatismo): Sono state verificate n° 23 SDO, contestate n° 11 pari al 47,8% e tutte hanno subito variazione del DRG (Flag “E”).

**DRG 443** (Altri interventi chir. per traumatismo senza CC): Sono state verificate n° 47 SDO, contestate n° 16 pari al 34,0% di cui n° 1 SDO è stata ricondotta a prestazione eseguibile in regime ambulatoriale (Flag “C”), n° 1 SDO ha subito una riduzione delle giornate di degenza (Flag “D”) e n° 12 SDO hanno subito variazione del DRG (Flag “E”).

L’alta percentuale di Flag “E” nei suddetti DRG è dovuto all’utilizzo di codice di procedura generica e non di sede specificata (es. capitolo specifico riguardante la mano).

### **Estensione campione**

Nel corso delle verifiche è stata effettuata in un solo caso, l’estensione del campione presso il Policlinico San Pietro riguardanti i DRG 387 (Prematurità con affezioni maggiori) e DRG 389 (Neonati a termine con affezioni maggiori).

Sono state verificate n° 126 SDO, contestate il 12,7%.

A seguito delle controdeduzioni, la percentuale contestata è diminuita dell’8,7% per l’interpretabilità delle regole di codifiche.

### **Illecito Amministrativo**

E’ stata comminata n° 1 (una) Sanzione alla CdC San Francesco come all’art.12 bis comma 1 lettera d) della L.R. n.31/97 come modificata dalla L.R. n.11/03, Deliberazione del DG ASL Bergamo n° 706 del 24/12/2008.

### **Tempi d’attesa**

Sono stati verificati i tempi d’attesa relativi a: Chirurgia oncologica addominale, Mammaria e Prostatica.

Sono state controllate 220 Cartelle Cliniche al fine di monitorare l’erogazione delle prestazioni entro i tempi prestabiliti e verificare la veridicità di quanto dichiarato dalle Strutture (monitoraggio mensile dei tempi d’attesa).

Dalla disamina delle pratiche è emerso, in alcuni casi, lo sfioramento dei tempi d’attesa riferiti soprattutto alla patologia neoplastica prostatica.

### **Attività collaterale effettuata dal gruppo NOCE**

Nel corso dell’anno 2008 il gruppo NOCE in collaborazione con il Servizio Farmaco-Economia di quest’ASL ha coordinato il gruppo di lavoro relativi a: “Percorsi diagnostici-terapeutici per l’uso appropriato di farmaci ad alto costo per le patologie:

- 1. Infezione HCV**
- 2. Artrite Reumatoide**
- 3. Protocolli HIV**

I tre PDT sono stati condivisi tra l’ASL e le Strutture Sanitarie Pubbliche e Private Accreditate.

L'atto deliberativo che recepisce i PDT è in corso di approvazione.

Con deliberazione n. 85 del 14 febbraio 2008 è stato formalmente recepito il seguente protocollo di Farmacoutilizzazione : "**Diagnosi e trattamento della malattia polmonare cronico-ostruttiva riacutizzata**", condiviso con le Aziende Ospedaliere Pubbliche e con le case di Cura Private Accreditate della Provincia di Bergamo.

- Nel corso dell'anno il gruppo NOCE ha avviato l'attività di confronto con le Strutture Pubbliche e Private Accreditate al fine di valutare eventuali criticità di ordine generale e porle in discussione (effettuati n° 3 incontri).  
Sono stati, inoltre, effettuati ulteriori incontri con i referenti delle U.O. Ginecologia e delle Direzioni Sanitarie che ha prodotto la revisione del Tavolo Tecnico di Area Ginecologica: "Criteri e modalità di codifica della procedura: "Polipectomia Isteroscopica".
- Il gruppo NOCE di questa ASL ha partecipato a n° 1 incontro con i gruppi delle ASL di Brescia, Monza con la finalità di confronto e condivisione di problematiche riscontrate nel corso dell'espletamento del lavoro.
- Collaborazione con il Dip. Medico per l'attività di Radioprotezione in campo Sanitario ed in particolare partecipazione alle sedute ed all'attività della commissione provinciale per la tutela della popolazione da rischi di radiazioni ionizzanti.

Nel corso dell'anno sono state effettuate n° 2 sedute della commissione con emissione di circa n° 10 pareri, ed un sopralluogo.



## PIANO DEI CONTROLLI **ASL BERGAMO** Anno 2009

Macro obiettivo	<p>Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture.</p> <p>Monitoraggio delle possibili criticità evidenziabili nell'attività di controllo.</p> <p>Aree comuni di intervento: controllo pari al 10 % della produzione delle Strutture, di cui 6,5% con modalità Congruenza Guidata e 3,5% modalità Congruenza Casuale.</p> <p>Monitoraggio e controllo delle prestazioni Extrabudget.</p> <p>Monitoraggio dei ricoveri con degenza breve (2-3g.).</p> <p>DRG con procedure effettuabili in regime ambulatoriale.</p> <p>Area riabilitativa: Verifica a campione della correttezza della compilazione dello Strumento denominato "Esperto" per la congruità e appropriatezza del Ricovero Riabilitativo.</p> <p>Cartella Clinica: verifica a campione dell'utilizzo dello strumento "Check-list"</p> <p>Estensione della verifica ispettiva a tutta la casistica prodotta qualora si evidenziassero comportamenti non casuali (come da DGR VIII/3111 del 1° agosto 2006 punto 4)</p>
-----------------	---

in strutture	sanitarie	attività	<b>Ricoveri</b>
--------------	-----------	----------	-----------------

azione	<p>Verifica del 10 % delle SDO prodotte dalle Strutture relative all'anno 2008/2009 (DGR VIII/008501 del 26/11/2008).</p> <p>Maggiore selettività dei ricoveri da monitorare in relazione agli indicatori regionali.</p> <p>Eventuale estensione delle verifiche a tutta la casistica prodotta qualora si evidenziassero comportamenti non casuali (DGR VIII/4999 del 30 maggio 2007)</p>
--------	---

Criticità / Focus on...	<p>Particolare attenzione alla corretta codifica .</p> <p>Monitoraggio periodico e controllo puntuale dei ricoveri.</p> <p>Monitoraggio DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna.</p> <p>Monitoraggio e verifica dell'attività dei DH</p> <p>Casi ordinari con degenza 2/3 gg</p> <p>Monitoraggio e verifica dei Ricoveri Ripetuti.</p> <p>Monitoraggio dei ricoveri delle A.O. con Pronto Soccorso, DEA o EAS con diagnosi principale di cui alla DGR n VIII/1375 del 14/12/2005 e successive integrazioni.</p>
-------------------------	---

Azione concreta da porre in atto	Verifica sul campo della documentazione clinica
----------------------------------	---

Indicatore di risultato	Verifica di almeno n° 18.488 SDO entro il 28/02/10 pari al 10 % della produzione delle Strutture di cui il 6,5% con modalità Congruenza Guidata e 3,5% modalità Congruenza Casuale.
-------------------------	---

Articolazione/i coinvolta/e	Osservatorio Epidemiologico
-----------------------------	-----------------------------

scheda n°	<b>1</b>
-----------	----------

**La condizione necessaria, per il raggiungimento degli obiettivi su indicati, è subordinata all'acquisizione, entro il 28/02/2009, di risorse umane (n° 1 Medico e n° 2 Figure professionali formate all'attività del NOC) e mezzi (PC portatili, PC da tavolo ed autovettura).  
Mi corre l'obbligo di rappresentare che qualora le richieste non risultassero evase, non è possibile dare assicurazioni sul conseguimento del Piano dei controlli su indicato.**

**dr C. D'Affronto  
Responsabile NOCE**

## PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Risultati dell'attività svolta negli anni precedenti

### ANNO 2003: CONTROLLI SU PRESTAZIONI EROGATE NELL'ANNO 2002

TIPO DI ATTIVITA'	PRESCRIZIONI CONTROLLATE	DETRAZIONI ECONOMICHE
CONTROLLI ATTIVITA' ANNO 2002 prestazioni ambulatoriali potenzialmente ricomprese nel DRG di ricovero	6.440	€ 58.110,54
CONTROLLI D'UFFICIO ANNO 2002	4.013	€ 37.130,96
CONTROLLI IN LOCO CASUALI ANNO 2002	10.517	€ 22.468,35
<b>TOTALE</b>	<b>20.970</b>	<b>€ 117.709,85</b>

### ANNO 2004: CONTROLLI SU PRESTAZIONI EROGATE NELL'ANNO 2003

TIPO DI ATTIVITA'	PRESCRIZIONI CONTROLLATE	PRESCRIZIONI CONTESTATE	DETRAZIONI ECONOMICHE
CONTROLLI ATTIVITA' ANNO 2003 Prestazioni ambulatoriali potenzialmente ricomprese nel DRG di ricovero	905	452	14.540,73
CONTROLLI D'UFFICIO ANNO 2003	6.445	6.445	51.438,54
CONTROLLI IN LOCO ANNO 2003 (COLESTEROLO LDL)	32.155	32.155	22.206,80
CONTROLLI IN LOCO CASUALI ANNO 2003	5.925	193	11.052,10
<b>TOTALE</b>	<b>45.430</b>	<b>39.245</b>	<b>99.238,17</b>

### ANNO 2005: CONTROLLI SU PRESTAZIONI EROGATE NELL'ANNO 2004

TIPO DI ATTIVITA'	PRESCRIZIONI CONTROLLATE	PRESCRIZIONI CONTESTATE	DETRAZIONI ECONOMICHE
CONTROLLI ATTIVITA' ANNO 2004 Prestazioni ambulatoriali potenzialmente ricomprese nel DRG di ricovero	2.360	485	30.969,82
CONTROLLI D'UFFICIO ANNO 2004 (scintigrafie con ECG da sforzo)	2.056	2.056	114.683,68
CONTROLLI IN LOCO ANNO 2004 (prestazioni LEA soggette a regole di appropriatezza)	1.635	379	10.292,9
CONTROLLI IN LOCO CASUALI ANNO 2004	33.758	2.844	51.238,94
<b>TOTALE</b>	<b>39.809</b>	<b>5.764</b>	<b>207.185,34</b>

**ANNO 2006: CONTROLLI SU PRESTAZIONI EROGATE NELL'ANNO 2005**

<b>TIPO DI ATTIVITA'</b>	<b>PRESCRIZIONI CONTROLLATE</b>	<b>PRESCRIZIONI CONTESTATE</b>	<b>DETRAZIONI ECONOMICHE</b>
CONTROLLI ATTIVITA' ANNO 2005 Prestazioni ambulatoriali potenzialmente ricomprese nel DRG di ricovero	<b>8.184</b>	<b>2.472</b>	<b>116.868,08</b>
CONTROLLI D'UFFICIO ANNO 2005	<b>1.075</b>	<b>1.075</b>	<b>17.395,86</b>
CONTROLLI IN LOCO CASUALI ANNO 2005	<b>27.452</b>	<b>107</b>	<b>2.947,99</b>
<b>TOTALE</b>	<b>36.711</b>	<b>3.654</b>	<b>137.211,93</b>

**ANNO 2007: CONTROLLI SU PRESTAZIONI EROGATE NELL'ANNO 2006**

<b>TIPO DI ATTIVITA'</b>	<b>PRESCRIZIONI CONTROLLATE</b>	<b>PRESCRIZIONI CONTESTATE</b>	<b>DETRAZIONI ECONOMICHE</b>
CONTROLLI ATTIVITA' ANNO 2006 Prestazioni ambulatoriali potenzialmente comprese nel DRG di ricovero	<b>3107</b>	<b>497</b>	<b>35.591,64</b>
CONTROLLI D'UFFICIO ANNO 2006	<b>1.905</b>	<b>1.835</b>	<b>22.702,73</b>
CONTROLLI IN LOCO ANNO 2006 (PRESTAZIONI LEA con indicazioni di appropriatezza) Terapia Fisica e Riabilitazione	<b>6.460</b>	<b>936</b>	<b>50.733,24</b>
CONTROLLI IN LOCO ANNO 2006 (PRESTAZIONI LEA con indicazioni di appropriatezza) Odontoiatria	<b>4.328</b>	<b>780</b>	<b>48.540,27</b>
CONTROLLI IN LOCO CASUALI ANNO 2006	<b>5.949</b>	<b>50</b>	<b>6.305,08</b>
<b>TOTALE</b>	<b>21.749</b>	<b>4.098</b>	<b>163.872,96</b>

**ANNO 2008: CONTROLLI SU PRESTAZIONI EROGATE NELL'ANNO 2007****CONTROLLI COMPLETATI**

<b>TIPO DI ATTIVITA'</b>	<b>PRESCRIZIONI CONTROLLATE</b>	<b>PRESCRIZIONI CONTESTATE</b>	<b>DETRAZIONI ECONOMICHE</b>
<b>1)</b> Controlli previsti dalla DGR VII/12692 del 10/4/2003 CONTROLLI IN LOCO ANNO 2007 Prestazioni ambulatoriali potenzialmente comprese nel DRG di ricovero	<b>521</b>	<b>44</b>	<b>3.310,11</b>
<b>2)</b> Controlli previsti dalla DGR VII/12692 del 10/4/2003 CONTROLLI D'UFFICIO ANNO 2007 (flag 7)	<b>89.854</b>	<b>3.104</b>	<b>21.870,90</b>
<b>3)</b> CONTROLLI IN LOCO ANNO 2007 (PRESTAZIONI LEA con indicazioni di appropriatezza) Terapia Fisica e Riabilitazione	<b>3.135</b>	<b>1.029</b>	<b>53.673,96</b>
<b>4)</b> CONTROLLI IN LOCO ANNO 2007 (PRESTAZIONI LEA con indicazioni di appropriatezza) Odontoiatria	<b>1.676</b>	<b>105</b>	<b>15.302,70</b>
<b>5)</b> CONTROLLI IN LOCO ANNO 2007 (PRESTAZIONI LEA con indicazioni di appropriatezza) Densitometria Ossea	<b>2.560</b>	<b>96</b>	<b>6.709,38</b>
<b>6)</b> CONTROLLI IN LOCO ANNO 2007 (PRESTAZIONI LEA con indicazioni di appropriatezza) Chirurgia Refrattiva con Laser ad eccimeri	<b>105</b>	<b>2</b>	<b>919,28</b>
<b>7)</b> CONTROLLI PRESCRIZIONI SPECIALISTI STRUTTURE PRIVATE	<b>26.664</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>8)</b> CONTROLLI IN LOCO CASUALI	<b>4642</b>	<b>51</b>	<b>2.949,5</b>
<b>9)</b> CONTROLLI SULLE AUTOCERTIFICAZIONI DI ESENZIONE DAL TICKET PER REDDITO	<b>6.090</b>	<b>167</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE</b>	<b>135.247</b>	<b>4.598</b>	<b>104.735,83</b>

CONTROLLI SVOLTI MA IN ATTESA DI CONTRODEDUZIONI (da inviare in R.L. entro il 10/03/2009)

TIPO DI ATTIVITA'	PRESCRIZIONI CONTROLLATE
1) Controlli previsti dalla DGR VII/12692 del 10/4/2003 CONTROLLI IN LOCO ANNO 2007 Prestazioni ambulatoriali potenzialmente comprese nel DRG di ricovero	812
3) CONTROLLI IN LOCO ANNO 2007 (PRESTAZIONI LEA con indicazioni di appropriatezza) Terapia Fisica e Riabilitazione	3418
4) CONTROLLI IN LOCO ANNO 2007 (PRESTAZIONI LEA con indicazioni di appropriatezza) Odontoiatria	1006
5) CONTROLLI IN LOCO ANNO 2007 (PRESTAZIONI LEA con indicazioni di appropriatezza) Densitometria Ossea	842
6) CONTROLLI IN LOCO ANNO 2007 (PRESTAZIONI LEA con indicazioni di appropriatezza) Chirurgia Refrattiva con Laser ad eccimeri	106
8) CONTROLLI IN LOCO CASUALI	2963
<b>TOTALE</b>	<b>9147</b>

1) Controlli previsti dalla DGR VII/12692 del 10/4/2003 (congruenza tra prescrizione, attività erogata e relativa rendicontazione)

**Prestazioni potenzialmente ricomprese nel DRG di ricovero:**

Criticità rilevate nel 2008: i controlli sulle Prestazioni potenzialmente ricomprese nel DRG di ricovero sono stati mirati alle prestazioni di Pronto Soccorso seguite nelle 24 ore da ricoveri per isterosuzione e piccoli interventi ortopedici e alle prestazioni post ricovero chirurgico; sono state inoltre verificate le prestazioni ambulatoriali che risultano rendicontate durante i ricoveri ordinari. Dalle verifiche risulta migliorato l'autocontrollo da parte delle strutture, anche se permangono errori di rendicontazione di prestazioni ambulatoriali post ricovero chirurgico.

Nel 2009 proseguiranno i controlli mirati alle prestazioni di

- Pronto Soccorso seguite da ricovero per isterosuzione e piccoli interventi ortopedici (con estensione alle 48 ore precedenti il ricovero se la prestazione è erogata di sabato)
- prestazioni post ricovero chirurgico
- prestazioni ambulatoriali che risultano rendicontate durante i ricoveri ordinari.
- Il controllo sarà integrato dalla selezione di un campione di
- prestazioni di Pronto Soccorso seguite nelle 24 ore da ricoveri chirurgici
- prestazioni di Pronto Soccorso ripetute nell'arco di 48 ore, ad evidenziare eventuali prestazioni di Pronto Soccorso duplicate (Paziente che viene rimandato al giorno dopo per la conclusione delle indagini, con conseguente erronea apertura di due pratiche di PS)

2) Controlli previsti dalla DGR VII/12692 del 10/4/2003 (congruenza tra prescrizione, attività erogata e relativa rendicontazione)

**Controlli di congruenza tra codice di prescrizione** (tipologia di errore A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N nel campo “indicatore di controllo” nel tracciato Amb2)  
Criticità rilevate nel 2008: dai controlli di congruenza è emersa, da parte delle strutture, una sostanziale corretta applicazione delle regole dettate dalla DGR VII/12692 del 10/4/2003.

Nell'anno 2009 saranno verificati tutti i record in cui è presente un valore nel campo “indicatore di controllo” e, in caso di errore, sarà ridotta la valorizzazione d'ufficio.

3) Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale LEA soggette ad indicazioni di appropriatezza prescrittiva finalizzato alla corretta applicazione dei criteri di erogazione delle prestazioni con il SSR, secondo le indicazioni della DGR 3111/2006 / DGR VIII/7292/2008 / D.P.C.M. 5/03/2007

#### **Prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione**

Criticità rilevate nel 2008: le criticità maggiori sono state riscontrate nel controllo di queste prestazioni. Le contestazioni hanno riguardato

- mancanza o la scarsa evidenza nella documentazione dei criteri di appropriatezza o di prescrivibilità indicati dalla DGR 3111.
- erogazione di prestazioni di terapia fisica e magnetoterapia a solo scopo antalgico o fuori LEA;
- diario riabilitativo spesso scarso o inesistente;
- mancato rispetto dei tempi indicati dalla DGR in merito ai criteri di appropriatezza e prescrivibilità;
- mancato rispetto delle note vincolanti per l'erogazione

Nell'anno 2009 la verifica inizierà con il completamento della verifica della produzione 2007 attraverso l'estensione del campione a tutta la casistica, nel caso di rilevazione di errori che superano la soglia statistica di significatività e nel caso di prestazioni di Terapia Fisica erogate non contestualmente ad un programma riabilitativo. Le prestazioni soggette ad estensione saranno contestate d'ufficio agli Erogatori interessati.

Di seguito la verifica proseguirà con il controllo delle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione. Il campione sarà selezionato cercando di dare la priorità alla verifica delle attività erogate nel corso dell'esercizio 2008 (ultimi mesi) e 2009.

4) Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale LEA soggette ad indicazioni di appropriatezza prescrittiva finalizzato alla corretta applicazione dei criteri di erogazione delle prestazioni con il SSR, secondo le indicazioni della DGR 3111/2006 / DGR VIII/7292/2008 / D.P.C.M. 5/03/2007

#### **Prestazioni odontoiatriche**

Criticità rilevate nel 2008: il controllo è stato eseguito su tutte le Strutture Accreditate ed ha evidenziato la scarsa applicazione delle regole della DGR 3111 e documentazione insufficiente (cartelle ambulatoriali mal compilate e talvolta non firmate dallo specialista erogante la prestazione, visite odontoiatriche scarsamente documentate, diritto all'erogazione alle prestazioni non documentato).

Nell'anno 2009 la verifica proseguirà a campione su tutte le Strutture provinciali che erogano prestazioni odontoiatriche selezionando i pazienti per fasce d'età e tipologia di esenzione, con particolare attenzione ai pazienti che dalla rendicontazione appaiono privi dei criteri che danno diritto all'accesso alle prestazioni in SSR. Saranno date ulteriori indicazioni agli Erogatori in merito alla qualità della documentazione sanitaria.

5) Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale LEA soggette ad indicazioni di appropriatezza prescrittiva finalizzato alla corretta applicazione dei criteri di erogazione delle prestazioni con il SSR, secondo le indicazioni della DGR 3111/2006 / DGR VIII/7292/2008 / D.P.C.M. 5/03/2007

**Prestazioni MOC**

Criticità rilevate nel 2008: è stata riscontrata corretta applicazione della normativa regionale LEA nei primi mesi del 2007. A seguito dell'emanazione del D.P.C.M. 5/03/2007 i criteri di appropriatezza della prestazione in regime di SSN sono state modificate ma non tutti gli Erogatori hanno applicato la nuova normativa. Di conseguenza nella seconda parte dell'anno è stata riscontrata una minore applicazione delle regole di appropriatezza.

Nell'anno 2009 proseguirà la verifica delle prestazioni di Densitometria Ossea.

6) Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale LEA soggette ad indicazioni di appropriatezza prescrittiva finalizzato alla corretta applicazione dei criteri di erogazione delle prestazioni con il SSR, secondo le indicazioni della DGR 3111/2006 / DGR VIII/7292/2008 / D.P.C.M. 5/03/2007

**Prestazioni di Chirurgia refrattiva con Laser ad eccimeri**

Criticità rilevate nel 2008: è stata riscontrata una sostanziale corretta applicazione della normativa LEA

Nell'anno 2009 sarà verificato un campione estratto con selezione casuale.

7) Controllo delle prescrizioni degli specialisti strutture private

Criticità rilevate nel 2008: non sono state evidenziate scorrettezze; l'indagine, svolta attraverso la selezione del codice del medico prescrittore non permette di seguire il percorso del Paziente.

Infatti si è proceduto alla selezione di prescrizioni che sembravano non coerenti con il PDT di pazienti cronici (mancanza di codice esenzione, prestazioni non coerenti con la patologia), selezionando le prescrizioni su ricettario SSN redatte da medici risultanti in servizio presso Strutture Private Accreditate.

Le prescrizioni controllate non risultavano scorrette, in quanto prescritte per conto e a nome di Strutture Pubbliche: si trattava di medici prescrittori che operavano sia presso Strutture Pubbliche che presso Strutture Private (Consultori, medici in servizio presso erogatori pubblici solo alcuni mesi dell'anno e poi passati a Strutture private)

Nell'anno 2009 non proseguirà la verifica da parte del Settore NOCE ambulatoriale, in quanto questo tipo di controllo non permette di verificare l'effettivo PDTA dei pazienti cronici, non riuscendo ad integrare prescrizioni farmaceutiche e ricoveri.

8) Controlli su estrazione casuale di prestazioni strumentali ad alto costo (RMN e Spirometrie). Sulle Strutture monospecialistiche il controllo ha riguardato un campione casuale delle prestazioni di competenza. Controlli di congruenza su selezione casuale.

Criticità rilevate nel 2008: non sono stati evidenziati errori sistematici di incongruenza tra prescrizione e rendicontazione.

Nel 2009 proseguiranno i controlli di congruenza su selezione casuale in caso di Erogatori Strutture monospecialistiche; il controllo sarà mirato alle prestazioni di competenza.

9) Controllo delle autodichiarazioni finalizzate ad attestare l'esenzione dal ticket per motivi di reddito.

Anche nel 2009 proseguirà l'attività di controllo delle autodichiarazioni presentate al fine di ottenere l'esenzione dal ticket per motivi di reddito. Sarà data la priorità alle



autocertificazioni redatte per consentire l'accesso alle prestazioni di Odontoiatria. In caso di dichiarazione non veritiera saranno implementate le modalità di recupero della quota economica già in uso.

#### **Verifica flusso informativo da strutture private accreditate**

Mensilmente sono verificati i dati trasmessi da tutte le Strutture Private Accreditate, che devono essere inviati alla Direzione Generale Sanità con periodicità mensile, entro la fine del mese successivo a quello di rilevazione, attraverso il canale telematico del debito informativo.

La verifica è mirata al raggiungimento dell'obiettivo di "< 1% di record 28/SAN in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista" nei dati trasmessi in regione.

I controlli nell'anno 2009 saranno tesi a ridurre il più possibile i record inviati in ritardo, intensificando la collaborazione tra ASL e Strutture Private Accreditate.

#### **Verifica dati strutture psichiatriche private**

I dati provenienti dalle cinque Strutture Private Accreditate Psichiatriche sono caricati mensilmente nel programma "valorizza". Successivamente sono prodotti i dati sulle prestazioni eseguite e valorizzata l'attività. Mensilmente i dati sono trasmessi in Regione Lombardia.

Criticità rilevate nel 2008: il programma Regionale VALORIZZA/PSICHE continua ad essere un sistema che rende impossibile la gestione degli errori; infatti è da anni che gli invii in Regione dei dati 46/SAN rispettano i tempi stabiliti, in quanto tutte le strutture inviano la documentazione necessaria entro il 15 del mese successivo e, in caso di problemi, si mettono in comunicazione sempre in tempo utile con il settore NOCE ambulatoriale ed hanno sempre collaborato con impegno e professionalità. Il problema è che l'obiettivo da raggiungere non riguarda questo tipo di ritardo ma la PERCENTUALE DI RECORD IN RITARDO RISPETTO AL TOTALE DI RECORD INVIATI e questo vuol dire che se, per qualsiasi motivo, una struttura non immette i dati di un nuovo ingresso nell'inserimento del mese di ammissione ma lo fa il mese successivo retrodatando l'ingresso, il sistema calcola un ritardo in percentuale che non è in nessun modo modificabile. E' quindi evidente l'impossibilità di gestione di questo tipo di errori da parte nostra e le strutture, nonostante l'impegno e la collaborazione reciproca, non sono obbligate ad alcun obiettivo in quanto i loro errori non sono legati alla valorizzazione delle loro prestazioni. E' solo possibile quindi continuare a collaborare con le strutture sollecitando la puntualità di trasmissione.

Nel 2009 proseguirà l'azione di sollecito alle strutture private e l'invio delle rendicontazioni mensili entro il mese successivo a quello di erogazione delle prestazioni. Non è possibile, da parte degli operatori ASL, correggere o integrare i record trasmessi dagli Erogatori.

Verifica correttezza delle prestazioni rendicontate e sua congruenza la documentazione sanitaria.

#### **Monitoraggio attività (46/san)**

Criticità rilevate nel 2008: il controllo ha riguardato le prestazioni ambulatoriali erogate dai CPS delle Unità Operative di Psichiatria.

E' stata evidenziata una difformità di rilevazione delle attività svolte e la non corretta applicazione delle indicazioni fornite dalla Circolare Regionale n° 21/SAN/1999.

Pertanto si elencano alcune osservazioni in merito alla verifica svolta, che si è limitata al controllo delle sole prestazioni "Visita colloquio – Gruppo di familiari – Riunione sui casi interni alla UPO – Riunioni con Strutture Sanitarie /altri Enti – Riunioni con persone / gruppi non istituzionali – Intervento domiciliare"

- visita – colloquio / intervento domiciliare:

Si rileva che non sempre i contenuti della prestazione sono riportati in cartella; non si ritiene sufficiente la sola indicazione “colloquio” o “visita domiciliare”. Sovente la prestazione viene descritta come un semplice “accompagnamento” del paziente in ambulatorio, dove viene a sua volta rendicontata un'altra visita colloquio, i cui contenuti non sono sempre esplicitati.

Si rileva che spesso, in occasione della somministrazione diretta dei farmaci, anche quotidiana, viene rendicontata una visita colloquio, i cui contenuti non compaiono sulla cartella clinica. Tali visite colloquio sono riassunte periodicamente con frasi tipo “il paziente si è presentato dal giorno .. al giorno...”

Talvolta viene rendicontato un intervento domiciliare in assenza del Paziente, che non si rende reperibile al domicilio; l'operatore pertanto si limita ad un colloquio con i familiari.

Sono rendicontati come interventi domiciliari anche semplici prelievi a domicilio o consegne di farmaci e/o referti medici a domicilio.

- attività rivolta alla famiglia: gruppo di familiari

Non sempre è verificabile la presenza stabile dell'operatore durante l'attività e talvolta l'attività non è registrata in cartella

- attività di coordinamento e verifica dei trattamenti incentrata sul singolo caso: riunione interna alla UOP

Non sono verificabili i criteri di erogabilità della prestazione elencati nella Circolare 21. L'attività non è verbalizzata e pertanto non è possibile verificarne né la durata né il numero di operatori presenti. Nel corso della riunione vengono discussi più casi, per ognuno dei quali viene esposta la tariffazione

Talvolta sembra di capire che si tratti di due operatori che incontrandosi si aggiornano reciprocamente sui casi in comune

- attività di coordinamento e verifica dei trattamenti incentrata sul singolo caso: riunione con strutture sanitarie ed altri Enti

Non sono verificabili i criteri di erogabilità della prestazione elencati nella Circolare 21. Si tratta spesso di incontri occasionali con altri Enti, i cui contenuti non sono registrati né verbalizzati, dell'operatore che accompagna il paziente a visita medica presso ambulatori specialistici, punti prelievo, Enti assistenziali

- attività di coordinamento e verifica dei trattamenti incentrata sul singolo caso: riunione con persone e gruppi non istituzionali

Non sono verificabili i criteri di erogabilità della prestazione elencati nella Circolare 21:

Sono rendicontati come tali gli incontri, anche occasionali, con vicini di casa, datori di lavoro, organizzazioni sindacali.

Nel 2009 sarà svolta una verifica documentale, su selezione casuale, delle prestazioni ambulatoriali 46/SAN. Dall'elenco dei pazienti sarà estratto un campione di codici fiscali; di questi saranno verificate tutte le prestazioni ambulatoriali 46/SAN e le prestazioni 28/SAN della branca di psichiatria erogate nel corso dell'anno 2008. Saranno ricercate eventuali visite psichiatriche rendicontate in misura doppia e valutata la qualità e completezza della documentazione sanitaria.

### **Verifica dati attività termale**

Viene svolto il controllo della correttezza del tracciato e relativo invio in Regione in tempo utile.

Nel 2009 proseguirà l'esame della correttezza formale dei dati

### **Verifica tempi di attesa come da indicazioni regionali.**

Nel 2008 sono state eseguite le rilevazioni mensili dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero previste dalla Regione Lombardia. I dati sono stati inviati in Regione nei tempi dovuti. L'analisi dei TA ha riguardato l'esame dei tempi su Area Distrettuale; i dati delle rilevazioni sono pubblicati sul Portale Internet ASL nella pagina riservata alle Strutture. Ogni criticità viene riportata agli erogatori nel corso degli incontri di budget. Nel terzo quadrimestre 2008 è stata consolidata la rilevazione via web dei tempi d'attesa, che è compito diretto degli erogatori. Da parte dell'ASL viene svolta un'assistenza agli erogatori per tutti i problemi insorti nell'inserimento dei file in Internet, la supervisione dei dati inseriti, l'eventuale sollecito in caso di ritardi.

La verifica dei TA dei ricoveri è stata integrata dall'esame delle cartelle cliniche riportanti tempi non coerenti con le indicazioni regionali e la verifica della corretta tenuta dei Registri di Ricovero.

Per il 2009 proseguirà l'attività di rilevazione dei TA

### **Ulteriori controlli sulle prestazioni ambulatoriali 28/san**

Alla luce delle indicazioni Regionali e da quanto scaturito nel corso degli incontri svolti presso la DG Sanità con i referenti NOC, sui controlli delle prestazioni ambulatoriali nel 2009 saranno implementate le seguenti verifiche:

a) Prestazioni della branca di **Nefrologia**. Saranno esaminati i dati relativi alle prestazioni erogate nel corso della seduta dialitica; saranno ricercati, ad esempio, l'associazione sistematica di visita specialistica od anamnesi breve, la stesura del piano di dialisi, il prelievo venoso, le medicazioni, l'irrigazione di catetere vascolare, iniezione o infusione di farmaci specifici e di sostanze ormonali, ecc. Dallo studio dei dati elaborati saranno identificate eventuali criticità e svolti controlli mirati.

b) **Codici di "Prima visita" ripetuti**. Saranno individuati tutti i codici 897 ripetuti, nella rendicontazione dell'anno 2008, sullo stesso paziente e per la stessa branca specialistica. Le prestazioni saranno contestate d'ufficio agli Erogatori, con invito all'autoverifica.

c) Selezione di un campione di prestazioni ambulatoriali rendicontate in **esenzione** (con codice di esenzione per patologia cronica) ma non esenti in quanto non previsti dai DM Sanità 329/1999 e 269/2001. Le prestazioni saranno contestate d'ufficio agli Erogatori, con invito all'autoverifica.

d) **Amniocentesi e villocentesi** erogate contestualmente alla ecografia ostetrica. Sarà verificata la presenza del referto ecografico.

e) Ricerca di **errori di rendicontazione**: contestuali Visita oculistica + fundus oculi + tonometria. Le prestazioni saranno contestate d'ufficio agli Erogatori, con invito all'autoverifica.

f) Selezione di un campione di **prestazioni erogate ciclicamente**, alla ricerca di eventuali errori di rendicontazione di cicli non conclusi, ma rendicontati completamente (es. Pazienti in TAO)

g) Verifica di scorretta rendicontazione di prestazioni ambulatoriali **pre e post intervento** di cataratta o tunnel carpale. (selezione di un campione).

h) Erronea rendicontazione di **codice 897** (prima visita) in Paziente con esenzione per patologia cronica. Le prestazioni saranno contestate d'ufficio agli Erogatori, con invito all'autoverifica.

i) Erronea rendicontazione associata di **cistoscopia + uretroscopia**. Le prestazioni saranno contestate d'ufficio agli Erogatori, con invito all'autoverifica.

l) **Codice 8903** (Anamnesi e Valutazione, definite complessive; Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale; Visita medico nucleare pretrattamento; Visita radioterapica pretrattamento; Stesura del piano di trattamento di chemioterapia oncologica; Prima valutazione per terapia del dolore; Stesura programma nutrizionale individualizzato) rendicontato erroneamente per la stesura del piano riabilitativo in Medicina Fisica e Riabilitazione. Le prestazioni (estensione del campione dell'anno 2007 e tutto 2008) saranno contestate d'ufficio.

m) Prestazioni ambulatoriali erogate con rendicontazione contestuale di file F

#### **Percentuale verificata e possibile estensione controlli**

Sarà verificato il 3,5% dei record O,U,Z rendicontati nell'anno 2008.

La percentuale dei controlli per ogni Erogatore verrà determinata in base al volume di produzione e alla tipologia di prestazioni erogate.

Concorrono al raggiungimento del 3,5% anche le verifiche sulle esenzioni per reddito

In caso di riscontro di criticità sistematiche il controllo sarà esteso, a seconda del tipo di errore riscontrato, attraverso correzione d'ufficio da parte dell'ASL o autocorrezione concordata con gli erogatori.

#### **Tempistica**

I record esaminati saranno quelli validati dalla Direzione Generale Sanità e trasmessi periodicamente alle ASL.

Per motivi tecnici relativi alla tempistica di trasmissione dei record validati le verifiche saranno effettuate sui dati 2008 e, ove possibile, sui record dei primi mesi del 2009.

I controlli, che inizieranno a marzo 2009, saranno completati a febbraio 2010

## Piano dei controlli ASL Bergamo Anno 2009

Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture
-----------------	---

in strutture	sanitarie	attività	<b>ambulatoriale</b>
--------------	-----------	----------	----------------------

azione	Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni ambulatoriali rendicontate
--------	--

Criticità / Focus on...	1) prestazioni potenzialmente comprese nel DRG di ricovero
-------------------------	--

Azione concreta da porre in atto	<p>Controllo di un campione estratto dalla produzione 2008 (dati validati) di tutte le Strutture erogatrici.</p> <p>Analisi delle prestazioni attraverso l'utilizzo del datawarehouse e verifica in loco della documentazione clinica delle prestazioni.</p> <p>Il controllo riguarderà:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestazioni di Pronto Soccorso seguite da ricovero per isterosuzione e piccoli interventi ortopedici (con estensione alle 48 ore precedenti il ricovero se la prestazione è erogata di sabato)</li> <li>• prestazioni post ricovero chirurgico</li> <li>• prestazioni ambulatoriali che risultano rendicontate durante i ricoveri ordinari.</li> <li>• prestazioni di Pronto Soccorso seguite nelle 24 ore da ricoveri chirurgici non specificati</li> <li>• prestazioni di Pronto Soccorso ripetute nell'arco di 48 ore, ad evidenziare eventuali prestazioni di Pronto Soccorso duplicate (Paziente che viene rimandato al giorno dopo per la conclusione delle indagini, con conseguente erronea apertura di due pratiche di PS)</li> </ul>
----------------------------------	--

Indicatore di risultato	Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate
-------------------------	---

Articolazione/i coinvolta/e	
-----------------------------	--

## Piano dei controlli ASL Bergamo Anno 2009

Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture
-----------------	---

in strutture	sanitarie	attività	<b>ambulatoriale</b>
--------------	-----------	----------	----------------------

azione	Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni ambulatoriali rendicontate
--------	--

Criticità / Focus on...	2) Controllo formale congruenza (DGR VII/12692 del 10/4/2003) ( ex valore "7" nel campo "indicatore di controllo" nel tracciato Amb2)
-------------------------	--

Azione concreta da porre in atto	Saranno verificati tutti i record in cui è presente il valore "7" nel campo indicatore di controllo e, in caso di errore, sarà ridotta la valorizzazione d'ufficio
----------------------------------	--

Indicatore di risultato	Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate
-------------------------	---

Articolazione/i coinvolta/e	
-----------------------------	--

scheda n°	<b>2</b>
-----------	----------

## PIANO DEI CONTROLLI ASL BERGAMO Anno 2009

Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture
-----------------	---

in strutture	sanitarie	attività	<b>ambulatoriale</b>
--------------	-----------	----------	----------------------

azione	Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili secondo linee guida emanate dalla normativa LEA: DGR 3111 del 1 agosto 2006, DRG 7292 del 19 maggio 2008, D.P.C.M. 5/03/2007
--------	---

Criticità / Focus on...	Applicazione della Normativa LEA: prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, Odontostomatologia, MOC, Chirurgia refrattiva con Laser ad eccimeri
-------------------------	--

Azione concreta da porre in atto	<p><u>Medicina Fisica e Riabilitazione</u>: selezione di un campione delle prestazioni erogate negli ultimi mesi del 2008 e, se possibile, nei primi mesi del 2009. Completamento della verifica della produzione 2007 attraverso l'estensione del campione a tutta la casistica nel caso di rilevazione di errori che superano la soglia statistica di significatività e nel caso di prestazioni di Terapia Fisica erogate non contestualmente ad un programma riabilitativo. Le prestazioni soggette ad estensione saranno contestate d'ufficio agli Erogatori interessati.</p> <p><u>Odontostomatologia</u>: selezione di un campione di pazienti per fasce d'età e tipologia di esenzione, con particolare attenzione alle pratiche che appaiono, nella rendicontazione, prive dei requisiti d'accesso.</p> <p><u>MOC</u>: selezione casuale di un campione</p> <p><u>Chirurgia refrattiva con Laser ad eccimeri</u>: selezione casuale di un campione</p>
----------------------------------	--

Indicatore di risultato	Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate
-------------------------	---

Articolazione/i coinvolta/e	
-----------------------------	--

## PIANO DEI CONTROLLI ASL BERGAMO Anno 2009

Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture
-----------------	---

in strutture	sanitarie	attività	<b>ambulatoriale</b>
--------------	-----------	----------	----------------------

azione	Verifica flusso informativo da strutture private accreditate
--------	--

Criticità / Focus on...	<u>tempestività della rilevazione</u> : non più dell'1% di record 28SAN in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista <u>tempestività</u> : rispetto delle tempistiche indicate dalla DG Sanità per il flusso relativo all'invio dei dati Ministero della Economia e delle Finanze
-------------------------	---

Azione concreta da porre in atto	Analisi mensile dei record e correzione degli stessi, trasmissione puntuale dei dati validati alla Regione Lombardia.
----------------------------------	---

Indicatore di risultato	Relazione consuntiva sulla presenza di di record in ritardo inviati dalle Strutture accreditate private all'ASL con obiettivo di < 1% di record 28/SAN trasmessi in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista. Relazione consuntiva sull'invio dei flussi MEF
-------------------------	---

Articolazione/i coinvolta/e	
-----------------------------	--



## PIANO DEI CONTROLLI ASL BERGAMO Anno 2009

Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture
-----------------	---

in strutture	sanitarie	attività	<b>ambulatoriale</b>
--------------	-----------	----------	----------------------

azione	Verifica delle esenzioni dal ticket per motivi di reddito
--------	---

Criticità / Focus on...	Contenimento delle scorrette autodichiarazioni di esenzione per reddito
-------------------------	---

Azione concreta da porre in atto	Verificare almeno 500 dichiarazioni mensili di esenzione dal ticket per motivi di reddito. Sarà data la priorità alle autocertificazioni redatte per consentire l'accesso alle prestazioni di Odontoiatria.
----------------------------------	---

Indicatore di risultato	Relazione consuntiva Verifica di non meno di 6000 esenzioni entro il 31/12/09
-------------------------	--

Articolazione/i coinvolta/e	Area amministrativa
-----------------------------	---------------------

## PIANO DEI CONTROLLI ASL BERGAMO Anno 2009

Macro obiettivo	Verifica rispetto accordi contrattuali		
in strutture	sanitarie	attività	<b>Ambulatoriale e Ricovero</b>
azione	Verifica modalità organizzative liste di attesa		
Criticità / Focus on...	Rispetto dei tempi di attesa concordati, della trasparenza delle liste e dei relativi criteri di gestione		
Azione concreta da porre in atto	<p>Dal terzo quadrimestre 2008 è stata consolidata la rilevazione via web dei tempi d'attesa, che è diventata compito diretto degli erogatori.</p> <p>Da parte dell'ASL viene svolta un'assistenza agli erogatori per tutti i problemi insorti nell'inserimento dei file in Internet, la supervisione dei dati inseriti, l'eventuale sollecito in caso di ritardi.</p> <p>Per il 2009 proseguirà l'attività di rilevazione dei TA secondo le indicazioni regionali.</p> <p>L'analisi dei TA, sia su Area Distrettuale che per Erogatore, sarà pubblicata sul Portale Internet ASL nella pagina riservata alle Strutture. Ogni criticità viene riportata agli erogatori nel corso degli incontri di budget.</p>		
Indicatore di risultato	Relazione trimestrale. Monitoraggio dei tempi attesa secondo calendario Regionale.		
Articolazione/i coinvolta/e			

## PIANO DEI CONTROLLI ASL BERGAMO Anno 2009

Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture
-----------------	---

in strutture	sanitarie	attività	<b>Psichiatria</b>
--------------	-----------	----------	--------------------

azione	Verifica correttezza delle prestazioni rendicontate e sua congruenza la documentazione sanitaria. Monitoraggio attività (46/SAN)
--------	--

Criticità / Focus on...	Nel 2009 sarà svolta una verifica documentale, su selezione casuale, delle prestazioni ambulatoriali 46/SAN. Dall'elenco dei pazienti sarà estratto un campione di codici fiscali. Per ogni Paziente saranno estratte tutte le prestazioni ambulatoriali 46/SAN e le prestazioni 28/SAN della branca di psichiatria erogate nel corso dell'anno 2008. Saranno ricercate eventuali visite psichiatriche rendicontate in misura doppia e valutata la qualità e completezza della documentazione sanitaria.
-------------------------	--

Azione concreta da porre in atto	Verifica della documentazione clinica
----------------------------------	---------------------------------------

Indicatore di risultato	Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate
-------------------------	---

Articolazione/i coinvolta/e	Area Governo dell'offerta
-----------------------------	---------------------------

## PIANO DEI CONTROLLI ASL BERGAMO Anno 2009

Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture		
in strutture	sanitarie	attività	<b>Terme</b>
azione	Garantire il rispetto delle regole per l'erogazione delle prestazioni termali		
Criticità / Focus on...	Trasmissione periodica del flusso informativo		
Azione concreta da porre in atto	Nel 2009 proseguirà l'esame della correttezza formale dei dati attraverso il controllo della correttezza del tracciato e relativo invio dei dati in Regione in tempo utile.		
Indicatore di risultato	Relazione consuntiva		
Articolazione/i coinvolta/e	Area amministrativa		

## Piano dei controlli ASL Bergamo Anno 2009

Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture
-----------------	---

in strutture	sanitarie	attività	<b>ambulatoriale</b>
--------------	-----------	----------	----------------------

azione	Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni ambulatoriali rendicontate
--------	--

Criticità / Focus on...	Alla luce delle indicazioni Regionali e da quanto scaturito nel corso degli incontri svolti presso la DG Sanità con i referenti NOC, sui controlli delle prestazioni ambulatoriali nel 2009 saranno implementate le seguenti verifiche
-------------------------	--

Azione concreta da porre in atto	<p>a) Prestazioni della branca di Nefrologia. Saranno esaminati i dati relativi alle prestazioni erogate nel corso della seduta dialitica; saranno ricercati, ad esempio, l'associazione sistematica di visita specialistica od anamnesi breve, la stesura del piano di dialisi, il prelievo venoso, le medicazioni, l'irrigazione di catetere vascolare, iniezione o infusione di farmaci specifici e di sostanze ormonali, ecc. Dallo studio dei dati elaborati saranno identificate eventuali criticità e svolti controlli mirati.</p> <p>b) Codici di "Prima visita" ripetuti. Saranno individuati tutti i codici 897 ripetuti, nella rendicontazione dell'anno 2008, sullo stesso paziente e per la stessa branca specialistica. Le prestazioni saranno contestate d'ufficio agli Erogatori, con invito all'autoverifica.</p> <p>c) Selezione di un campione di prestazioni ambulatoriali rendicontate in esenzione (con codice di esenzione per patologia cronica) ma non esenti in quanto non previsti dai DM Sanità 329/1999 e 269/2001. Le prestazioni saranno contestate d'ufficio agli Erogatori, con invito all'autoverifica.</p> <p>d) Amniocentesi e villocentesi erogate contestualmente alla ecografia ostetrica. Sarà verificata la presenza del referto ecografico.</p> <p>e) Ricerca di errori di rendicontazione: contestuali Visita oculistica + fundus oculi + tonometria. Le prestazioni saranno contestate d'ufficio agli Erogatori, con invito all'autoverifica.</p>
----------------------------------	---

	<p>f) Selezione di un campione di prestazioni erogate ciclicamente, alla ricerca di eventuali errori di rendicontazione di cicli non conclusi, ma rendicontati completamente (es. Pazienti in TAO)</p> <p>g) Verifica di scorretta rendicontazione di prestazioni ambulatoriali pre e post intervento di cataratta o tunnel carpale. (selezione di un campione).</p> <p>h) Erronea rendicontazione di codice 897 (prima visita) in Paziente con esenzione per patologia cronica. Le prestazioni saranno contestate d'ufficio agli Erogatori, con invito all'autoverifica.</p> <p>i) Erronea rendicontazione associata di cistoscopia + uretroscopia. Le prestazioni saranno contestate d'ufficio agli Erogatori, con invito all'autoverifica.</p> <p>l) Codice 8903 (Anamnesi e Valutazione, definite complessive; Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale; Visita medico nucleare pretrattamento; Visita radioterapica pretrattamento; Stesura del piano di trattamento di chemioterapia oncologica; Prima valutazione per terapia del dolore; Stesura programma nutrizionale individualizzato) rendicontato erroneamente per la stesura del piano riabilitativo in Medicina Fisica e Riabilitazione. Le prestazioni (estensione del campione dell'anno 2007 e tutto 2008) saranno contestate d'ufficio.</p> <p>m) Prestazioni ambulatoriali erogate con rendicontazione contestuale di file F</p>
--	--

Indicatore di risultato	Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate
-------------------------	---

Articolazione/i coinvolta/e	
-----------------------------	--

## **Accreditamento strutture sanitarie**

Sintesi attività svolta nell'anno 2008

### Verifiche possesso requisiti

#### Nuove istanze

Nel corso del 2008, sono state processate, con esito positivo, le seguenti istanze:

1. Ente "Diapath s.r.l." Istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento per l'U.O. Servizio di Medicina di Laboratorio 1 – senza punto prelievi.
2. Ente "Studio Tecnico Analisi dr. Craveri s.a.s. di G.Tromboli & C." Istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento per l'U.O. Servizio di Medicina di Laboratorio 1 - Punto prelievi esterno in struttura dedicata, sito in Calusco d'Adda (BG).
3. Ente "Istituto suore cappuccine di Madre Rubatto" Istanza di autorizzazione all'esercizio per trasformazione per l'U.O. Poliambulatorio 1, afferente alla Struttura (già autorizzata e accreditata) Casa di Cura san Francesco, sita in Bergamo.
4. Ente "Istituto suore cappuccine di Madre Rubatto" Istanza di autorizzazione all'esercizio per ampliamento posti letto di degenza delle U.O. Chirurgia Generale 1, Medicina Generale 1, Neurologia 1 e Ortopedia e Traumatologia 1 - afferente alla Struttura (già autorizzata e accreditata) Casa di Cura san Francesco, sita in Bergamo.
5. Ente A.O. "Treviglio – Caravaggio" Istanza di autorizzazione all'esercizio per trasformazione per l'U.O. Radiologia/Diagnostica per immagini 1, afferente alla Struttura (già autorizzata e accreditata) Ospedale S.S. Trinità, sita in Romano di Lombardia.
6. Ente A.O. "Bolognini di Seriate" Istanza di Autorizzazione all'esercizio e Accreditamento per la struttura: presidio Ospedaliero "M.O. Antonio Locatelli" Via Groppino n.22 – Piario (BG). Istanza processata con esito positivo con prescrizioni.

#### Denuncia Inizio Attività.

Si è proceduto secondo le modalità previste dalla LR 8/2007, alla verifica del possesso dei requisiti della struttura "Poliambulatorio Habilia S.P.A." sita in Zingonia di Ciserano (BG), per ampliamento della branca specialistica di neurochirurgia in regime privato.

#### Verifiche di mantenimento dei requisiti:

In attuazione a quanto previsto dal Piano dei controlli 2008, sono state oggetto di verifica i seguenti Servizi/Attività:

#### Servizi di sterilizzazione

Strutture interessate:

A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo	U.O. Centrale di sterilizzazione
A.O. Bolognini Seriate	U.O. Centrale di sterilizzazione - P.O. Bolognini -Seriate - PO Pesenti Fenaroli -Alzano L.do - PO Capitanio e Gerosa - Lovere

	- PO Briolini - Gazzaniga - PO San Biagio - Clusone
A.O. Ospedale Treviglio-Caravaggio	Attività di Sterilizzazione - PO Treviglio Caravaggio -PO Civile – San Giovanni Bianco -PO SS. Trinità - Romano di L.dia - PO FM Passi Calciate
Policlinico S.Pietro	Attività di Sterilizzazione
CC. Castelli	Attività di Sterilizzazione
CC Palazzolo	Attività di Sterilizzazione
CC Gavazzeni	U.O. Centrale di sterilizzazione
Policlinico S. Marco	U.O. Centrale di sterilizzazione
CC S. Francesco	Attività di Sterilizzazione
F.E.R.B.	U.O. Centrale di sterilizzazione

Requisiti oggetto di verifica:

OGPRO04, 07; OGTEC 11; OSSTE 01-02; SSSTE01-16.

Obiettivi:

1. Verifica della presenza e corretta applicazione delle procedure, nell'ambito del controllo della diffusione delle infezioni ospedaliere, sulla base di quanto previsto dalle "Linee Guida sull'attività di sterilizzazione quale protezione collettiva da agenti biologici per l'operatore nelle strutture sanitarie" redatte dall' ISPESL.
2. Presenza e corretta applicazione dei DPI
3. Adeguatezza della dotazione organica
4. verifica dei requisiti strutturali e tecnologici specifici

Criticità:

Per alcune strutture sono state fornite indicazioni affinché venissero dettagliate e implementate procedure e istruzioni operative. Le criticità emerse in merito al possesso dei requisiti strutturali, non hanno comportato l'irrogazione di sanzioni in quanto le strutture usufruiscono delle proroghe previste dalla DGR 6226/07.

Si rimanda alla relazione infermieristica (allegato 1) per descrizioni dettagliate delle singole U.O./servizi.

Esito:

Totale verifiche	17
Verbali sospesi /positivi	17

A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo	Esito positivo
P.O. Bolognini –Seriante	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: dettagliare le IO relative alle fasi del processo di sterilizzazione; rivedere la dotazione di DPI e il loro corretto utilizzo
PO Pesenti Fenaroli -Alzano L.do	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: dettagliare le IO relative alle fasi del processo di sterilizzazione; rivedere la dotazione di DPI e il loro corretto utilizzo
PO Capitanio e Gerosa - Loverè	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: rivedere la dotazione di DPI e il loro corretto utilizzo
PO Briolini - Gazzaniga	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: dettagliare le IO relative alle fasi del processo di sterilizzazione; rivedere la dotazione di DPI e il loro corretto utilizzo
PO San Biagio - Clusone	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: dettagliare le IO relative alle fasi del processo di sterilizzazione; rivedere la dotazione di DPI e il loro corretto utilizzo



PO Treviglio Caravaggio	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: rivedere la dotazione di DPI e il loro corretto utilizzo. Carenti i requisiti strutturali
PO FM Passi Calcinat	Esito positivo-Carenti i requisiti strutturali
PO Civile – San Giovanni Bianco	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: Rivedere le IO relative alla fase di lavaggio manuale della strumentazione e la loro applicazione
PO SS. Trinità - Romano di L.dia	Esito positivo
Policlinico S.Pietro	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: rivedere la dotazione di DPI e il loro corretto utilizzo. Carenti i requisiti strutturali
CC. Castelli	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: rivedere la dotazione di DPI e il loro corretto utilizzo
CC Palazzolo	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: dettagliare le modalità di utilizzo della lavastrumenti Rivedere le IO per il lavaggio manuale Valutare la dotazione dei DPI
CC Gavazzeni	Esito positivo
Policlinico S. Marco	Esito positivo- carenti i requisiti strutturali
CC S. Francesco	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: dettagliare le modalità di utilizzo della lavastrumenti e IO relative alla gestione dell'autoclave in caso di positività ai test biologici.
F.E.R.B.	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: dettagliare le modalità di utilizzo della lavastrumenti- carenti i requisiti strutturali

### **Servizi di Endoscopia**

Strutture interessate:

A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo	U.O. Gastroenterologia
A.O. Bolognini Seriate	U.O. Gastroenterologia: - P.O. Bolognini -Seriate - PO Pesenti Fenaroli -Alzano L.do - U.O. Chirurgia: - PO San Biagio – Clusone  U.O. Poliambulatorio: - PO Capitanio e Gerosa - Lovere
A.O. Ospedale Treviglio-Caravaggio	Servizio di Endoscopia: - PO Treviglio Caravaggio - PO SS. Trinità - Romano di L.dia  U.O. Chirurgia: -PO Civile – San Giovanni Bianco - PO FM Passi Calcinat
CC. Castelli	U.O. Chirurgia
CC Palazzolo	U.O. Medicina
CC Gavazzeni	U.O. Chirurgia Generale
Policlinico San Pietro	U.O. Poliambulatorio
Policlinico S. Marco	U.O. Gastroenterologia
CC S. Francesco	Servizio di Endoscopia

Requisiti oggetto di verifica:

OGPRO 02, 06, 07; 08; OGPCG 02; OGPVF 04; OSASA 01-09; SSASA 01-10

Obiettivi:

Verifica della presenza e corretta applicazione di procedure relative a:

1. corretta gestione degli endoscopi
2. possesso dei requisiti igienico-sanitari e di sicurezza,
3. dotazione e qualifiche professionali del personale operante, modalità di inserimento del personale di nuova acquisizione

Criticità: è emersa in diverse strutture, la necessità di implementare le procedure relative alla corretta gestione dello strumentario. Le criticità emerse in merito al possesso dei requisiti strutturali, non hanno comportato l'irrogazione di sanzioni in quanto le strutture usufruiscono delle proroghe previste dalla DGR 6226/07.

Si rimanda alla relazione infermieristica (allegato 2) per descrizioni dettagliate delle singole U.O./servizi.

Esito:

Totale verifiche	15
Verbali sospesi	14
Verbali positivi	15

A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo	Esito positivo - carenti i requisiti strutturali
P.O. Bolognini Seriate	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento : si è consigliato di sottoporre lo strumentario a prove biologiche -Rivedere le procedure relative alla gestione delle complicanze
PO Pesenti Fenaroli -Alzano L.do	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento : si è consigliato di sottoporre lo strumentario a prove biologiche -Rivedere le procedure relative alla gestione delle complicanze
PO San Biagio – Clusone	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento : si è consigliato di sottoporre lo strumentario a prove biologiche - carenti i requisiti strutturali
PO Capitano e Gerosa - Lovere	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento : rivedere e implementare le procedure relative al riprocesso dello strumentario dopo stoccaggio, e le procedure relative alla gestione delle complicanze. Si è consigliato di sottoporre lo strumentario a prove biologiche
- PO Treviglio Caravaggio	Esito positivo
PO SS. Trinità - Romano di L.dia	Esito positivo - carenti i requisiti strutturali
PO Civile – San Giovanni Bianco	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: rivedere e implementare le procedure relative a: - riprocesso dello strumentario dopo stoccaggio - inserimento del personale di nuova acquisizione - tracciabilità dello strumentario - si è consigliato di sottoporre lo strumentario a prove biologiche
PO FM Passi Calcinatè	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento : rivedere e implementare le procedure relative a: - riprocesso dello strumentario dopo stoccaggio - gestione dello strumentario in caso di positività delle prove biologiche - tracciabilità dello strumentario - inserimento del personale di nuova acquisizione.
Policlinico S.Pietro	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento : rivedere e implementare le procedure relative al riprocesso dello strumentario dopo stoccaggio
CC S. Francesco	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento : rivedere e implementare le procedure relative alla gestione delle complicanze
CC. Castelli	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento : si è consigliato di sottoporre lo strumentario a prove biologiche
CC Palazzolo	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento : implementare le procedure relative alla tracciabilità dello strumentario, tempistica per l'esecuzione delle prove biologiche, gestione dello strumentario in caso di positività e guasti
CC Gavazzeni	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: implementare le procedure relative alla tracciabilità dello strumentario
Policlinico S. Marco	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento : rivedere e implementare le procedure relative alla tracciabilità degli strumenti e riprocesso dopo stoccaggio

### **Attività di preparazione antitumorali:**

Strutture interessate:

A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo	U.O. Farmacia
A.O. Bolognini Seriate	U.O. Farmacia: - PO Pesenti Fenaroli -Alzano L.do
A.O. Ospedale Treviglio-Caravaggio	U.O. Farmacia: - PO Treviglio Caravaggio
Policlinico S.Pietro	U.O. Medicina
CC. S. Francesco	U.O. Medicina
CC Gavazzeni	Direzione Sanitaria
Policlinico S. Marco	U.O. Medicina

Requisiti oggetto di verifica:

SGTEC 05, 06, 09; OGPVF 05,06; OGPRO 03a, 08

Obiettivi:

Verifica del possesso dei requisiti previsti dal D.D.G. 31139/01 “Linee guida della Regione Lombardia per l’applicazione dell’accordo sancito dalla conferenza Stato-Regioni il 05 agosto 1999 sulla sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antitumorali in ambiente sanitario”

Criticità:

Sono stati forniti obiettivi di miglioramento, in applicazione al citato ddg31139/01.

Criticità sono emerse presso l’U.O. farmacia dell’A.O Treviglio Caravaggio, cui sono state fornite prescrizioni da attuarsi nell’immediato e invio trimestrale di una relazione descrittiva sullo stato di avanzamento del “processo di analisi ed adeguamento” del servizio, previsto per il 2009 secondo le indicazioni del Servizio PSAL, informato della situazione rilevata per gli eventuali adempimenti di competenza.

Si rimanda alla relazione infermieristica (allegato 3) per descrizioni dettagliate delle singole U.O/servizi.

Esito:

Totale verifiche	7
Verbalì sospesi /positivi	7

A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo	Esito positivo - si è consigliato di dotarsi di contenitori a tenuta
PO Pesenti Fenaroli -Alzano L.do	Esito positivo - si è consigliato di dotare l’impianto di condizionamento, di sistema di esclusione a pulsante
P.O. Ospedale Treviglio-Caravaggio	Esito positivi condizionato all’ottemperanza di prescrizioni: dotarsi di adeguati contenitori a tenuta - installare mezzi di segnalazione delle emergenze e interfono a viva voce – formare il personale addetto
Policlinico S.Pietro	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: predisporre segnaletica di sicurezza, formare il personale in servizio presso il servizio farmaceutico (ove sono stoccati gli antitumorali). Trattare pavimenti e pareti del locale preparazione con materiale plastico non poroso.
CC. S. Francesco	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento : installare mezzi di segnalazione delle emergenze e interfono a viva voce- dettagliare le IO per inserimento nuovo personale- collocare DPI nella zona filtro
CC Gavazzeni	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento : installare mezzi di segnalazione delle emergenze e interfono a viva voce- dotarsi di contenitori a tenuta- formare il personale del servizio farmacia

Policlinico S. Marco	Esito positivo, indicati obiettivi di miglioramento: Trattare pavimenti e pareti del locale preparazione con materiale plastico non poroso – installare porte a battente con apertura verso l'esterno
----------------------	---

### **Residenzialità psichiatrica**

Con DGR 4221/07 “Riordino della residenzialità psichiatrica in attuazione della DGR 17513/04”, sono state precisate le modalità e la tempistica cui soggetti erogatori pubblici e privati accreditati dovevano attenersi per procedere alla riqualificazione delle strutture residenziali psichiatriche secondo criteri definiti dalla DGR stessa;

Con Decreto Direzione Generale Sanità n. 13711 del 15/11/07, “Riclassificazione delle strutture residenziali psichiatriche accreditate in attuazione della DGR VII/4221/07 – Riordino della residenzialità psichiatrica”, la Giunta Regionale ha provveduto alla riclassificazione delle strutture secondo quanto indicato nell'allegato, parte integrante del decreto, ed è stato ribadito il termine di 90 gg. per la verifica, da parte delle ASL, del possesso dei requisiti definiti nella DGR 4221/07.

In attuazione ai disposti normativi di cui sopra, si è provveduto al completamento delle verifiche (già iniziate nel 2007) circa l'effettivo possesso dei requisiti dichiarati da parte degli erogatori.

Strutture interessate:

Descr. Str.	cod. U.O.	Descr. U.O.	Riclassificazione DGR 4221/07	Posti Letto	Note
<b>Azienda Ospedaliera “TREVIGLIO – CARAVAGGIO”</b>					
Ex Ospedale Civile Martinengo (Articolazione di Treviglio)	uop 17	Comunità ad alta protezione	CPA	15	
Ospedale di Romano L. (Articolazione di Treviglio)	uop 17	CRT Romano di Lombardia	CRA	14	
Ospedale Civile San Giovanni Bianco	uop 14	CRT San Giovanni Bianco	CRA	19	
Ospedale Civile San Giovanni Bianco	uop 14	CRT Bonate Sotto	CRA	18	
Ospedale Civile San Giovanni Bianco	uop 14	Comunità a media protezione Le Ghiaie Bonate Sopra	CPM	10	
<b>Azienda Ospedaliera “BOLOGNINI DI SERIATE”</b>					
Ospedale di Seriate	uop 16	CRT Sarnico	CRA	18	
Ospedale di Alzano	uop 13	CRT Piario	CRA	20	
Ospedale di Alzano	uop 13	Comunità a media protezione Alzano L.	CPM	8	

<b>Azienda Ospedaliera “OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO”</b>					
Ospedali Riuniti di Bergamo	uop 15	Comunità a Media protezione Via Dei Prati 2 Bergamo	CPM	4	
Ospedali Riuniti di Bergamo	uop 15	Comunità a Media protezione Via Montale 6 Bergamo	CPM	4	
Ospedali Riuniti di Bergamo	ex uop 2	Comunità a Media protezione Via N. Bixio 2 Bergamo	CPM	4	
Ospedali Riuniti di Bergamo	ex uop 2	Comunità a Elevata protezione Via Cav Beretta 1 Calcinate	CRM	9	Trasferita a Bergamo, Via Boccaleone, ddgs 7668 del 14.7.08
Ospedali Riuniti di Bergamo	ex uop 2	Comunità a Bassa protezione Via Calzecchi Onesti 4 Bergamo	CPB	4	
Ospedali Riuniti di Bergamo	ex uop 2	Comunità a Bassa protezione Via Longuelo 3 Bergamo	CPB	2	
<b>BIPLANO COOPERATIVA SOCIALE a.r.l.</b>					
Comunità protetta Casa del Bosco		Comunità a Media protezione Via Castello Presati 1 Bergamo	CRM	10	
Comunità protetta Casa Mariquita		Comunità a Media protezione Via Sabotino 7 Seriate	CRM	4	Trasferita a Curno (Bg), Via Trieste 12 DGRVIII/6776 del 12.3.08
<b>LA BONNE SEMENCE COOPERATIVA SOCIALE a.r.l.</b>					
La Bonne Semence		Comunità ad Elevata protezione Via Fonti del Drago 1760 Oltre il Colle	CRA	18	
La Bonne Semence		Comunità a Media protezione Via Fonti del Drago 1760 Oltre il Colle	CRM	6	Finanziamento Regionale progetto innovativo
<b>COOPERATIVA SOCIALE RINNOVAMENTO soc. coop. O.N.L.U.S.</b>					

Cooperativa Sociale Rinnovamento		Comunità a Bassa protezione Cascina Saracinesca Antegnate	CPB	10	<b>non a contratto</b>
<b>ITACA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE</b>					
Cooperativa sociale Itaca Comunità protetta Argo		Comunità ad Elevata protezione località Cascina Biffi Romano di Lombardia	CPA	14	<b>non a contratto</b>

Requisiti oggetto di controllo:

CRA: OSRES 01, 02, 05, 06, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19; SSRES 01, 02, 03, 04, 05.

CRM: OSCRM 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11. SSRES 01, 02, 03, 04, 05

CPA: OSRES 01, 02, 05, 06, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19; SSRES 01, 02, 03, 04, 05.

CPM: OSRES 01, 03, 05, 06, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19; SSRES 01, 02, 03, 04, 05

CPB: OSRES 01, 04, 05, 06, 14, 15, 16, 17, 18, 19; SSRES 01, 02, 03, 04, 05.

Obiettivi:

verifica del possesso dei requisiti di cui alla DGR 4221/07

Criticità:

Nel corso delle verifiche sono emerse evidenti criticità, in particolare relative all'assolvimento del requisito OSRES 17 e all'adeguatezza della dotazione organica, che hanno comportato la necessità di porre specifici quesiti in Regione Lombardia.

Sulla base del parere espresso dai competenti funzionari regionali, sono state fornite prescrizioni alle singole strutture da attuarsi entro tempi definiti.

Permangono tutt'ora sospesi i verbali relativi alle comunità afferenti all'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo, in attesa del completamento delle procedure di selezione di medici psichiatri e psicologi.

Ente	Descr. Str.	Riclassific DGR 4221	Esito
A.O TREVIGLIO- CARAVAGGIO	Ospedale Civile Martinengo (Articolazione di Treviglio)	<b>CPA</b>	verbale chiuso con <b>esito positivo</b> in data 30/06/2008 prot. U0103195/I.14
	Ospedale Civile San Giovanni Bianco	<b>CRA</b>	verbale chiuso con <b>esito positivo</b> in data 30/06/2008 prot. U0103189/I.14
	Ospedale Civile San Giovanni Bianco	<b>CRA</b>	verbale chiuso con <b>esito positivo</b> in data 05/12/2008 prot. U0188552/I.14
	Ospedale di Romano L. (Articolazione di Treviglio)	<b>CRA</b>	verbale chiuso con <b>esito positivo</b> in data 31/10/2008 prot. U0170341/I.14
	Ospedale Civile San Giovanni Bianco	<b>CPM</b>	verbale chiuso con <b>esito positivo</b> in data 30/06/2008 prot. U0103183/I.14
A.O BOLOGNINI DI SERIATE	Ospedale di Seriate	<b>CRA</b>	verbale chiuso con <b>esito positivo</b> in data 30/06/2008 prot. U0103178/I.14
	Ospedale di Alzano	<b>CRA</b>	verbale chiuso con <b>esito positivo</b> in data 31/10/2008 prot. U0170140/I.14

	Ospedale di Alzano	<b>CPM</b>	verbale chiuso con <b>esito positivo</b> in data 31/10/2008 prot. U0170131/I.14
A.O. OSPEDALI RIUNITI di BERGAMO	Ospedali Riuniti di Bergamo	<b>CPM</b>	Verbale <b>sospeso</b> , in attesa del completamento delle procedure di selezione di medici psichiatri e psicologi.
		<b>CPM</b>	
		<b>CPM</b>	Verbale <b>sospeso</b> , in attesa del completamento delle procedure di selezione di medici psichiatri e psicologi.
		<b>CRM</b>	Trasferita BG via Boccaleone. Verbale <b>sospeso</b> , in attesa del completamento delle procedure di selezione di medici psichiatri e psicologi.
		<b>CPB</b>	verbale chiuso con <b>esito positivo</b> in data 21/05/2008 prot.U0081553/I.14
		<b>CPB</b>	verbale chiuso con <b>esito positivo</b> in data 21/05/2008 prot.U0081551/I.14
COOPERATIVA BIPLANO	Cooperativa Biplano Comunità protetta Casa del Bosco	<b>CRM</b>	verbale chiuso con <b>esito positivo</b> in data 21/05/2008 prot.U0081551/I.14- sollecitata l'individuazione di soluzioni abitative che consentano di accorpate le due comunità, come proposto dall'ente
	Cooperativa Biplano Casa Mariquita	<b>CRM</b>	
COOPERATIVA SOCIALE RINNOVAMENTO soc. coop. O.N.L.U.S.	Cooperativa Sociale Rinnovamento	<b>CPB</b>	verbale chiuso con <b>esito positivo</b> in data 11/08/2008 prot. U0126333/I.14
ITACA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	Cooperativa sociale Itaca Comunità protetta Argo	<b>CPA</b>	verbale chiuso con <b>esito positivo</b> in data 28/07/2008 prot. U0119125/I.14
La BONNE SEMENCE	Comunità ad Elevata protezione Via Fonti del Drago 1760 Oltre il Colle	<b>CRA</b>	verbale chiuso con <b>esito positivo</b> in data 05/11/08

	Comunità ad Elevata protezione Via Fonti del Drago 1760 Oltre il Colle	<b>CRM</b>	Alla scadenza della sperimentazione, l'ente dovrà provvedere all'adeguamento della dotazione organica, non potendo configurare le due comunità come presidio di comunità protetta
--	--	------------	---

Le seguenti strutture sono state verificate nel corso del 2007; la conclusione degli accertamenti è stata possibile solo previa acquisizione dei pareri emessi dai competenti funzionari regionali, relativamente a dubbi circa le modalità di assolvimento di requisiti

COOPERATIVA SOCIALE A.E.P.E.R. a.r.l.	Comunità ad Elevata protezione Via Don Cariboni 11 Brembilla	CPA	verbale chiuso con esito positivo in data 30/06/08 prot. U0103167/I.14
IN CAMMINO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE O.N.L.U.S.	Comunità ad Elevata protezione Via Baroni 9 S. Pellegrino Terme	CPM	verbale chiuso con esito positivo in data 30/06/08 prot. U0103174/I.14
FONDAZIONE EMILA BOSIS	Comunità ad elevata protezione Via Canovine 15 Bergamo	CPA	verbale chiuso con esito positivo in data 16/07/08 prot. U0113153/I.14
	Comunità ad elevata protezione Via Canovine 15 Bergamo	CPA	verbale chiuso con esito positivo in data 16/07/08 prot. U0113153/I.14
	Comunità ad elevata protezione Via Mentana 15 Bergamo	CPA	verbale chiuso con esito positivo in data 16/07/08 prot. U0113146/I.14
	Comunità ad elevata protezione Via Mentana 15 Bergamo	CPA	verbale chiuso con esito positivo in data 16/07/08 prot. U0113146/I.14
	CRT Via Solferino 51 Verdello	CRA	verbale chiuso con esito positivo in data 31/10/08 prot. U0170386/I.14



FONDAZIONE EMILA BOSIS	Comunità a bassa protezione Via Solferino 51 Verdello	CPB	verbale chiuso con esito positivo in data 21/12/07 Comunità non attiva
	Comunità a bassa protezione Via Solferino 51 Verdello	CPB	verbale chiuso con esito positivo in data 21/12/07 Comunità non attiva

### **Verifiche possesso/ mantenimento dei requisiti non comprese nel programma di attività 2008**

#### **Verifica presso U.O. neurologia Policlinico San Marco**

Obiettivi:

Verifica del possesso dei requisiti previsti per il rilascio dell'idoneità allo svolgimento dello studio post marketing Surveillance SIST MOST

Requisiti oggetto di verifica:

OSDMM 01- 06;SSDMM01 –18, 21-31. Requisiti definiti da DM della Sanità 24 luglio 2003

Esito:

positivo, previa analisi della documentazione integrativa richiesta, relativa alla dotazione organica

#### **Verifica permanenza dei requisiti d'accreditamento ai fini dell'erogazione del Voucher Socio Sanitario.**

Il personale dell'Ufficio Autorizzazione e Accreditamento, ha provveduto anche nel 2008 all'esecuzione di verifiche sui soggetti accreditati per l'erogazione del voucher, come disposto dalla normativa regionale di riferimento ( L.R. n. 8 del 2/4/07 e delibera VIII/4799 del 30/5/07), focalizzando l'attenzione sui seguenti requisiti:

- OGPRO08      Sono predisposte, da parte del Responsabile dell'attività sanitaria, indicazioni riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti l'attività sanitaria
- OGTEC01      Sono a disposizione armadi dedicati per la conservazione di dispositivi medici e farmaci utilizzati nel processo assistenziale.

Presso la sede delle strutture si è presa visione della documentazione sanitaria (cartella clinica) degli assistiti estratti dal Date Base Home Care II in dotazione al servizio Cure Domiciliari, assistiti che hanno richiesto cure per medicazioni complesse o il cambio del catetere vescicale, attività, queste, specifiche dell'infermiere.

Sono state prese in esame le cartelle dei Pazienti in carico ai soggetti accreditati nel periodo ottobre 2007 – Marzo 2008.

I soggetti accreditati sono stati complessivamente 25, le sedi oggetto di verifica sono state 26.

Le cartelle cliniche controllate sono state complessivamente n°111.

In sede di sopralluogo si è presa visione degli armadi dedicati alla conservazione dei dispositivi medici e farmaci verificando le modalità di conservazione, a campione le date di scadenza e le procedure operative ed organizzative di controllo delle stesse.

Sono stati redatti 26 verbali di cui:

N° 24 con esito Positivo.

N° 2 con esito sospeso, che a seguito di ulteriori verifiche sono risultati positivi.

**Verifica nuovo edificio in via Boccalone -U.O. Psichiatria 1 – CPS e CRM afferenti all'A.O. Ospedali Riuniti Bergamo**

La verifica è stata effettuata a seguito di presentazione di istanza di autorizzazione all'esercizio di nuova struttura con perizia asseverata.

Requisiti oggetto di verifica:

Requisiti autorizzativi e di accreditamento per l'attività di CPS e per la comunità residenziale psichiatrica; SGTEC 1-12; a campione requisiti OG

Esito: Permane l'esito sospeso, fino a comunicazione di avvenuto inserimento del personale medico e psicologi al completamento delle procedure di selezione dopo emissione di pubblico avviso per conferimento incarichi.

**Verifica U.O. Riabilitazione Specialistica – U.O. Riabilitazione Generale Geriatria – Habilita Istituto Clinico Ospedale di Sarnico**

La verifica è stata effettuata a seguito di presentazione di istanza con perizia asseverata di autorizzazione all'esercizio per ampliamento di posti letto nelle due unità operative.

Requisiti oggetto di verifica:

OSDHO 01-07; SSDHO 01-15; OSDRG 01-13; SSDRG 01-32; OSDRS 01-16; SSDRS 01-32

Esito: Sospeso, per il rilievo della carenza di medici in possesso di titoli abilitanti l'accesso al primo livello dirigenziale; ne è conseguita una limitazione dell'utilizzo dei posti letto.

**Verifica U.O. Poliambulatorio Clinica Castelli S.P.A.**

Verifica effettuata a seguito di presentazione di istanza con perizia asseverata, di autorizzazione all'esercizio e accreditamento per ampliamento di branche specialistiche

Requisiti oggetto di verifica:

SSASA 01-10; OSASA 01-09

Esito:

Positivo

**Varie**

E' stato monitorizzato l'invio delle dichiarazioni trimestrali da parte delle strutture accreditate inerenti la dotazione organica ed il mantenimento dei requisiti di accreditamento (Decreto R.L. n° 16792 del 10/07/05 art. 5). Le situazioni di potenziale incompatibilità del personale, sono state regolarmente segnalate alle Aziende Ospedaliere.

Sono state analizzate le istanze di dilazione dei requisiti strutturali e tecnologici, presentate, con le modalità previste dalla DGR 6226/07, dalle seguenti strutture:

Struttura	esito	note
Casa di Cura Humanitas Gavazzeni S.P.A.	Positivo	

Casa di Cura Clinica Castelli S.P.A.V	Positivo	
Casa di Cura Policlinico San Marco s.r.l.	Positivo	
<b>Casa di Cura Policlinico San Pietro S.P.A.</b>	Positivo	
<b>Casa di Cura Policlinico San Pietro S.P.A.</b>	Positivo	
Casa di Cura Quarenghi s.r.l.	Positivo	
<b>Casa di Cura Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri</b>	Negativo	L'ente non ha provveduto all'invio di alcuna documentazione in allegato all'istanza di dilazione.
Biplano Cooperativa Sociale a.r.l.	Non procedibile	La CRM "Casa Mariquita", con d.d.g. 6776 del 12.03.08, è stata autorizzata al trasferimento presso altra sede in Curno, via Trieste 12
Fondazione Orizzonte Onlus	Positivo	
Fondazione Europea di Ricerca Biomedica Ferb- Onlus	Positivo	
<b>Habilita Istituto Clinico Ospedale di Sarnico</b>	Positivo	
<b>A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo</b>	Positivo	Previsto trasferimento presso nuova sede nel 2009
A.O. Ospedale Treviglio Caravaggio		
Presidio di Treviglio	Positivo	
<b>Presidio di Romano di Lombardia</b>	Positivo	
<b>Presidio di Martinengo</b>	Positivo	
<b>Presidio di San Giovanni Bianco</b>	Positivo	
Presidio di Calcinato	Positivo	
POLIAMBULATORI Ponte Nossola- Vilminore di Scalve- Albino- Gromo	Positivo	Ove collocati presso sedi distrettuali ASL o edifici non di proprietà dell'Azienda Ospedaliera, gli interventi di adeguamento saranno concordati con la proprietà. Si è provveduto ad informare l'Ufficio

		Tecnico ASL, per gli eventuali adempimenti di competenza.
Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate		
Presidio di Seriate	Positivo	
Presidio di Gazzaniga	Positivo	
Presidio di Alzano Lombardo	Positivo	
Presidio di Clusone - Piario	Positivo	
Presidio di Lovere	Positivo	
POLIAMBULATORI Zogno - Ponte San Pietro - Calusco d'Adda - Villa d'Almè - Dalmine - Grumello del Monte - Treviglio	Positivo	Ove collocati in fabbricati di proprietà comunale in uso alla A.S.L. e ceduti in comodato d'uso gratuito alla Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate (Bg), o in fabbricati di proprietà della Comunità Montana Valle di Scalve, gli interventi di adeguamento saranno concordati con la proprietà. Si è provveduto ad informare l'Ufficio Tecnico ASL, per gli eventuali adempimenti di competenza.

## Programma di attività 2009

### Obiettivi specifici

Proseguirà nel 2009 (salvo diverse indicazioni regionali), il programma già iniziato nel corso del 2008, che prevede di orientare l'attività di vigilanza alla verifica dei requisiti attinenti la "sicurezza" delle strutture sanitarie, intesa in senso lato: sicurezza impiantistico-edilizia, adeguatezza della dotazione organica, corretta applicazione delle procedure inerenti la gestione di eventi e situazioni critiche.

Saranno oggetto di verifica:

#### Blocchi parto

Obiettivi: controllo della presenza e corretta applicazione delle procedure di sanificazione degli ambienti; gestione delle emergenze (es. effettuazione corsi BLSD pediatrico); tenuta dei farmaci; corretta gestione dei DPI; verifica dei requisiti strutturali e tecnologici specifici.

#### dotazione organica

Obiettivi: verifica della corretta dotazione e possesso dei requisiti previsti per l'accesso al primo e secondo livello dirigenziale per il personale in servizio presso U.O. che verranno selezionate nelle singole strutture (prioritariamente Pronto Soccorso, Blocco Operatorio, Riabilitazione)

#### Ambulatori odontoiatrici

Obiettivi: verifica della presenza e dell'applicazione di procedure/istruzioni operative relative a: processo di sterilizzazione dello strumentario, tenuta dei farmaci; mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici specifici.

verrà effettuato un monitoraggio dello stato di avanzamento lavori nelle strutture di ricovero e cura in possesso di decreto regionale di proroga dei requisiti strutturali e tecnologici, come previsto dalla DGR 6226/07;

Si rimane in attesa dell'approvazione delle determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento per la definizione dell'attività in attuazione alle previsioni della Delibera stessa

Continuerà la monitorizzazione dell'invio delle dichiarazioni trimestrali da parte delle strutture accreditate inerenti la dotazione organica ed il mantenimento dei requisiti di accreditamento (Decreto R.L. n° 16792 del 10/07/05 art. 5). Le situazioni di potenziale incompatibilità del personale, verranno segnalate alle Aziende Ospedaliere.

Verranno processate le istanze di autorizzazione/accreditamento entro i termini previsti dalle vigenti normative, in attuazione alla LR 38/08 che prevede in capo all'ASL il rilascio dei provvedimenti autorizzativi e di accreditamento.

## **STRUTTURE SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI**

### **PIANO DEI CONTROLLI ANNO 2009**

Il Servizio Accreditamento, Controllo, Qualità ed Appropriatezza del Dipartimento P.A.C., pianifica e calendarizza la sua attività di vigilanza e di controllo sulle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali del territorio provinciale .

Tali verifiche verranno eseguite in equipe multidisciplinari composte da professionisti sociali, sanitari ed amministrativi secondo le indicazioni impartite con circolare giugno 2004, nota regionale del 24.03.2005 prot. n.G1.2005.0004131, e le linee di indirizzo stabilite con D.g.r.n.8496/08.

Le attività di vigilanza e controllo continueranno ad essere condotte secondo procedure omogenee nelle diverse tipologie di unità d'offerta socio-sanitarie, pur nel rispetto della loro specificità.

#### **STRUTTURE SOCIO SANITARIE**

L'attività di vigilanza e controllo nell'anno 2009 riguarderà prioritariamente:

#### **■ La verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento nell'80% delle strutture socio-sanitarie residenziali e diurne.**

Oggetto dell'attività sono le residenze sanitarie assistenziali per anziani e disabili, i centri diurni integrati per anziani e disabili, i consultori, gli hospice, i servizi per le dipendenze e gli istituti di riabilitazione.

Il prospetto seguente riassume l'offerta di servizi socio-sanitari provinciali:

<b>UNITA' D'OFFERTA Accreditate al 31/12/08</b>	<b>N°</b>	<b>Posti autorizzati</b>	<b>Posti accreditati</b>
R.S.A.	59	5511	5140
C.D.I.	22	528	461
HOSPICE	1	10	
R.S.D.	9	380	378
C.D.D.	20	480	475
C.S.S.	15	133	126
CONSULTORI	22		
SERVIZI PER LE DIPENDENZE	15	312	302
SER.T.	6		
IDR ( riordinati e non)	7	276	236

Si programma di eseguire, nell'ambito dell'attività ordinaria, un sopralluogo all'anno in almeno l'80% delle strutture socio-sanitarie accreditate con l'obiettivo di vigilare il mantenimento dei requisiti di accreditamento. Trattasi di verifiche che, a partire dalle osservazioni effettuate in loco, si completano in ufficio sulla base della documentazione acquisita in sede di sopralluogo e di quella già agli atti.

Nell'eventualità di difformità/carenze rispetto ai requisiti di accreditamento l'attività di vigilanza prevedrà ulteriori interventi, sia ispettivi diretti sia di analisi documentali, con lo scopo di verificare l'avvenuta risoluzione delle criticità rilevate.

Di seguito si descrivono le fasi delle verifiche ispettive, tenuto conto delle recenti disposizioni regionali in materia:

1. Preavviso di sopralluogo alla struttura, telefonico e/o in posta elettronica non superiore alle 48 precedenti la data stabilita, nei casi previsti dalla d.g.r. 8496 del 26/11/2008;
2. Sopralluogo in equipe multidisciplinare, composta da operatori del SACAQ; nel caso di monitoraggio dei piani programma strutturali e del loro avanzamento, con particolare riferimento alle strutture che hanno ottenuto l'autorizzazione provvisoria al funzionamento, l'equipe sarà integrata da operatori del Dipartimento di Prevenzione.
3. Compilazione di verbale nel quale sono indicati i motivi del sopralluogo, i requisiti valutati, la documentazione acquisita dall'ASL. Tale verbale è congiuntamente sottoscritto dall'ASL e dal gestore o da persona da esso incaricata. Nel caso in cui le azioni svolte ed i dati rilevati non consentano l'immediata assunzione di decisioni in merito ad eventuali prescrizioni o provvedimenti, per tali aspetti, entro il termine massimo di 15 giorni, l'ASL predispone una comunicazione integrativa.
4. Nel caso di prescrizioni o provvedimenti, entro 15 giorni dal sopralluogo o dal ricevimento della comunicazione integrativa, la struttura deve inviare il recepimento esiti, con le azioni adottate in merito alle prescrizioni o le eventuali controdeduzioni.
5. Verifica assolvimento delle eventuali prescrizioni formulate.

L'attività di vigilanza, in merito ai requisiti previsti per l'accreditamento, pur in considerazione della normativa di settore per le diverse tipologie di unità d'offerta, sarà focalizzata sui seguenti aspetti, come previsto dalla **L.R. n°3/2008 e d.g.r. 8496 del 26/11/2008**:

- a) **Standard di personale**, commisurato alle presenze degli utenti (comprese le assenze riconosciute dai contratti e differenziate per tipologia dell'unità d'offerta) e relativo ad un periodo campione: mensile e/o settimanale laddove sono state evidenziate criticità,
  - presenza professionalità previste, mediante verifica dei contratti di lavoro, con particolare riferimento alla qualificazione professionale (nelle strutture in cui sono previste deroghe verrà monitorato il conseguimento del titolo o altra risoluzione della carenza);
  - per il personale volontario che viene rendicontato ai fini del raggiungimento degli standard di accreditamento verrà verificato il possesso della qualifica professionale e l'appartenenza ad associazioni di volontariato iscritte nell'apposito registro e convenzionate con la struttura.
  - in particolare per quanto riguarda il personale OSS, impiegato nelle R.S.A. e nelle R.S.D. durante il turno notturno, in assenza dell'infermiere, verrà accertato l'effettivo inquadramento contrattuale.
  - verifiche delle eventuali incompatibilità del personale che opera anche in Enti Pubblici e della non cumulabilità dei rapporti di lavoro ai sensi dell'art. 53 del Decreto Legislativo 165/2001.
- b) **Carte dei Servizi**, loro aderenza alle indicazioni regionali, aggiornamento delle rette e congruenza con quanto contenuto nel contratto d'ingresso dell'ospite nonché disponibilità del documento al pubblico e distribuzione agli interessati.
- c) **Customer satisfaction** e altre modalità di valutazione dei servizi da parte degli utenti o dei loro rappresentanti (verificare somministrazione questionari, e diffusione esiti agli interessati).

- d) **Contratti d'ingresso:** sarà verificata la congruenza con i punti principali contenuti nella d.g.r. già citata. Laddove saranno evidenziate delle incompletezze o difformità, in collaborazione con l'U.O. di Programmazione del Dipartimento ASSI verrà fornito il necessario supporto collaborativo.
- e) **Piano di assistenza individuale e fascicolo socio-sanitario:** verranno verificati gli aggiornamenti della documentazione in relazione alla variazione della condizione ospite e nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa di settore. Verrà inoltre verificato se il P.A.I. è stato condiviso con i familiari mediante colloqui e comunicazione scritta.

### **Consenso informato**

Oltre alle verifiche dei requisiti di accreditamento, nel corso delle visite in loco presso le strutture, laddove vengano individuate situazioni in cui la persona assistita non sia in grado di comprendere le informazioni e di esprimere il consenso ad essere sottoposta alle pratiche necessarie per il soddisfacimento dei suoi bisogni assistenziali, si provvederà alle opportune segnalazioni all'apposito ufficio costituitosi all'interno dell'ASL per il riconoscimento della tutela dell'amministratore di sostegno.

■ **Monitoraggio dei Piani di Adeguamento agli standard strutturali** per le strutture che non hanno concluso i lavori di adeguamento entro il 02 gennaio 2009, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, verranno adottati i provvedimenti previsti dalla d.g.r. n.8559 del 3/12/08 e dalla d.g.r. 8799 del 30/12/2008.

■ Il controllo di appropriatezza per almeno il 10% delle prestazioni erogate in ciascuna delle seguenti tipologie di Unità d'offerta socio-sanitarie: RSA, RSD, CSS, CDD e Consultori.

### **CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA IN RSA**

Medici incaricati effettueranno controlli sull'appropriatezza di un numero di schede SOSIA pari almeno al 10% degli ospiti classificati S.OS.I.A., attraverso la verifica della corrispondenza tra classificazione e documentazione clinica conservata nel fascicolo sanitario e sociale.

I Legali Rappresentanti, Direttori e Responsabili sanitari delle RSA accreditate sono informati dall'ASL in merito alle procedure adottate per il 2009 nell'ambito dei controlli di appropriatezza in RSA, che si compongono delle seguenti fasi:

1. estrazione dal flusso Sosia trimestrale di un campione di Sosia da verificare sulla base dei criteri di selezione indicati nella D.G.R. n.VIII/008496 del 26.11.2008 (percentuale elevata di decessi, percentuale elevata di decubiti, percentuale elevata di cadute, percentuale elevata di ospiti nelle classi 1, 2, 3);
2. a seguito della D.G.R. 7929/08 del 06.08.2008 ad oggetto "*Determinazioni in merito ai controlli di appropriatezza nei servizi sociosanitari accreditati*" i controlli nelle RSA si svolgono senza preavviso;
3. nel corso della verifica, a cui sarà presente il responsabile medico di struttura, un suo delegato, o, anche in assenza di questi, il medico incaricato dall'ASL procederà al controllo del fascicolo sanitario e sociale e di tutta la documentazione relativa all'ospite, al fine di verificare l'esatta corrispondenza delle condizioni cliniche agli equivalenti parametri inseriti nel SOSIA, inerenti gli indicatori di: mobilità, cognitività e comorbidità;



4. in caso di palese incoerenza, fra la documentazione clinica e la scheda S.OS.I.A., o di situazioni cliniche di particolare criticità, il medico incaricato, d'intesa con il medico di struttura, potrà procedere all'osservazione diretta dell'ospite;
5. nel verbale di visita di controllo, verrà registrata l'eventuale incoerenza tra i valori riportati nella scheda SOSIA compilata dalla struttura, ed il valore rilevato dal medico al momento del controllo;
6. riscontrate difformità, al verbale verrà allegata copia cartacea della scheda SOSIA compilata dalla RSA, nonché l'eventuale altra documentazione clinica utile al riscontro delle incongruenze evidenziate nel corso del controllo;
7. a seguito delle difformità registrate nel verbale il responsabile medico di Struttura o suo delegato e il medico dell'ASL referente per i controlli verificheranno congiuntamente se la non corrispondenza rilevata comporti una riclassificazione dell'ospite;
8. al termine del controllo il medico lascerà in struttura copia del verbale redatto, eventuali approfondimenti o contestazioni potranno trovare un successivo momento di scambio tra il medico di struttura ed il medico incaricato dall'ASL;
9. come da D.G.R. n.VIII/008496 del 26.11.2008: *“a) nel caso di ospite ancora presente in struttura il SOSIA dovrà essere rifatto; b) nel caso di ospite non più presente in struttura, per quella prestazione non potrà essere riconosciuta una tariffa superiore a quella della classe di minore fragilità”*.
10. per quanto riguarda i tempi della nuova tariffazione, sempre la D.G.R. n.VIII/008496 del 26.11.2008 stabilisce *“Qualora l'ASL verifichi la non appropriatezza in una classe, ad es. classe Isosia attribuita dal gestore al posto della corretta classe 3sosia, la rideterminazione della tariffa dovrà essere fatta dal giorno in cui è iniziata la prestazione nella classe contestata. Se la ridefinizione è invece ad es. classe Isosia invece di classe 3sosia, la rivalutazione tariffaria non potrà che essere fatta dal giorno della verifica dell'ASL”*;
11. avverso le risultanze del verbale, la struttura può presentare all'ASL controdeduzioni entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione del verbale; la definizione dell'eventuale contenzioso viene formalizzata dal Direttore Generale con proprio provvedimento deliberativo.

#### CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA NELLE STRUTTURE PER DISABILI

Il controllo delle schede S.I.Di. si concentra sul 10 % degli ospiti di ogni singola struttura scelti a campione casuale o mirati in funzione di cambi di classe, nuovi inserimenti o di segnalazioni per eventuali criticità e avviene contemporaneamente alla verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento. Gli operatori coinvolti sono il Referente S.I.Di. delle strutture accreditate e il Referente S.I.Di. del Servizio A.C.A.Q. dell'ASL a cui si aggiunge per le strutture a carattere residenziale (CSS e RSD) un medico. Fatta salva la prossima introduzione del SIDiWEB in base alla quale verranno ulteriormente calibrati i controlli. A tutt'oggi la **procedura** con cui viene eseguita tale attività è la seguente:

1. Verifica della coerenza della classificazione S.I.Di. con i contenuti del fascicolo sanitario e sociale e del programma individualizzato, anche in prospettiva di un monitoraggio del grado di autonomia nel contesto residenziale;
2. Verifica della presenza, oltre che della scheda S.I.Di., anche del fascicolo sanitario e assistenziale (ciò comunque dovrà essere fatto per ogni ospite, trattandosi di requisito per l'accreditamento);

3. Verifica dell'effettiva realizzazione delle attività previste nel programma individualizzato e della loro congruenza con il personale impiegato (per professionalità coinvolte e per tempi di lavoro);
4. La verifica che attiene il controllo documentale coinvolge il responsabile della struttura ed il referente del FSA;
5. Per ogni FSA verificato viene redatto un verbale che viene congiuntamente sottoscritto. Nel verbale le eventuali criticità legate alla scheda S.I.Di. o al F.S.A. con le eventuali prescrizioni;
6. La struttura si impegna ad inviare all'ASL gli eventuali aggiornamenti richiesti delle Schede S.I.Di. entro 15 giorni dal rilascio dei verbali o gli eventuali contraddittori relativi alla visita di verifica;
7. Ricevuti gli aggiornamenti l'ASL provvede alla verifica delle classi di fragilità degli ospiti e, se modificate, a darne comunicazione alla struttura;
8. Sulla base della documentazione acquisita in sede di sopralluogo viene predisposta una relazione conclusiva che viene inviata alla struttura.
9. I controlli saranno effettuati senza preavviso, in ottemperanza della DGR n. 7929/08.

#### **CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA DELLE COMUNITA' PER TOSSICODIPENDENTI**

Nel corso dell'anno 2009 i controlli verranno eseguiti almeno una volta sul 100% delle strutture; in ottemperanza alla delibera regionale n. 8496 del 26 novembre 2008 gli aspetti che saranno vigilati verteranno sulla congruità delle prestazioni riportate in cartella e quelle rendicontate attraverso i modelli TOX 1.

Verrà controllata la corrispondenza della tipologia del servizio e la certificazione rilasciata ad ogni singolo utente dal SER.T /SMI, nonché i tempi del Programma Terapeutico –PT – e la corretta tenuta della Cartella Clinica.

Sarà inoltre verificato il mantenimento del volume complessivo accreditato

#### **CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA NEI CONSULTORI FAMILIARI**

Nei Consultori Familiari le verifiche verranno condotte in équipe multidisciplinare (infermiere, educatore, fisioterapista) e riguarderanno il controllo di almeno il 10% delle cartelle dei nuovi utenti presi in carico nel 1° semestre dell'anno che hanno usufruito di prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria, sul 100% delle strutture sia pubbliche che private.

#### **Procedure**

1. Estrazione di un campione casuale individuato dall'ASL a partire dall'analisi del flusso CON1/CON2;
2. Verifica della corrispondenza tra evidenze documentali in loco e quanto rendicontato
3. nel verbale di visita di controllo, verrà registrato il numero delle cartelle visionate e il numero di prestazioni contestate;
4. dopo un'ulteriore verifica d'ufficio si indicano negli "esiti dell'attività di vigilanza" le contestazioni rilevate; tali esiti vengono trasmessi all'Ente gestore con allegata scheda delle prestazioni contestate;
5. avverso le risultanze del verbale la Struttura può presentare all'ASL controdeduzioni entro 15 giorni dalla data di ricevimento degli esiti;
6. Gli esiti dei controlli effettuati sono comunicati all'U.O. Pianificazione Economica, Contrattazione e Acquisto per i conseguenti adempimenti.
7. I controlli saranno effettuati senza preavviso, in ottemperanza della DGR n. 7929/08.

**■ Il puntuale e corretto assolvimento del debito informativo delle strutture accreditate, attraverso un attento presidio e monitoraggio dei flussi informativi S.OS.I.A., S.I.D.I. e S.D.O. e della qualità dei dati trasmessi.**

Il debito informativo costituisce requisito di accreditamento per le strutture Socio-Sanitarie.

- S.O.S.I.A per le Residenze sanitarie assistenziali
- S.O.S.I.ACDI per i Centri diurni integrati
- S.I.Di. per strutture accreditate per persone con disabilità
- SDO-FAM e RIA-FAM per le strutture di riabilitazione in regime residenziale e ambulatoriale/domiciliare

Sarà presidiato il puntuale invio dei flussi informativi trimestrali secondo le scadenze e le modalità definite dalla circolare G1.2008.00120012

Tale attività sarà accompagnata da un'azione di consulenza e supporto alle strutture ed interlocuzione con i referenti informatici della RL afferenti alla DG Famiglia e solidarietà sociale.

Successivamente alla pubblicazione On-line, da parte della RL, dei programmi SOSIAWEB, SOSIACDIWEB e SIDIWEB saranno organizzati, in collaborazione con il Dipartimento ASSI e l'Osservatorio epidemiologico, incontri formativi con le strutture accreditate alla luce delle nuove indicazioni dettate dalla circolare suddetta

**■ Verifiche di competenza dell'A.S.L. entro 30 giorni dalla presentazione della Dichiarazione inizio attività ( DIA) che abilita il soggetto titolare di un'unità d'offerta socio-sanitaria a porre in esercizio l'attività.**

Nel documento di programmazione dell'A.S.L. per l'anno 2009 sono state declinate le strutture socio-sanitarie del territorio per le quali è previsto l'inizio dell'attività nell'anno 2009. Tali verifiche riguarderanno comunque tutte le Strutture socio-sanitarie di nuova attivazione.

L'art.4 della Legge regionale 8 del 2 aprile 2007 ha infatti abolito l'autorizzazione all'esercizio dell'attività socio-sanitaria che in precedenza era necessaria per l'inizio dell'attività. Tale autorizzazione è stata sostituita dalla D.I.A. che deve essere presentata unitamente alla documentazione prevista dalle vigenti disposizioni regionali concernenti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi richiesti alle unità d'offerta socio-sanitarie. All'A.S.L. compete la verifica della completezza della documentazione presentata e del possesso dei requisiti necessari per l'esercizio dell'attività, comportante anche un sopralluogo presso la struttura entro 30 giorni dalla presentazione della D.I.A.

Nell'ipotesi di unità d'offerta in possesso di autorizzazione provvisoria, a conclusione dei piani programma di adeguamento, verranno istruite le verifiche di competenza volte al rilascio del provvedimento di autorizzazione definitiva secondo le norme precedentemente in vigore.

**■ Verifiche amministrative sulla corrispondenza fra le giornate residue o le prestazioni effettuate e le rendicontazioni pervenute all'ASL per la liquidazione delle relative spettanze economiche.**

In particolare si verificherà che:

- l'importo delle tariffe corrisponda alle classi/tipologia di ospiti o di prestazioni rendicontate;
- il numero totale delle giornate fatturate in un trimestre (nelle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali) non sia mai superiore al numero di posti accreditati moltiplicato per il numero delle giornate riferite allo stesso trimestre, fatti salvi i casi previsti espressamente dalla Regione;

- le fatturazioni inerenti le persone decedute corrispondano alle effettive prestazioni erogate fino alla data del decesso.
- Tale attività riguarderà la totalità dei centri diurni integrati per anziani (CDI), il 30% delle R.S.A. e la totalità delle strutture residenziali e diurne per Disabili nonché dei Servizi per le dipendenze, con particolare riferimento ad un periodo almeno trimestrale preso a campione. I risultati di tali verifiche verranno comunicati al competente ufficio liquidatore per le eventuali conseguenti azioni da adottarsi.

**■ Funzioni amministrative di vigilanza e controllo ex artt.23-25 del c.c. sulle persone giuridiche di diritto privato di cui al libro Primo titolo II del C.C. che operano in ambito socio sanitario e socio assistenziale.**

L'ASL della Provincia di Bergamo esercita le funzioni amministrative di vigilanza e controllo su n.75 persone giuridiche di diritto privato presenti sul territorio di cui: n.38 operative in ambito socio assistenziale e n. 37 che operano in ambito socio sanitario (RSA).

L'ASL, con propria deliberazione n.691 del 21/12/2007, ha stabilito che, ai fini dell'espletamento di tale attività, le Istituzioni interessate trasmettano non prima del 31 marzo e non oltre il 31 luglio di ogni anno, gli atti fondamentali relativi ai principali aspetti istituzionali - statutari - amministrativi degli Enti, nonché relazione sull'attività svolta nell'anno solare precedente, con particolare riferimento al rispetto delle finalità statutarie, alle azioni intraprese, alle situazioni di criticità ed ai mezzi per rimuovere le stesse nonché ai beneficiari delle azioni svolte e sintetica relazione programmatica per l'anno in corso.

Sulla base del suddetto provvedimento è già in corso attività di disamina/ verifica degli atti mediante compilazione della "*Scheda controllo e vigilanza ai sensi degli artt.23/25 c.c.*": attività che verrà completata nel corso dell'anno 2009.

Verrà inoltre, programmato nell'ambito di controllo ordinario ex artt.23 e 25 del c.c., un sopralluogo in 7 Istituzioni (campione rappresentativo del 10% della totalità delle stesse), come disposto dalla DGR VIII/ 008496 del 26/11/2008, fatta salva l'attività di vigilanza straordinaria a seguito di segnalazioni che perverranno al servizio preposto.

Sarà cura del Servizio Accreditamento Controllo Appropriately e Qualità presentare entro il 31 gennaio dell'anno in corso, una relazione di rendicontazione sull'attività di vigilanza e controllo posta in essere e relativa al precedente anno solare.

Qualora nell'attività di controllo dovessero essere acquisite informazioni relative agli aspetti istituzionali dell'Ente, utili alla tenuta del Registro regionale delle persone giuridiche, verrà data immediata comunicazione alla Regione Lombardia – Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale per gli adempimenti conseguenti.

## **STRUTTURE SOCIO ASSISTENZIALI**

A norma dell'art.2, comma 7 della l.r. 31/97, come modificato dall'art.6 l.r.6/2005, e ribadito dalla D.G.R. 29 dicembre 2005 – n.8/1648, le Aziende Sanitarie Locali esercitano anche il controllo sulle attività istituzionali-amministrative e gestionali delle unità di offerta socio-assistenziali.

Nella provincia di Bergamo sono presenti le seguenti unità di offerta:

- n. 190 Asili nido/micronidi/ Centri prima infanzia
- n. 36 Servizi residenziali per minori
- n. 22 Centri di aggregazione giovanile
- n. 6 Comunità alloggio di risocializzazione e reinserimento

- n. 7 Case albergo per anziani
- n.13 Centri socio educativi
- n.30 Servizi formazione autonomia
- n.2 Comunità alloggio handicap

Si prevede di effettuare l'attività di vigilanza **sul 40% di tali Strutture.**

Verrà data comunque priorità alle strutture di nuova attivazione e ai servizi che hanno evidenziato criticità riguardo al possesso dei requisiti di autorizzazione.

In particolare si evidenzia che, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, è stato definito un campione, rappresentativo del territorio, di Strutture per l'infanzia in cui svolgere un'attività di vigilanza sul possesso dei requisiti di autorizzazione, sull'attività svolta e sugli aspetti di sicurezza.

**Nell'anno 2009 si intende estendere l'attività di vigilanza anche ai Nidi famiglia di Bergamo e provincia.**

Dal 2006 queste unità d'offerta vengono censite dal Servizio Accreditamento Controllo Appropriatelyzza e Qualità anche attraverso una diretta interlocuzione con i Comuni.

Si prevede di effettuare l'attività di vigilanza sul 50% dei circa 40 nidi censiti.

Vista la peculiarità di questi servizi: *“nidi domiciliari, svolti senza fine di lucro, promossi da famiglie utenti associate/associazioni familiari”, in cui “le famiglie concordano le modalità organizzative e la proposta educativa ... assumendosene in toto la responsabilità”* (DGR 20588 dell'11 feb 2005), si ritiene che la vigilanza debba svolgere, prevalentemente, una funzione di affiancamento e di confronto sull'esperienza realizzata, oltre che di verifica dei requisiti strutturali e gestionali stabiliti dalle direttive di settore.

Si reputa fondamentale condividere l'azione di vigilanza con i Comuni e gli Ambiti, concordando modalità e prassi.

Verrà predisposto uno specifico verbale di vigilanza strutturale e gestionale.

A norma dell'art.2, comma 7 della l.r. 31/97, come modificato dall'art.6 l.r.6/2005, e ribadito dalla D.G.R. 29 dicembre 2005 – n.8/1648, le Aziende Sanitarie Locali esercitano anche il controllo sulle attività istituzionali-amministrative e gestionali delle unità di offerta socio-assistenziali.

## CONCLUSIONI

Resta inteso che quanto sopra sinteticamente descritto ed oggetto di programmazione, si riferisce all'attività ordinaria, da cui quindi esulano gli interventi di vigilanza e controllo sui servizi erogati e su eventuali situazioni di criticità portate all'attenzione da esposti e/o segnalazioni di cittadini, amministratori, istituzioni o mass media.

## **Vigilanza e controllo permanenza dei requisiti d'accreditamento ai fini dell'erogazione del Voucher Socio Sanitario anno 2008.**

L'attività di vigilanza e controllo sui soggetti accreditati per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI), come disposto dalla normativa regionale di riferimento ( L.R. n. 8 del 2/4/07 e delibera VIII/4799 del 30/5/07), relativa l'anno 2008 si è focalizzata su tre requisiti di accreditamento:

- OGPRO010 “Sono predisposte, da parte del Responsabile dell'attività sanitaria, indicazioni riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti l'attività sanitaria”
- OGTEC01 “Sono a disposizione armadi dedicati per la conservazione di dispositivi medici e farmaci utilizzati nel processo assistenziale.”
- OGPVF04 “Le prestazioni professionali devono essere svolte da personale qualificato in relazione alla specificità delle prestazioni socio-sanitarie da erogare”

Sono state oggetto di sopralluogo tutte le strutture accreditate.

Presso la sede delle strutture si è presa visione inoltre della documentazione sanitaria (cartella clinica) degli assistiti estratti dal Date Base Home Care II in dotazione al servizio Cure Domiciliari, assistiti che hanno richiesto cure per medicazioni complesse o il cambio del catetere vescicale, attività, queste, specifiche dell'infermiere.

Sono state prese in esame le cartelle dei Pazienti in carico ai soggetti accreditati nel periodo ottobre 2007 – Marzo 2008.

I soggetti accreditati sono stati complessivamente 25, le sedi oggetto di verifica sono state 26. Le cartelle cliniche controllate sono state complessivamente 111.

Le cartelle cliniche visionate sono state generalmente compilate correttamente, buona la tenuta dei diari con descrizione delle attività svolta firmata da tutti gli operatori qualificati, che sono stati riconosciuti come operatori della struttura, e controfirmata dai parenti o dagli stessi pazienti.

In sede di sopralluogo si è presa visione degli armadi dedicati alla conservazione dei dispositivi medici e farmaci verificando le modalità di conservazione, a campione le date di scadenza e le procedure operative ed organizzative di controllo delle stesse.

Durante le operazioni di verifica è sempre stato presente il Legale Rappresentante della Struttura o di un Suo delegato (munito di delega scritta), anche al fine di firmare il verbale redatto al termine delle operazioni.

Sono stati redatti 26 verbali di cui 24 con esito positivo e 2 con esito sospeso, che a seguito di ulteriori verifiche sono risultati positivi.

Tutti verbali e la documentazione relativa alle verifiche sono conservati presso l'archivio del dipartimento.

### Attività programmata per il 2009

Per l'anno 2009 il focus della vigilanza verrà mantenuto sulla permanenza dei requisiti d'accreditamento ai fini dell'erogazione del Voucher Socio Sanitario così come descritto per il 2008.

In funzione delle risorse disponibili verrà ampliata l'attività di verifica delle prestazioni erogate e della loro congruenza con i piani di assistenza predisposti in accordo con le nuove linee guida introdotte dal gennaio 2009.

## **Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale**

In relazione all'allegato 9 della DGR VIII/8501 del 26 novembre 2008, che prevede la verifica del 5% dei PDTA dei pazienti cronici si programma la seguente attività:

- Controllo del PDTA dei Pazienti diabetici in relazione al progetto di "Gestione integrata del Paziente con diabete di tipo 2". Il progetto prevede:
  - la valutazione dell'effettiva presa in carico da parte dei MMG dei pazienti inseriti in gestione integrata da parte dei Centri Diabetologici;
  - la valutazione tramite la BDA delle prestazioni erogate in relazione al PDTA;
  - la valutazione delle prestazioni erogate in termini di costi;
  - la valutazione degli indicatori richiesti ai MMG ed ai Centri Diabetologici.
- Adesione al progetto regionale "Dote sanitaria" e relativo monitoraggio tramite la BDA dei pazienti presi in carico dai MMG in relazione a tale progetto.

In merito si è convenuto con il Dott. Merlino che l'implementazione del progetto "Dote sanitaria" assolve per le ASL partecipanti agli obblighi previsti dall'allegato 9 della citata DGR

## **SETTORE ASSISTENZA PROTESICA MAGGIORE E MINORE**

### **PIANO DEI CONTROLLI 2009**

Le azioni intraprese nel 2008 e finalizzate principalmente a contenere la crescita della spesa protesica agendo sia sull'appropriatezza delle prescrizioni, sia sulle procedure autorizzative hanno consentito – a chiusura del IV trimestre – il rispetto del budget assegnato per quanto riguarda il capitolo economico relativo alla protesica maggiore.

Relativamente agli ausili di protesica maggiore ( Elenco 1 del N.T), in collaborazione con l'Ufficio Qualità dell'ASL, il SAP, dopo aver partecipato nell'anno precedente all'analisi di Risk Management attivando un gruppo di lavoro specifico costituito dalle diverse professionalità coinvolte ( medici, fisioterapista e operatori amministrativi degli Uffici protesi distrettuali), nel 2008 ha proceduto ad effettuare verifiche ispettive dirette presso gli Uffici Protesi Distrettuali per un totale di n.8 sopralluoghi al termine dei quali sono stati redatti specifici verbali di ispezione trasmessi al competente Ufficio Qualità.

Nel corso delle verifiche sono state valutate le modalità di gestione delle pratiche e la conformità alle procedure aziendali, rilevando una sostanziale conformità alle istruzioni operative dell'Azienda.

Le nuove modalità prescrittive ed erogative declinate dalla DGR n.VIII/ 008730 del 22.12.08 “ Determinazioni in merito alla revisione e riorganizzazione dell'attività di prescrizione ed erogazione di presidi, ausili e protesi” impongono per l'anno in corso la completa revisione delle procedure ed istruzioni operative relative all'erogazione dei dispositivi di cui all'elenco 1 del N.T.

Tale revisione sarà effettuata sulla scorta di più specifiche indicazioni regionali e condivisa con i Direttori di Distretto con la supervisione dell'Ufficio Qualità aziendale.

In attesa di nuove disposizioni, si predisporrà la realizzazione di reports relativi al ritardo dell'autorizzazione od al mancato collaudo dell'ausilio da trasmettere mensilmente dalla sede SAP ai Distretti per sollecito agli utenti.

Nell'ambito dell'analisi di Risk-Management, proseguiranno nell'anno 2009 i controlli relativi alla verifica della sicurezza del paziente al proprio domicilio nell'utilizzo di montascale e sollevatori che interesserà un totale di circa 10 pazienti.

Specifici controlli di sicurezza verranno inoltre effettuati a campione su carrozzine elettroniche.

In collaborazione con gli operatori del Magazzino ausili dell'ASL, saranno predisposti controlli finalizzati alla sostituzione dei compressori per materassi antidecubito che risultino in uso da prima del 2005, ovvero nel rispetto dei tempi minimi di rinnovo.

Per ottimizzare i controlli verrà nell'immediato predisposto uno specifico registro degli interventi effettuati sugli ausili ricondizionati a Magazzino, dal quale sia possibile evidenziare il tipo di assistenza effettuata sull'ausilio, la data del controllo ed il nominativo dell'operatore addetto.

Il Settore Assistenza Protesica predispone inoltre le seguenti reportistiche:

- Spesa protesica da inviare al Controllo di Gestione con cadenza mensile;
- Spesa protesica suddivisa tra gli ospiti di RSA e non da inviare al Dipartimento Assi per il debito informativo regionale con cadenza mensile;
- Flusso informativo regionale sulla spesa protesica e integrativa con cadenza trimestrale;
- Report di spesa protesica distrettuale condiviso nel corso di incontri specifici con i Responsabili di Area con cadenza trimestrale, confermando anche per il 2009 l'importanza e la centralità della verifica dell'andamento di spesa con i



Responsabili di Area, in quanto autorizzatori della spesa e responsabili del budget distrettuale

Le Regole di Sistema 2009 della Regione Lombardia confermano inoltre la reportistica trimestrale finalizzata alla rilevazione percentuale delle pratiche chiuse in ritardo a causa di un'errata o carente compilazione del mod. 03 da parte dello Specialista prescrittore.

Per il 2009, dopo gli incontri effettuati lo scorso anno con gli specialisti prescrittori Fisiatri e Audiologi della nostra ASL finalizzati sia ai controlli di appropriatezza prescrittiva, che ai fini del monitoraggio della spesa, si predisporrà una reportistica trimestrale di spesa riferita alle singole classi di ausili per ciascun prescrittore da condividere con gli specialisti stessi.

Si intende quindi proseguire la condivisione con i medici specialisti degli indirizzi prescrittivi per dispositivi protesici particolarmente critici in termini di appropriatezza ed efficacia con l'organizzazione di nuove giornate formative per audiologi, oculisti e fisiatri con la partecipazione dei Medici autorizzatori distrettuali.

Un corso sarà effettuato inoltre con gli Specialisti della Fondazione "Don Gnocchi" di Milano a prosecuzione della giornata di lavoro dello scorso 30.10.08.

A seguito della Circolare Regionale n. H1.2008.0022749 dell'11.06.08 avente per oggetto "Erogazione Comunicatori vocali ad alta tecnologia", si è costituito uno specifico tavolo di lavoro coordinato dal SAP al quale partecipano tutte le professionalità interessate per la condivisione delle previste procedure operative e che costituisce un'ulteriore occasione di confronto con gli Specialisti. Nel 2009 tale stretta collaborazione permetterà il costante monitoraggio relativo all'erogazione di questi ausili ad alta tecnologia ed importante impatto economico.

Per quanto riguarda inoltre il paziente diabetico, in considerazione del sempre maggiore impegno di spesa, si prevedono tavoli di confronto con gli Specialisti Prescrittori, i MMG e i PLS sempre finalizzati al controllo dell'appropriatezza prescrittiva e, conseguentemente, dell'impegno economico generato.

Con Atto Dirigenziale n. 536 del 08/10/07 la Ditta Ferrero si è aggiudicata l'appalto per l'affidamento del servizio di gestione del Magazzino Ausili dell'ASL con notevole risparmio economico per la nostra Azienda. La Ditta aggiudicataria era già titolare del servizio di magazzino posto in Comune di Grassano, di conseguenza l'importante funzione di questo servizio è proseguita senza soluzione di continuo e, quindi, senza disagio per i pazienti.

Nell'anno 2009 proseguiranno i consueti incontri mensili con il Responsabile della Ditta, nel corso dei quali si analizzano puntualmente le criticità eventualmente rilevate. Per qualificare ulteriormente il servizio svolto, è garantita la presenza del Tecnico Ortopedico almeno una volta la settimana.

Continueranno con cadenza bi-settimanale anche i controlli da parte della FKT del Settore, che mette a disposizione la propria professionalità al fine di assicurare l'appropriatezza degli ausili assegnati, dopo idoneo ricondizionamento, dal Magazzino con particolare attenzione per gli ausili dell'Elenco 1 del N.T..

Al fine di ottimizzare la formulazione delle prescrizioni, è stato organizzato per il 2009 un incontro presso l'ASL Città di Milano con gli Specialisti prescrittori interessati ed i Medici autorizzatori distrettuali finalizzato alla migliore conoscenza degli ausili dell'Elenco 2 del N.T. come da "Gara di Varese".

Si definirà inoltre, con la Direzione Sanitaria, un questionario di customer satisfaction da somministrare telefonicamente ad un significativo numero di pazienti che abbiano fruito dei servizi del Magazzino Ausili.

E' in programmazione per il 2009 da parte della FKT del Settore la verifica di tutti gli ausili personalizzati forniti a pazienti residenti in tutte le RSA della provincia di Bergamo nel 2008 finalizzata al controllo dell'appropriatezza dell'ausilio assegnato.

Lo scorso anno questa attività ha interessato la verifica presso n. 8 RSA di n. 13 pazienti, che ha evidenziato l'utilizzo appropriato degli ausili assegnati.

Dopo la stesura del "Regolamento per la gestione dell'albo delle aziende Fornitrici di dispositivi protesici dell'ASL della Provincia di Bergamo" in conformità alla Normativa nazionale e regionale, nel mese di dicembre 07, si è svolto un incontro con i titolari di tutte le Ditte Ortopediche operanti sul territorio provinciale. In tale occasione si sono discusse le principali criticità del settore e gli operatori sono stati invitati a trasmettere al SAP entro il 31/01/08 - verificati i requisiti previsti dalla normativa vigente - la conferma della propria iscrizione all'Albo Fornitori dell'ASL.

Anche i titolari delle Ditte Audioprotesiche, convocati successivamente, hanno prodotto documentazione aggiornata ed entro il mese di febbraio 2008 si è proceduto all'aggiornamento dell'Albo Provinciale previa verifica della documentazione autocertificata prodotta.

La verifica documentale ha interessato la totalità delle Ditte Fornitrici.

Si è successivamente avviato il piano dei controlli delle Ditte Ortopediche presenti sul territorio che per il 2008 ha interessato 11 fornitori, dando la precedenza alle Ditte principali e del capoluogo.

Dette ispezioni hanno principalmente evidenziato alcune problematiche relative agli ambienti di lavoro (laboratori ortopedici) e pertanto ci si è avvalsi della collaborazione del competente PSAL del Dipartimento di Prevenzione con cui si sono concordate le più opportune azioni correttive.

La gestione del paziente e la realizzazione dell'ausilio sono risultate nell'insieme corrette. L'esito di tali controlli e le conseguenti prescrizioni sono stati verbalizzati e trasmessi alle Ditte interessate.

Anche in questo settore l'obiettivo regionale tende alla predisposizione di specifiche regole per l'accreditamento dei fornitori i cui Tecnici potranno essere consultati dagli Specialisti che si avvarranno direttamente di tali professionalità per una migliore appropriatezza prescrittiva.

I controlli dei fornitori proseguiranno quindi nel 2009 ed interesseranno, oltre le restanti Ditte Ortopediche anche i Centri di Protesizzazione acustica anche al fine di predisporre la rete informatizzata prevista dalla DGR del 22.12.08 per la cui realizzazione si renderà necessario istituire uno specifico tavolo tecnico con i rappresentanti di categoria.

Area/settore del controllo	Obiettivo 2008	Strumenti	Indicatore	Risultato
Spesa per assistenza protesica maggiore	Flussi informativi di monitoraggio	Report trimestrale di monitoraggio dei dispositivi erogati suddivisi in classi e sottoclassi con evidenziazione delle classi di maggiore spesa. Report trimestrale distrettuale di spesa media per assistito e spesa totale.	Trend temporale di spesa media per assistito (degli ausili acquistati a nuovo e spesa totale).	Esistenza di rilevazione
Stili prescrittivi	Aumento dell'omogeneità prescrittiva	Tavoli con medici prescrittori per monitorare l'attività prescrittiva. Elaborazioni di indicazioni prescrittive per ausili. Reports individualizzati sulle prescrizioni per i medici prescrittori dell'ASL.	% di attuazione degli strumenti	50% degli strumenti
Attività di controllo assistenza protesica	Azioni di miglioramento continuo sulle forniture di ausili dell'elenco 2 e 3	Indagini di customer	% degli utenti che ha ricevuto ausili elenco 2 e 3 intervistato telefonicamente.	30% degli utenti che ha ricevuto ausili 2 e 3 intervistato telefonicamente
	Verifica del mantenimento dei requisiti per l'iscrizione all'albo provinciale da parte dei fornitori di protesi ed ausili allestiti a misura	Ispezioni alle ditte fornitrici di ausili allestiti a misura in ordine di rilevanza per volumi di erogazione all'utenza.	Minimo 10 ispezioni delle ditte fornitrici di ausili allestiti a misura iscritte all'albo provinciale ispezionate in collaborazione con D.P.M.	Verbali ispezioni di tutte le ditte fornitrici di ausili allestiti a misura effettuate nel corso del 2008.
R.S.A.	Controllo dei pazienti che hanno ricevuto ausili personalizzati nell'anno 2007.	Ispezione presso tutte le R.S.A. di residenza dei pazienti serviti	Numero di pazienti serviti	100% controlli effettuati
Controllo andamento spesa diabetica	Verifica andamento spesa in pz diabetici.	Tavoli di confronto con Specialisti prescrittori , MMG e PLS.	Trend temporale di spesa media per assistito.	Rilevazione andamento spesa.

## SERVIZIO DI FARMACOECONOMIA

Che cosa e' stato fatto nel 2008

**Supporto tecnico alla procura regionale della corte dei conti presso la sezione regionale per la regione Lombardia.**

**Analisi dei profili prescrittivi dei medici di cui all'elenco trasmesso dalla Corte dei Conti** nell'ambito della vertenza per ipotesi di danno erariale da iper-prescrizione di farmaci da parte di medici di medicina generale.

Predisposizione di:

- n.4 prime relazioni sull'attività prescrittiva di medici oggetto della sopraccitata istruttoria
- n.4 relazione, in collaborazione con gli specialisti ospedalieri incaricati dal magistrato, con le valutazioni sulle deduzioni di medico oggetto della sopraccitata istruttoria.
- n.3 pratiche con tutta la documentazione richiesta dal magistrato incaricato quale Pubblico Ministero per due udienze per un primo medico e un' udienza per un secondo medico entrambi convenuti in giudizio con atto di citazione da parte della Procura Regionale per la Lombardia della Corte dei Conti.

Ad oggi sono state prese in esame le posizioni di n.10 medici di cui

- n.5 hanno proceduto al pagamento di un importo fissato dalla Corte dei Conti per la definizione *ante causam* della vertenza
- n.2 sono stati citati in giudizio dalla Procura
- n.3 sono oggetto di valutazione da parte del magistrato incaricato quale P.M.

## SCHEDE MEDICO

**Supporto tecnico e metodologico alla Ditta Oslo**, software house incaricata dall'ASL della gestione del data warehouse aziendale.

**Segnalazione di criticità rilevate a livello di banca-dati anno 2007 e collaborazione per il superamento delle stesse**

Sono stati forniti, su richiesta dei distretti, approfondimenti relativi ai profili prescrittivi di singoli medici.

## SCHEDE DI DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO

In totale le schede verificate ed archiviate nel corso del 2008 ammontano a circa 20.000, le schede informatizzate sono n. 3.675 (dato provvisorio a cui vanno aggiunte le schede pervenute in attesa di registrazione e quelle che perverranno nel 2009).

Come si può evincere dal prospetto sotto riportato, nel 2008 è sensibilmente aumentato il numero delle schede di diagnosi e piano terapeutico pervenute allo scrivente servizio e proporzionalmente il numero di schede registrate mentre è diminuito il numero di schede contestate.

L'attività capillare è costante dello scrivente servizio ha sensibilizzato gli operatori delle strutture sanitarie interessate sulla necessità dell'invio sistematico dei moduli e dell'accuratezza nella loro compilazione.

**Il Prontuario delle Dimissioni Ospedaliere informatizzato** realizzato in collaborazione con le strutture ospedaliere della nostra Provincia è **stato implementato poi nel 2008** anche con l'**indicazione** a fianco dei principi attivi prescrivibili a carico del SSN su diagnosi e piano terapeutico di strutture specialistiche individuate dalle Regioni e dalle Province Autonome **di una P che richiama a tale obbligo.**

Cliccando poi sulla P si attiva un link che mette a disposizione immediatamente al prescrittore la scheda corretta da utilizzare e l'elenco degli specialisti e delle strutture autorizzate in Regione Lombardia.

A fronte di un modello standard comune per alcuni principi attivi, esistono, infatti, moduli ad hoc diversi, strutturati in maniera particolare, per le seguenti molecole, cosa che rende più complicato il rispetto della normativa in questione:

- Piano terapeutico AIFA per la prescrizione di Clopidogrel (ex Nota 9 bis)
- Piano terapeutico AIFA per la prescrizione di Eritropoietine (ex Nota 12)
- Piano terapeutico AIFA per la prescrizione di Interferoni (ex Nota 32)
- Piano terapeutico AIFA per la prescrizione di Lamivudina (ex Nota 32 bis)
- Piano terapeutico AIFA per il trattamento con ormone della crescita (GH) (Nota AIFA 39)
- Piano terapeutico per la prescrizione di Colliri antiglaucoma (Nota 78 vigente) secondo indicazioni della Nota regionale prot. H1.2007.0046121 del 29/10/2007
- Piano terapeutico per la prescrizione di Teriparatide o Ormone paratiroideo (Nota 79 vigente)

Schede di segnalazione di diagnosi e piano terapeutico

	2005	2006	2007	2008
Pervenute	11.000	13.000	18.000	20.000
Registrate	2.849	4.128	4.587	3.675 (provvisorio)
contestate	35	26	7	2

**Controlli a campione** sull'esistenza della scheda di segnalazione di diagnosi e piano terapeutico per i farmaci a base di principio attivo DARBEPOIETINAALFA, EPOETINA BETA a fronte di prescrizioni effettuate

**Controlli a campione** sull'esistenza della scheda di segnalazione di diagnosi e piano terapeutico per farmaci soggetti a nota AIFA 39 a fronte di prescrizioni effettuate

**A seguito dei controlli a campione sull'esistenza della scheda di segnalazione di diagnosi e piano terapeutico** è emerso che, per tutti i casi, il medico di cure primarie risultava regolarmente in possesso della sua copia di competenza. Per contro, la criticità era da attribuire all'incompleto debito informativo da parte delle strutture di ricovero e cura. Si è provveduto pertanto a richiamare le strutture interessate al puntuale adempimento delle procedure previste per la corretta gestione delle schede di segnalazione di diagnosi e piano terapeutico

Sono stati trasmessi, alla Direzione del Dipartimento PAC, **i risultati del controllo sulle schede di segnalazione di diagnosi e piano terapeutico dei farmaci Fuzeon, Hepsera e per Sclerosi Multipla, rimborsati in File F.**, per il 2007, effettuato alla luce di quanto disposto dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia con nota prot. H1.2004.0056592 del 09.11.2004 (*"il rispetto dei criteri prescrittivi e la compilazione della scheda di diagnosi e piano terapeutico sono condizioni essenziali per il rimborso dei farmaci attraverso il tracciato record FileF"*) utilizzando il database FileF.

In data 03/07/2008 la Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia con nota regionale H1.2008.0025806 ha comunicato in merito **ai medicinali Hepsera/Fuzeon** quanto segue: "non è più richiesta la compilazione delle schede di diagnosi e piano terapeutico, stante l'interruzione dei relativi programmi di monitoraggio a livello ministeriale".

## **NOTE AIFA**

Trasmissione ai Responsabili di Area Territoriale competenti delle segnalazioni di errata Nota AIFA anno 2008 Gli ultimi tabulati di Santer Spa relativi ad errata segnalazione di nota AIFA pervenuti riguardano il mese di febbraio 2008 (nota Santer di luglio 2008)

## **CONTROLLO A CAMPIONE SULLA CORRETTEZZA DOSAGGIO DEI FARMACI PRESCRITTI SULLA BASE DELLE SCHEDE TECNICHE**

### **Controllo a campione sulla correttezza del dosaggio di farmaci soggetti a nota AIFA n. 79 sulla base delle schede tecniche.**

Sono stati rilevati n. 10 casi di sovradosaggio, segnalati ai Responsabili di Area Distrettuale di riferimento, corredati con tutta la documentazione necessaria, per gli adempimenti di competenza.

## **PRIMO CICLO TERAPEUTICO**

### **Verifiche sulle segnalazioni di dimissione di pazienti senza i farmaci del primo ciclo terapeutico pervenute allo scrivente servizio.**

Nel terzo quadrimestre non sono pervenute segnalazioni di mancata attivazione primo ciclo terapeutico post dimissione ospedaliera

**Elaborazione ed analisi dei dati relativi al numero di primi cicli terapeutici** (Legge 405/01) attivati dalle aziende ospedaliere pubbliche della provincia alla dimissione (anno 2007)

	<b>N° CICLI</b>	<b>SPESA IN €</b>
<b>OSPEDALI RIUNITI</b>	22.621	208.245,09
<b>A.O. BOLOGNINI</b>	16.780	54.747,19
<b>A.O. TREVIGLIO</b>	7.237	36.362,95

## **CONTROLLI SU PRESCRIZIONI DI FARMACI SU RICETTARIO DEL SSN A PAZIENTI RICOVERATI.**

**Per il controllo su eventuali prescrizioni di medicinali con ricettario del SSN a pazienti ricoverati**, si è proceduto ad estrarre i dati relativi alle SDO anno 2007 scegliendo a campione il mese di dicembre (=mese di competenza in cui è collocata la data di dimissione). Sono stati individuati i pazienti il cui ricovero (DRG chirurgico o DRG medico) è iniziato nello stesso mese (data di accettazione: dicembre) ed è durato almeno 20 gg.

Sono stati estrapolati i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti individuati con i criteri suddetti.

Di questi, 30 risultavano avere prescrizioni di farmaci su ricettario SSN nel mese di dicembre.

Dalle verifiche e dalla stampa delle ricette è emerso che:

25 pazienti risultavano avere prescrizioni di farmaci su ricettario SSN fuori dal periodo di ricovero

2 pazienti risultano avere prescrizioni di farmaci su ricettario SSN durante il ricovero

1 paziente, stampata la ricetta indicata sul tabulato, è risultato diverso da quello indicato nella SDO per errori di rilevazione del codice fiscale

2 pazienti hanno avuto una prescrizione su ricettario SSN nel giorno della dimissione da parte Azienda ospedaliera senza attivazione del primo ciclo terapeutico.

**Il risultato del controllo con la documentazione allegata è stata trasmessa al Responsabile del Dipartimento di Programmazione Acquisto e Controllo in data 19/09/2008.**

## **MONITORAGGIO SULLA COMPLIANCE NELLA TERAPIA CON STATINE A PARTIRE DAI DATI DI PRESCRIZIONE**

Analisi e approfondimenti sui dati di utilizzo e di compliance delle statine in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano (SEFAP – Servizio di Epidemiologia e Farmacologia Preventiva del Dipartimento di Scienze Farmacologiche).

Elaborazione di un documento informativo teso ad ottimizzare l'utilizzo di questi farmaci. Sono stati inviati a tutti gli operatori interessati unitamente al documento informativo:

### **1) report a livello provinciale (n.1)**

2) report a livello distrettuale (n. 14 inviati in data 16.06 2008 ai responsabili delle Aree Territoriali)

3) report a livello di singolo medico per ogni paziente in terapia (n. 361 inviati in data 25.07.2008 ad altrettanti Medici di Medicina Generale) così come riepilogato nel seguente schema:

n.114 Distretto di Bergamo  
n.29 Distretto di Grumello  
n.31 Distretto Valle Cavallina  
n.33 Alta Valle Seriana  
n.33 Valle Brembana  
n.51 Romano  
n.70 Treviglio

## **MONITORAGGIO SULLA COMPLIANCE NELLA TERAPIA CON ALENDRONATI**

Analisi in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano (SEFAP – Servizio di Epidemiologia e Farmacologia Preventiva del Dipartimento di Scienze Farmacologiche) dei dati di compliance relativi ai farmaci per l'osteoporosi anche in associazione con i corticosteroidi e predisposizione materiale informativo. Report con aderenze superiori al 100%.

## **CONTROLLI VARI**

Su richiesta sono state effettuate singole verifiche.

### **MONITORAGGIO PRESCRIZIONI FARMACI FUORI BREVETTO**

Monitoraggio costante sulla prescrizione dei medicinali fuori brevetto (medicinali equivalenti):

### **MEDICINALI FUORI BREVETTO - PERCENTUALE CONSUMI IN DDD SUL TOTALE PRESCRIZIONI**

	GEN/2008	FEB/2008	MAR/2008	APR/2008	MAG/2008	GIU/2008	LUG/2008	AGO/2008	SET/2008	OTT/2008
LOMBARDIA	47,8%	47,5%	47,3%	47,1%	46,9%	46,9%	46,7%	47,1%	46,9%	46,7%
BERGAMO	47,4%	47,0%	46,7%	46,6%	46,4%	46,7%	46,7%	47,0%	46,5%	46,4%

Elaborazioni specifiche nell'ambito del Progetto collaborativo tra Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bergamo,

Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti di Bergamo” – “Valutazione dell’efficacia di un intervento integrato per la razionalizzazione della prescrizione ed il controllo della spesa farmaceutica nel territorio dell’A.S.L. di Bergamo”.

#### **CRITICITA’**

**Database Santer con errori** di rilevazione di dati dalle ricette in particolare sul codice fiscale dell’assistito

**Database Aziendale (Reportmed) con errori** generatisi in fase di caricamento dei Dati Santer da CD-Rom sul DWH (Datawarehouse) aziendale

Procedure operative sui controlli (anno 2005 e successivi) non ancora definite.

**La delibera n.513 del 28 settembre 2007 recepisce la procedura applicativa del D.D.G. Sanità Regione Lombardia 11 settembre 2006 – n. 9900, prevede procedure non allineate tra loro, che non sembrano allineate alle indicazioni regionali che la delibera recepisce e non allineate con il Manuale dei Controlli di cui alla Delibera 624 del 30.09.2005 richiamata.**

**Questa ed altre criticità segnalate non sono state ancora superate.**

#### **COSA SI INTENDE FARE NEL 2009**

Prioritariamente, si intende continuare nel lavoro di supporto tecnico alla Procura Regionale della Corte dei Conti presso la Sezione Regionale per la Regione Lombardia. Debbono essere analizzati ancora i profili prescrittivi di 15 medici di cui all’elenco trasmesso dalla Corte dei Conti. Le prescrizioni riguardano medicinali del gruppo A-apparato gastrointestinale e metabolismo, C-sistema cardiovascolare, J-Antimicrobici generali per uso sistemico, M-sistema muscolo-scheletrico (anno 2002-2003-2004)

Supporto tecnico ai distretti per controlli sui prescrittori “critici” sulla base delle procedure ancora in corso di definizione (dall’anno 2005)

La mancata definizione delle procedure è stata segnalata tra le principali criticità del sistema.

Controlli sulla corretta compilazione delle schede di segnalazione di diagnosi e piano terapeutico per i farmaci che ne prevedono l’obbligo (residui 2008 che perverranno nel 2009 e anno 2009).

Controllo a campione sulla esistenza della scheda di segnalazione di diagnosi e piano terapeutico a partire dai dati di consumo.

Controlli segnalazioni di errata Nota AIFA come da nota Regionale Prot. H1.2001.0028628 del 24.04.01 sulla base dei tabulati trasmessi da Santer Spa.

Controlli presso le aziende ospedaliere di dimissioni avvenute senza consegna di farmaci per il primo ciclo terapeutico (Legge 405/01) sulla base delle segnalazioni da parte dei Medici di Cure Primarie (anno 2008).

Monitoraggio sulla compliance nella terapia con statine a partire dai dati di prescrizione analogamente a quanto già realizzato per il 2008.

Monitoraggio sulla compliance nella terapia con alendronati analogamente a quanto già realizzato nel 2008.



Monitoraggio sulla prescrizione dei medicinali fuori brevetto e medicinali equivalenti, in particolare valutazione dei mix prescrittivi là dove sono disponibili o si renderanno tali all'interno della stessa categoria terapeutica farmaci equivalenti, in accordo anche con quanto previsto dalle Regione per le "Regole"2009 (vedi Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2009 – Deliberazione n.VIII/008501 del 26 novembre 2008).

PIANO DEI CONTROLLI ASL BERGAMO

Servizio di Assistenza Farmaceutica Anno 2009

Macro obiettivo	<b>Programma di Controllo delle ricette prive di Nota AIFA in base alla Convenzione Nazionale con le farmacie ed alle indicazioni regionali. Conguaglio economico delle prescrizioni farmaceutiche SSN di farmaci privi di nota CUF (AIFA) anno 2004, 2005, 2006 e 2007.</b>
-----------------	--

in strutture	<b>Le attività si svolgono c/o il SAF ed il Dipartimento PAC - Farmacocontabilità</b>	attività	<b>Fotocopie autenticate delle ricette. Invio alle Farmacie Raccolta delle ricette rese Controllo Registrazione su file excell delle farmacie/ricette/importi da addebitare. Trasmissione del file a Farmacocontabilità (PAC) per addebito finale.</b>
--------------	---	----------	--

azione	Selezione ricette prive di nota AIFA Restituzione alle farmacie per apposizione nota AIFA mancante da parte del medico, se dovuta. Elaborazione contabile delle ricette da addebitare in quanto rimaste prive di Nota CUF (AIFA) e loro addebito alle farmacie.
--------	---

Criticità / Focus	
-------------------	--

Azione concreta da porre in atto	<b>Controllo Stesura verbali Contabilizzazione degli addebiti Comunicazione preventiva ai Farmacisti interessati Contraddittorio con i Farmacisti che lo chiedano Inserimento degli importi in Addebiti/Accrediti nelle distinte dei farmacisti (a cura di Farmacocontabilità/Dip.PAC)</b>
----------------------------------	--

Indicatore di risultato	<b>Addebito/Accredito contabile e Atto Dirigenziale SAF di presa d'Atto di avvenuto controllo e addebito.</b>
-------------------------	---

Articolazione/i coinvolta/e	<b>CFA, SAF e Dipartimento P.A.C.</b>
-----------------------------	---------------------------------------

## Piano dei controlli ASL Bergamo

**Servizio di Assistenza Farmaceutica      Anno 2009**

Macro obiettivo	<b>Controllo tecnico e congruaggio economico delle prescrizioni in farmaceutica convenzionata in regime di SSN, anno 2007 .</b>
-----------------	---

in strutture	<b>SAF Dipartimento PAC - Farmacocontabilità</b>	attività	<b>Controllo tecnico delle ricette farmaceutiche anno 2007 a cura della CFA. Conguaglio contabile delle stesse, a cura degli amministrativi SAF/e Unità Farmacocontabilità (PAC)</b>
--------------	--	----------	--

azione	Controllo tecnico, elaborazione contabile delle ricette valutate.
--------	---

Criticità / Focus	<b>Contraddittori con i Farmacisti che contestano gli addebiti</b>
-------------------	--

Azione concreta da porre in atto	<b>Riunioni della CFA, Controllo Tecnico Stesura verbali Contabilizzazione degli addebiti Comunicazione preventiva ai Farmacisti interessati Contraddittorio con i Farmacisti che lo chiedano Inserimento degli importi in Addebiti/Accrediti nelle distinte dei farmacisti (a cura di Farmacocontabilità/Dip.PAC)</b>
----------------------------------	--

Indicatore di risultato	<b>Addebito/Accredito contabile e Atto Dirigenziale SAF di presa d'Atto di avvenuto controllo e addebito.</b>
-------------------------	---

Articolazione/i coinvolta/e	<b>CFA, SAF e Dipartimento P.A.C.</b>
-----------------------------	---------------------------------------

scheda n°	<b>2</b>
-----------	----------

PIANO DEI CONTROLLI ASL BERGAMO

Servizio di Assistenza Farmaceutica Anno 2009

Macro obiettivo	<b>Vigilanza sul 50% delle Farmacie/Dispensari farmaceutici della Provincia di Bergamo, al fine di garantire la correttezza professionale, amministrativa, giuridica e igienico sanitaria dell'esercizio della Professione di Farmacista in convenzione con il SSN in Provincia di Bergamo.</b>
-----------------	---

in strutture	<b>Farmacie Convenzionate</b>	attività	<b>Ispezioni di Vigilanza</b>
--------------	-----------------------------------	----------	-------------------------------

azione	- Ispezioni a cura della Commissione Provinciale di Vigilanza, coadiuvata da un Ufficiale del Dipartimento di Prevenzione per gli aspetti igienico-sanitari dei locali e della professione. - Verifica adempimenti prescrizioni emesse e pagamento eventuali sanzioni		
--------	--	--	--

Criticità / Focus	<b>Il T.U.LL.SS. del 1938 prevede una ispezione ordinaria ad ogni farmacia ogni due anni. Le Farmacie in Prov. di BG sono 254 + 37 dispensari farmaceutici. Dato l'alto numero, vogliamo allinearci progressivamente al dettame di legge, prevedendo di ispezionare 120 farmacie/dispensari, grazie all'attività di tre Commissioni ispettive.</b>		
-------------------	--	--	--

Azione concreta da porre in atto	Vigilanza ispettiva		
----------------------------------	---------------------	--	--

Indicatore di risultato	<b>Verbali di ispezioni – Sanzioni per inadempienze – Verifica delle misure correttive adottate.</b>		
-------------------------	--	--	--

Articolazione/i coinvolta/e	<b>SAF, Ordine dei Farmacisti e Dipartimento di Prevenzione</b>		
-----------------------------	---	--	--

## Piano dei controlli ASL Bergamo

**Servizio di Assistenza Farmaceutica      Anno 2009**

Macro obiettivo	<b>-Vigilanza sui SERT dell'ASL di BG riguardo la tenuta degli Stupefacenti e dei Registri di entrata ed uscita.</b> <b>-Vigilanza sugli armadi farmaceutici dei Servizi Distrettuali ASL.</b>
-----------------	---

in strutture	<b>- SERT</b> <b>- Altri Servizi Distrettuali ASL ( S.Vaccinali, S.Continuità Assistenziale, ADI,S.Veterinari,ecc.)</b>	attività	<b>- Ispezioni sulla gestione degli stupefacenti e controllo dei registri di entrata ed uscita delle sostanze stupefacenti e psicotrope.</b> <b>- Ispezioni sulla corretta conservazione di farmaci, dispositivi medici presso Servizi Distrettuali dell'ASL.</b> <b>-Previste n.13 ispezioni delle quali n.5 c/o i SERT e n.8 c/o altri Servizi).</b>
--------------	--	----------	--

azione	Ispezione a cura del SAF nei SERT e nei Servizi dell'ASL, secondo procedure.
--------	--

Criticità / Focus	<b>Non ci sono particolari criticità.</b>
-------------------	---

Azione concreta da porre in atto	<b>Ispezioni c/o le Strutture identificate e non oggetto di vigilanza nel 2008</b>
----------------------------------	--

Indicatore di risultato	<b>Verbali di ispezione</b>
-------------------------	-----------------------------

Articolazione/i coinvolta/e	<b>SAF, Dipartimento delle Dipendenze, Distretti ASL.</b>
-----------------------------	---

scheda n°	<b>4</b>
-----------	----------

**PIANO DEI CONTROLLI ASL BERGAMO**

**Servizio di Assistenza Farmaceutica**

**Anno 2009**

Macro obiettivo	<p><b>Programma sperimentale 2009 per la Definizione della Procedura di Controllo delle ricette SSN scritte a mano e illeggibili.</b></p> <p><b>L'attività sarà possibile grazie all'archivio informatizzato SANTER delle ricette SSN, con possibilità di ricerca ricette di cui non è stato individuato l'assistito o con dati parzialmente non leggibili. Tale archivio informatizzato deve essere installato presso il SAF nel corso dell'anno 2009.</b></p>
-----------------	---

in strutture	<p><b>Le attività si svolgono c/o il SAF ed il Dipartimento PAC - Farmacocontabilità</b></p>	attività	<p><b>Ricerca ricette assistito "99999", e loro stampa.</b></p> <p><b>Controllo da parte del SAF (un Farmacista + un Amministrativo).</b></p> <p><b>La procedura dovrà individuare le diverse tipologie di ricette non leggibili in parte o completamente per gli identificativi del paziente E le relative procedure di regolarizzazione o di addebito alle Farmacie.</b></p> <p><b>Registrazione su file excell delle farmacie/medici/ricette/importi da addebitare.</b></p> <p><b>Trasmissione del file a Farmacocontabilità (PAC) per addebito finale.</b></p>
--------------	--	----------	--

azione	<p><b>Selezione e stampa ricette assistito "99999" con programma SANTER.</b></p> <p><b>In attesa del programma SANTER, il SAF inizia il controllo delle ricette anno 2004/2005 sulle farmacie rispetto alle quali sono pervenute segnalazioni di irregolarità da parte degli Organi vigilanti.</b></p> <p><b>Elaborazione contabile delle ricette rimaste prive di assistito riconoscibile da addebitare alle farmacie con eventuale segnalazione all'A.G.</b></p>
--------	--

Criticità / Focus	<p><b>Elevato numero delle ricette SSN illeggibili</b></p> <p><b>Indispensabilità programma SANTER</b></p> <p><b>Soggettività del giudizio.</b></p> <p><b>Impossibilità di invio alla CFA per superamento tempi previsti dall'ACN</b></p> <p><b>Tale tipo di controllo è "sperimentale" per il 2009</b></p>
-------------------	---

Azione concreta da porre in atto	<b>Definizione della procedura</b> <b>Selezione ricette "99999" e loro controllo</b> <b>Stesura verbali</b> <b>Contabilizzazione degli addebiti</b> <b>Comunicazione preventiva ai Farmacisti interessati</b> Inserimento degli importi in Addebiti nelle distinte dei farmacisti (a cura di Farmacocontabilità/Dip.PAC)
----------------------------------	---

Indicatore di risultato	<b>Addebiti contabili e Atto Dirigenziale SAF di presa d'Atto di avvenuto controllo e addebito.</b>
-------------------------	---

Articolazione/i coinvolta/e	<b>SAF e Dipartimento P.A.C.</b>
-----------------------------	----------------------------------

scheda n°	<b>5</b>
-----------	----------

## FILE F

### Attività effettuata nel 2008:

La spesa connessa ai farmaci rendicontati attraverso il cosiddetto “file F” si conferma in costante aumento ad ricondurre all'introduzione di farmaci innovativi di costo particolarmente elevato per la terapia dei soggetti sieropositivi e dei pazienti oncologici.

L'introduzione di questi nuove farmaci ha, poi, modificato la prospettiva di vita dei pazienti così che oggi un paziente sieropositivo in terapia ha sostanzialmente la stessa speranza di vita di un soggetto coetaneo per cui la coorte di soggetti in terapia tende ad aumentare nel tempo poiché purtroppo ancora non si è riusciti ad azzerare l'incidenza di nuovi casi. Dal punto di vista economico quanto affermato si riflette nel “file F” che evidenzia il costante aumento del costo dei farmaci in tipologia 1.

Meno evidente è l'effetto sulla sopravvivenza dei farmaci innovativi per la terapia dei pazienti oncologici (tipologia 5) per cui l'aumento di costo osservato è più da ricondurre all'estensione delle indicazioni per cui questi farmaci hanno ottenuto l'immissione in commercio come si evidenzia dall'aumento del costo della tipologia 3.

TARIFFA	ANNO		Totale complessivo
TIPOL_FARMACO	2007	2008	
1-Tipo Farmaco - 1	18.452.079,37	22.113.394,71	40.565.474,08
2-Tipo Farmaco - 2	3.400.832,35	3.371.832,53	6.772.664,88
3-Tipo Farmaco - 3	506.502,19	1.492.330,57	1.998.832,76
4-Tipo Farmaco - 4	1.104.328,54	1.041.950,02	2.146.278,56
5-Tipo Farmaco - 5	6.454.196,05	6.104.249,76	12.558.445,81
6-Tipo Farmaco - 6	2.542.800,80	3.280.598,45	5.823.399,25
7-Tipo Farmaco - 7	22.074,76	155.534,84	177.609,60
9-Tipo Farmaco - 9	168.966,70	74.915,86	243.882,56
11-Tipo Farmaco - 11	272.980,62	307.422,41	580.403,03
10-Tipo Farmaco - 10	1.219.342,44	1.729.976,34	2.949.318,78
<b>Totale complessivo</b>	<b>34.144.103,82</b>	<b>39.672.205,49</b>	<b>73.816.309,31</b>

Nel corso del 2008 quanto rendicontato è stato oggetto di monitoraggio costante con discussione dei dati rilevati in ogni incontro di budget avvenuto con le strutture erogatrici. L'attività sul campo è stata finalizzata, in accordo con le indicazioni regionali (DGR 5743 del 31.10.2007), al monitoraggio dell'impiego dei farmaci ad alto costo, in primis i farmaci oncologici con scheda AIFA indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione: sono stati esaminati tutti i record inerenti ai farmaci chemioterapici, l'appropriatezza dell'erogazione del farmaco rispetto alle indicazioni di impiego AIFA, la presenza della scheda di monitoraggio e la corrispondenza tra erogazione/quantità somministrata e rendicontazione verificando contemporaneamente anche le cartelle cliniche relative agli accessi in day hospital (2.406 cartelle esaminate) per la chemioterapia.

Non sono state evidenziate criticità: i farmaci oncologici innovativi risultano impiegati in accordo con le indicazioni AIFA ed il loro impiego viene segnalato utilizzando le schede di monitoraggio richieste.



Sintesi dei controlli effettuati sul campo:

TIPO DI ATTIVITA'	RECORD CONTROLLATI	CARTELLE CLINICHE CONTROLLATE	VALORIZZAZIONE
CONTROLLI PRESSO STRUTTURE	17.846	2.406	6.284.669,92

Sono stati inoltre verificati a campione

- l'utilizzo di farmaci ad alto costo per la terapia dei pazienti sieropositivi,
- dei farmaci ad alto costo per il trattamento dei soggetti epatopatici,
- l'utilizzo della tossina botulinica,
- l'utilizzo dei farmaci per il trattamento della degenerazione maculare.

Gli errori di rendicontazione rilevati nei controlli sono stati corretti secondo la procedura indicata dalla nota protocollo H1.2008.12810 del 27 marzo 2008 della Direzione Generale Sanità (campo "destinazione record" il valore M – record modificato a seguito di controlli).

**Attività programmata per l'anno 2009:**

Come da indicazioni dalla DGR 8501 del 26.11.2008 l'attività di controllo per il File F verterà sulle prescrizioni/erogazioni dei farmaci oncologici con scheda AIFA indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione oltre ad una verifica a campione complessiva di quanto rendicontato. Proseguirà e verrà affinato il monitoraggio di quanto rendicontato anche attraverso l'utilizzo integrato dei flussi informativi correlati (SDO, prestazioni ambulatoriali e farmaceutica territoriale).

## DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICO

### Piano integrato per le attività di prevenzione e controllo anno 2009

Le azioni e attività di prevenzione per l'anno 2009 proseguiranno in continuità con la programmazione già avviata nel 2008.

Riferimenti per la programmazione 2009:

- Deliberazione Giunta Regionale n. VIII/8501 del 26 novembre 2008: “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2009”;
- Circolare Regole del 16 dicembre 2008: “Indicazioni relative all'applicazione della D.G.R. 26 novembre 2008 n. VIII/8501 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2009”;
- Circolare n. 19/SAN del 20 novembre 2008: “Linee di indirizzo per l'aggiornamento dei Piani integrati di prevenzione e controllo annualità 2009 e indicazioni per la rilevazione dell'attività svolta nel 2008”;
- Circolare n. 21/SAN del 3 dicembre 2008: “Linee di indirizzo per l'aggiornamento dei Piani integrati locali degli interventi di promozione della salute - annualità 2009 e indicazioni per la rilevazione dell'attività svolta nel 2008”;
- ASL di Bergamo “Piano integrato di prevenzione e controllo 2008-2010”..

In particolare per l'attuazione del “Piano integrato dei controlli” continuerà la stretta collaborazione di tutte le strutture dell' ASL (Dipartimento Veterinario, Dipartimento Programmazione Acquisto e controllo, Dipartimento ASSI) che ha consentito ad esempio il raggiungimento dell'obiettivo dei controlli sulla sicurezza del lavoro che il solo Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro non avrebbe potuto realizzare.

Fermo restando che i volumi complessivi delle attività resteranno quelli previsti nel presente documento, ci riserviamo di attivare un Gruppo di Lavoro (si veda nota allegato n. 1) per la “definizione di strumenti di analisi per il processo di programmazione del DPM e del DPV” e di operare nel corso del primo semestre 2009 uno “spostamento” di iniziative verso i processi / tipologie di insediamento a maggior rischio, in rapporto ai risultati dei lavori del gruppo.

## **Sanità Pubblica**

### **PREVENZIONE E PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE**

#### **Coperture vaccinali e Anagrafe vaccinale:**

L'ASL di Bergamo, con delibera n. 371 del 30 giugno 2006, ha adottato il Piano Attuativo Locale denominato "Organizzazione locale delle vaccinazioni dell'età infantile e dell'adulto dell'ASL di Bergamo", che contiene la programmazione delle attività vaccinali.

Nel corso del 2008 è stato attuato il processo di verifica e aggiornamento dei dati vaccinali corretti per le coorti 1990-1999 nel sistema informatizzato aziendale e in data 4 luglio 2008 sono stati trasmessi alla Regione Lombardia i dati vaccinali informatizzati 2000-2007, corretti e verificati come da richiesta regionale.

La campagna di vaccinazione antinfluenzale 2008-09 si è svolta con l'ausilio dei medici di medicina generale, utilizzando oltre 160.000 dosi di vaccino, in aumento rispetto al precedente anno.

Come previsto dalle delibere regionali, è iniziata la chiamata delle ragazze nate nel 1997 per l'esecuzione della vaccinazione contro il papilloma virus (HPV).

Sono stati realizzati i report sulle coperture vaccinali, articolati per Distretti Socio Sanitari: le coperture a 24 mesi rispettano gli obiettivi regionali; le coperture relative ai richiami dell'età 5-6 anni sono soddisfacenti, essendo prossime agli obiettivi, mentre il richiamo dei 15 anni, pur migliorato rispetto agli anni precedenti, necessita di ulteriore impegno per adeguare la copertura.

<u>Coperture Vaccinali da archivio informatizzato rilevate a inizio Gennaio 2009</u>	2001	2006
<b>Antipolio</b> 1° dose		
2° dose		
3° dose		<b>97,20%</b>
4° dose		
<b>Antitetanica</b> 1° dose		
2° dose		
3° dose		<b>97,71%</b>
4° dose	<b>94,37%</b>	
<b>Antidifterica ped.</b> 1° dose		
2° dose		
3° dose		<b>97,67%</b>
4° dose	<b>93,10%</b>	
<b>Antipertosse</b> 1° dose		
2° dose		
3° dose		<b>97,38%</b>
4° dose	<b>92,05%</b>	
<b>Antiepatite B ped.</b> 1° dose		
2° dose		
3° dose		<b>97,42%</b>
<b>Antihaemophilus</b> 1° dose		
2° dose		
3° dose		<b>95,80%</b>
<b>Antimorbillo</b> 1° dose	<b>95,94%</b>	<b>95,29%</b>
2° dose	<b>92,08%</b>	
<b>Antiparotite</b> 1° dose	<b>95,57%</b>	<b>95,02%</b>
2° dose	<b>89,99%</b>	
<b>Antirosolia</b> 1° dose	<b>95,62%</b>	<b>95,02%</b>
2° dose	<b>90,09%</b>	
<b>Antidiftotetanica anno 1991</b>		
<b>Antitetanica</b>	<b>87,70%</b>	
<b>Antidifterica</b>	<b>87,10%</b>	

Nella tabella seguente sono evidenziati, suddivisi per Distretto, il numero di soggetti regolarmente vaccinati a 24 mesi ( 1° riga), il numero di soggetti residenti ( 2° riga) e la relativa percentuale di copertura vaccinale.

TOTALE COMPLESSIVO ANNO 2008 (dato fornito per i FLUSSI MINISTERIALI - Ministero della Salute)	BERGAMO	DALMINE	SERATE	GRUMELLO	VALLE CAVALLINA	MONTE BRONZONE - BASSO SEBINO	ALTO SEBINO	VALLE SERIANA	VALLE SERIANA SUPERIORE E VALLE DI SCALVE	VALLE BREMBANA	VALLE IMAGNA E VILLA D'ALME	ISOLA BERGAMASCA	TREVIGLIO	ROMANO DI LOMBARDIA	totale anno 2008
11.383	1.259	1.598	796	587	650	336	288	992	412	361	554	1.435	1.152	963	11.383
11.639	1.313	1.633	807	606	655	343	291	1.016	420	369	570	1.469	1.176	971	11.639
97,8%	95,9%	97,9%	98,6%	96,9%	99,2%	98,0%	99,0%	97,6%	98,1%	97,8%	97,2%	97,7%	98,0%	99,2%	97,8%

### **Obiettivi anno 2009:**

1) a livello dei Distretti devono essere raggiunte le coperture vaccinali previste dalle indicazioni regionali cioè:

per la coorte residenti nati 2007: Vaccino esavalente (polio-difto-tetano-pertosse-epatite B-HIB) copertura >95%; MPR (Morbillo- Parotite – Rosolia) 1° dose > 95%);

Coorte residenti nati 2003: MPR (Morbillo-Parotite-Rosolia) 2° dose copertura >90%; Polio 4° dose > 95%;

Per altri soggetti appartenenti a categorie a rischio: copertura >70% in soggetti 0-18 aa , secondo le rispettive patologie come definito dal Piano Regionale Vaccini, su denominatore Banca Dati Assistiti.

2) completamento della funzionalità del sistema informatizzato di controllo della attività vaccinale, con trasmissione dei dati a partire dal 1991.

### **Sorveglianza e controllo malattie infettive**

**Sviluppo della applicazione del programma MAINF:** si garantirà la corretta e completa registrazione informatizzata delle malattie infettive secondo le disposizioni regionali attraverso i dati acquisiti con le inchieste epidemiologiche. Si predisporranno report periodici (2/anno) sulle malattie trasmissibili da diffondere a tutti gli operatori sanitari interni ed esterni all' ASL ( MMG, PLS, Ospedali, RSA...). Si prosegue il coinvolgimento delle AO pubbliche e private per garantire la possibilità di identificare tramite tipizzazione i ceppi di pneumococco, meningococco e salmonelle isolati durante le indagini. Lo stesso sarà perseguito per la sierologia dei casi di morbillo.

**Eradicazione Morbillo e Rosolia congenita secondo indicazioni regionali:** per il Morbillo: inchiesta epidemiologica, conferma sierologica dei casi, profilassi dei contatti. Rosolia congenita: compilazione in collaborazione con i medici clinici ospedalieri delle schede di sorveglianza specifiche. Le attività vaccinali sono in capo ai Distretti SS.

**Profilassi del Viaggiatore internazionale:** aggiornamento di alcune procedure relative alle vaccinazioni. Organizzazione di due corsi per il personale su competenze aggiornate di tecniche di rianimazione per minori e per adulti in caso di reazioni avverse gravi. Un corso di formazione (su indicazione della DS e aperto anche a medici ospedalieri, MMG e PLS ) sulle problematiche legate alle malattie di importazione (iniziativa sinergica con altre indirizzate ad azioni di prevenzione vs. cittadini stranieri immigrati (\*). Aggiornamento del sito web dell'ASL.

**Sorveglianza sanitaria Infezione Tubercolare** con particolare riguardo alla popolazione straniera(\*). Oltre alla sorveglianza di routine della Malattia Tubercolare per i casi segnalati, si svilupperà la sorveglianza della diffusione della stessa con particolare attenzione alla *popolazione infantile (3- 14 anni) extracomunitaria*,(\*). Ciò al fine di valutare la circolazione dell'infezione nel target individuato e di anticipare la diagnosi tra i famigliari e conviventi.

**Sorveglianza sanitaria sulle patologie infettive a trasmissione fecale-orale con particolare riguardo alla popolazione straniera: (\*)** Verrà attivato un progetto per favorire la vaccinazione gratuita anti-epatite A a tutti i minori fino all'età di 14 anni, in modo particolare per la popolazione extracomunitaria. Proporremo inoltre la vaccinazione antitifica gratuita per i bambini extracomunitari (\*), che si recano nei Paesi di origine.

**Sorveglianza sanitaria carcere:** procedere nella sorveglianza secondo le modalità previste dal protocollo specifico regionale. Sarà coinvolta l'A.O Ospedali Riuniti di Bergamo, individuata dalla Regione come struttura per la gestione delle problematiche sanitarie penitenziarie.

#### **Prevenzione e controllo dell'AIDS e delle Malattie a Trasmissione Sessuale (MTS)**

Si collabora con la Provincia, il SMPdC e gli operatori dell'area consultoriale al progetto curriculare di educazione alla affettività e sessualità rivolto alle scuole primarie e secondarie. Si favorirà la diffusione di materiale informativo a tutta la popolazione, con particolare attenzione per le categorie considerate più a rischio, secondo i dati epidemiologici correnti. Agli stessi verrà favorita l'adesione al test per HIV.

#### **Screening mammografico:**

**Obiettivo:** attuazione della DGR n. 8501/2008 che prevede estensione della copertura superiore al 90% delle donne tra i 50 e i 69 anni e il rispetto del periodismo di chiamata biennale. Tasso di adesione corretta superiore al 60%. (è prevista per il 2009 la sostituzione del programma applicativo in uso e la centralizzazione della chiamata diretta da parte dell'ASL).

#### **Screening dei tumori del colon retto**

**Obiettivo:** attuazione della DGR n. 8501/2008 che prevede estensione al 100% della copertura dei soggetti (uomini e donne) di età compresa fra i 50 e i 69 anni e il rispetto del periodismo di chiamata biennale. Tasso di adesione corretta superiore al 30%.

**Screening del carcinoma del collo dell'utero:** Stiamo valutando la possibilità di organizzare un "centro unico di prenotazione dei pap-test di prevenzione" in collaborazione con i Consultori dell'ASL. L'obiettivo è quello di razionalizzare l'accesso ai 15.000 pap-test/anno che vengono erogati a livello dei Consultori ASL in modo da privilegiare le donne che ne fanno un uso appropriato (per età e periodicità) sempre in un contesto di accesso spontaneo. Occorre considerare che gli attuali livelli erogativi sono oggi arrivati ad un limite quantitativo non superabile. Entro questo quadro occorre ottimizzare le forme di utilizzo del test a scopo preventivo e monitorare adeguatamente i risultati clinici e di prevenzione.

### **IGIENE E SICUREZZA AMBIENTI DI VITA**

- Le evidenze scientifiche, i dati di letteratura, i dati ambientali e sanitari locali (epidemiologici), la numerosità e vulnerabilità degli esposti ai fattori di rischio ambientale inducono a sviluppare i seguenti ambiti di azione:

**Piani di governo del Territorio – VAS- Regolamenti Edilizi** - Mantenimento e rafforzamento della attività già svolta nel 2008 di valutazione e di espressione osservazioni e pareri promuovendo e realizzando presso i comuni il concorso in fase di

formazione degli strumenti di pianificazione e di governo del territorio. Sono previste 507 attività di concorso, valutazione osservazione e proposta su PGT, VAS, PA e 113 attività di supporto, concorso e parere su Regolamenti Edilizi Comunali.

**Sicurezza degli ambienti confinati** - Sviluppo operativo delle azioni di controllo mediante sopralluoghi di vigilanza e/o verifiche di adeguamento su almeno 1.485 impianti elettrici e termici in unità abitative anche tramite rilevazione di CO. Una particolare attenzione verrà rivolta a categorie maggiormente a rischio quali i soggetti anziani e all'utenza di Extracomunitari (\*) per i quali prevediamo di sperimentare modalità di formazione sui rischi domestici in collaborazione con le rispettive comunità etniche.

**Balneazione** - Mantenere i livelli prestazionali del 2008, attraverso una azione sinergica tra le ASL di Brescia e Vallecamonica (soprattutto mirata alle acque del Lago d'Iseo e di Endine) al fine di istituire un programma unico dei controlli e l'utilizzo delle medesime metodiche per le analisi in ossequio alle novità normative. Riclassificazione dei siti destinati alla balneazione, proseguimento della attività di informazione rivolta alla popolazione ed alle amministrazioni comunali.

**Legionella** – Realizzazione di un piano di controllo e campionamento presso le varie strutture ( soprattutto ricettive, sanitarie, sportive e ricreative), effettuando n. 664 campioni.

**Piscine ad uso pubblico o aperte al pubblico** – Rafforzamento dei risultati conseguiti circa la qualità igienico sanitaria e la sicurezza delle strutture. Verifica corretta applicazione e implementazione procedure di autocontrollo. E' prevista l'effettuazione di 318 controlli/ispezioni e il prelievo/analisi di 960 campioni per determinazioni chimiche e microbiologiche.

**Igiene suolo e abitato** –L'attività concorre a garantire adeguate condizioni di igiene e salubrità dell'ambiente libero e degli ambienti confinati, attraverso appropriati e qualificati interventi e provvedimenti impostati su criteri di evidenza, appropriatezza ed efficacia. Sono previsti circa 600 attività/interventi.

**Attività turistiche, ricettive, sportive, commerciali e di servizio alla persona** – L'obiettivo 'e' quello di prevenire i rischi per la salute pubblica relativi a vari fattori di rischio derivanti da inadeguati requisiti strutturali, impiantistici, gestionali, di commercializzazione prodotti e materiali igienicamente non sicuri ecc. Sono previste 460 attività di controllo.

**Esposizione a Raggi Ultra Violetti** – rilevazione dei principali dati tecnici delle apparecchiature presenti nei Centri di trattamento estetico, e verifica del corretto uso delle stesse, il n. delle strutture da controllare è 277.

**Cosmeticosorveglianza** - Raccolta e gestione dei dati sugli eventi avversi: secondo le disposizioni regionali verrà seguita tutta la fase di raccolta dei dati sugli eventi avversi, anche per le ASL di Lodi e di Milano 3. Verranno inoltre effettuati controlli nelle realtà produttive della provincia, con particolare attenzione ai negozi etnici (\*) e ai centri estetici.

**Extracomunitari (\*)** - Promozione della cultura della sicurezza attraverso attività di controllo integrate da iniziative di formazione da sperimentare in contesti definiti e in collaborazione con l'Unità Operativa Interculturalità dell'ASL di Bergamo. Questa, attraverso convenzioni con amministrazioni comunali, comunità montane e istituti scolastici, realizza interventi di mediazione culturale, di formazione interculturale agli operatori e di supporto tecnico, progettuale e di coordinamento per gruppi di lavoro sull'immigrazione.

Si prenderanno in considerazione le condizioni igienico sanitarie e di sicurezza delle abitazioni (soprattutto in vista dei ricongiungimenti familiari), i centri di vendita (bazaar) specie per prodotti destinati all'igiene della persona o all'infanzia.

**Igiene Ambientale** - per progetti Amianto, Radon, SIA, VIA e per situazioni di particolare interesse locale sono state individuate circa 2500 ore di attività.

(\*) Come si può osservare vengono evidenziate iniziative diverse tutte convergenti verso aspetti sanitari legati all'immigrazione. L'insieme delle azioni intende combinare controllo e promozione della salute per rendere più efficace l'intervento di prevenzione verso un'utenza crescente per numero e complessità.

## **SICUREZZA NELLE STRUTTURE SANITARIE, SOCIO SANITARIE E SOCIO ASSISTENZIALI**

Proseguirà nel 2009, il programma già iniziato nel corso del 2008, che prevede di orientare l'attività di vigilanza, alla verifica dei requisiti attinenti la "sicurezza" delle strutture sanitarie, intesa in senso lato: sicurezza impiantistico-edilizia, adeguatezza della dotazione organica, corretta applicazione delle procedure inerenti la gestione di eventi e situazioni critiche.

### **Strutture sanitarie private:**

-Si prevede, conformemente a quanto stabilito dalla DGRVIII/1743/06, verifica annuale dei servizi trasporto infermi e dei mezzi di trasporto :

-Verifica del possesso dei requisiti autorizzativi nelle strutture poli/ambulatoriali di nuova attivazione

**-Verifica del mantenimento dei requisiti autorizzativi nelle strutture esistenti, ponendo particolare attenzione a: presenza e corretta applicazione delle procedure di sterilizzazione e manutenzione impianti e attrezzature; tenuta farmaci e presidi soggetti a scadenza; gestione delle emergenze cliniche (obiettivi: verificare i requisiti di sicurezza impiantistica, rischio biologico, rischio clinico).**

### **Strutture sanitarie accreditate**

Continuerà la verifica dei requisiti di igiene e sicurezza in aree critiche. Per il 2009 l'attenzione verrà posta su:

-Blocchi parto (obiettivo: verifica della presenza e corretta applicazione procedure di sanificazione degli ambienti, gestione delle emergenze- es. effettuazione corsi BLS pediatrico, tenuta dei farmaci, corretta gestione dei DPI)

-Verifica del mantenimento dei requisiti in ambulatori in cui venga erogata la branca specialistica di Odontoiatria (obiettivi: verifica processo di sterilizzazione dello strumentario, tenuta dei farmaci, titoli del personale)

Inoltre:



- verrà effettuato un monitoraggio dello stato di avanzamento lavori nelle strutture di ricovero e cura in possesso di decreto regionale di proroga dei requisiti strutturali e tecnologici;
- verifica del possesso dei requisiti autorizzativi e/o di accreditamento nelle strutture di nuova attivazione

AMBITI DI INTERVENTO	STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE	NUMERO INTERVENTI PROGRAMMATI
STRUTTURE SANITARIE PRIVATE	SISP/SISL	90
TRASPORTO SANITARIO (verifica mezzi)	SISP	100
STRUTTURE SANITARIE ACCREDITATE	SISP/SPSAL/SISL/DIP. PAC	40

Restano fermi i progetti specifici di controllo sulle strutture socio-sanitarie di competenza “specialistica” di Servizi del Dipartimento di Prevenzione (Progetto PAL, Piano alimenti per le ristorazioni collettive, controlli sugli impianti, progetti di sorveglianza per la prevenzione delle infezioni in ambienti comunitari e Legionellosi ...).

In applicazione dei disposti delle DGR n. 8559 del 3.XII.2008 e n. 8799 del 30.XI. 2008, verrà monitorato nelle RSA lo stato di avanzamento e la conclusione dei Piani di Adeguamento agli standard strutturali. Si prevedono controlli su 25 strutture.

Inoltre verranno inclusi nell’attività di controllo: i Centri Diurni Integrati per Anziani e i Centri Diurni per Disabili che complessivamente comporteranno circa 70 controlli.

**RSA- Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie pubbliche e private accreditate:** alla luce della nuova Legge Regionale 38/2008, si prevede il controllo per la prevenzione delle malattie infettive trasmesse da nebulizzazione di acqua, (anche solo documentale) del 30% (pari a circa 30 controlli) delle strutture presenti nella provincia di Bergamo.

Per le modalità operative si resta in attesa della emanando DGR Regionale.

Infine si è programmata una azione di controllo sulle strutture Socio-Assistenziali per l’infanzia in collaborazione con i Servizi del Dipartimento per un totale di 50 interventi.

## **Salute e Ambiente**

### **Analisi del contesto ambientale e definizione delle priorità di azione**

Le evidenze scientifiche, i dati di letteratura, i dati ambientali e sanitari locali (epidemiologici), la numerosità e vulnerabilità degli esposti ai fattori di rischio ambientale, invitano ad orientano gli sforzi delle azioni di prevenzione classificate come media o medio alta priorità, sui seguenti fattori di rischio ambientali:

- prevenzione rischio radon (priorità medio-alta);
- qualità dell’aria - polveri sottili (Pm10), inquinamento atmosferico e traffico veicolare, pur evidenziandosi un trend in miglioramento negli ultimi anni per i principali inquinanti atmosferici si ritiene di poter classificare come media le priorità di azioni di prevenzione a causa delle ubiquitarità del fattore di rischio e della numerosità della popolazione esposta . Necessario approfondire la validità ed il peso degli indicatori utilizzati per spiegare gli effetti sanitari (dati di mortalità e ricoveri) e ricercare eventuali indicatori più coerenti e mirati (Indicatori ambientali e biologici di esposizione o di effetto precoce).

- Prevenzione allergie respiratorie da pollini (Ambrosia) : interventi classificabili come media priorità:
- molestie olfattive (zona di Trescore-Valle Cavallina, zona Ghisalba-Urgnano media pianura bergamasca, zona dell'Isola Bergamasca –Ambivere /Mapello ): media priorità
- contaminazione delle acque di rete e falde da inquinanti chimici : Carbamazepina e DMZ , Cromo e nitrati (zona di Treviglio - bassa Bergamasca), Freon (zona dell'Isola Bergamasca), TEP e TMPC (zona di Trescore-Valle Cavallina e zona di Treviglio-bassa Bergamasca) (alta priorità);
- Balneazione: azioni migliorative su siti non balneabili (azione media priorità)
- Radiazioni ionizzanti ad uso industriale e medico ( la priorità degli interventi medio- bassa).
  - Sorgenti radioattive ad alta attività (priorità degli interventi alta)
- Gestione emergenze
  - Maxiemergenze (media priorità)
    1. Aggiornamento Documento ASL per la Gestione delle maxiemergenze sanitarie;
    2. Aggiornamento Piano locale per le Emergenze Nucleari (in collaborazione con ARPA, Prefettura e Commissione provinciale per la protezione della popolazione da radiazioni ionizzanti)
  - microemergenze come eventi sentinella : media priorità
  - Aziende a rischio di incidente rilevante : alta priorità.

## 1. Qualità dell'aria

### 1.1. Inquinamento atmosferico

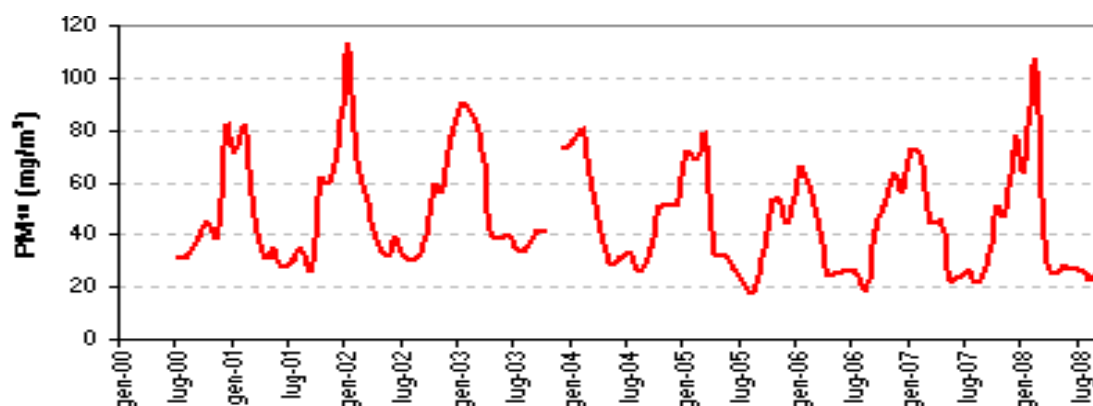
In sintesi si osserva negli ultimi anni una

- riduzione delle concentrazioni di SO<sub>2</sub>;
- NO<sub>x</sub>: Dal 1991 riduzione delle concentrazioni;
- decremento delle concentrazioni di polveri totali (PTS)
- Lieve decremento delle concentrazioni di PM 10;
- Le concentrazioni di Ozono fanno ancora registrare numerosi superamenti nella stagione ESTIVA;
- CO :dal 1990 la riduzione delle concentrazioni è connessa all'introduzione di veicoli catalizzati

Variazioni PM10 2000 – 2008 (FONTE ARPA)

Il decremento delle concentrazioni di PM 10 è attribuibile:

- Adozione miglior tecnologia (D.P.R. 203/88)
- Al trasferimento delle industrie
- Alla riduzione delle emissioni di inquinanti primari (ossidi di Zolfo e ossidi di Azoto)
- Al rinnovo del parco auto circolante



**Tabella Tematica variazioni tendenziali dei principali inquinanti atmosferici misurati dalle centraline della provincia di Bergamo (Fonte ARPA)**

#### Confronto statistico 2006 - 2007

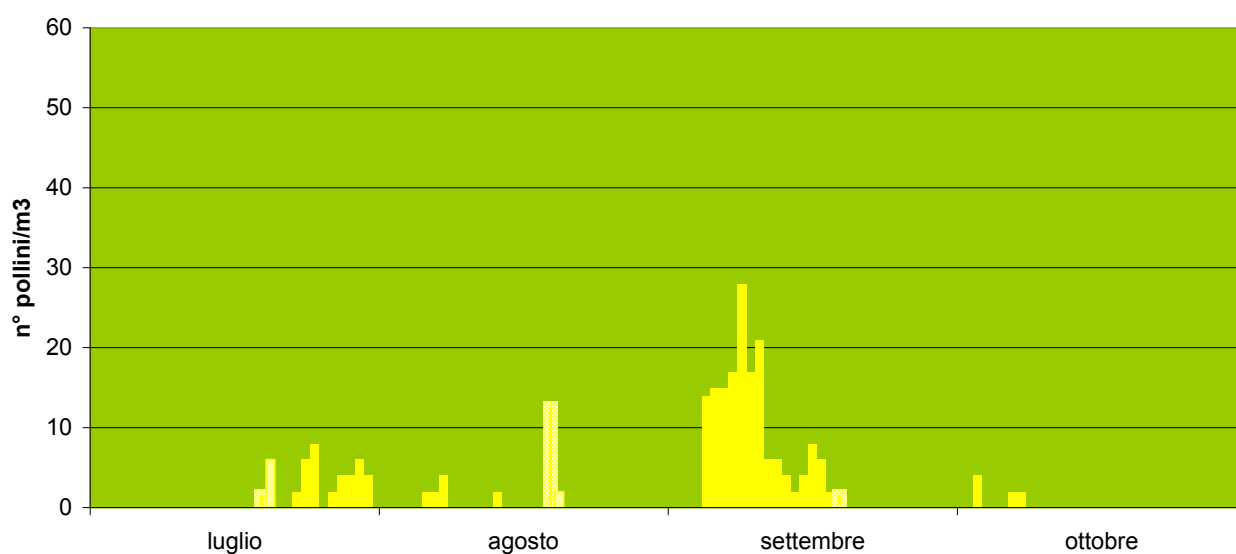
Stazioni	SO <sub>2</sub>	NO <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	CO	PTS	PM10	PM-2,5	Benzene
Meucci								
Garibaldi								
Dalmine								
Costa Volpino								
Tavernola								
Ponte S. Pietro								
Seriate								
Treviglio								
Ciserano								
Filago								
Marne								
Filago Centro								
Goisis								
Osio Sotto								
Lallio								

	Peggioramento
	Stazionario
	Miglioramento

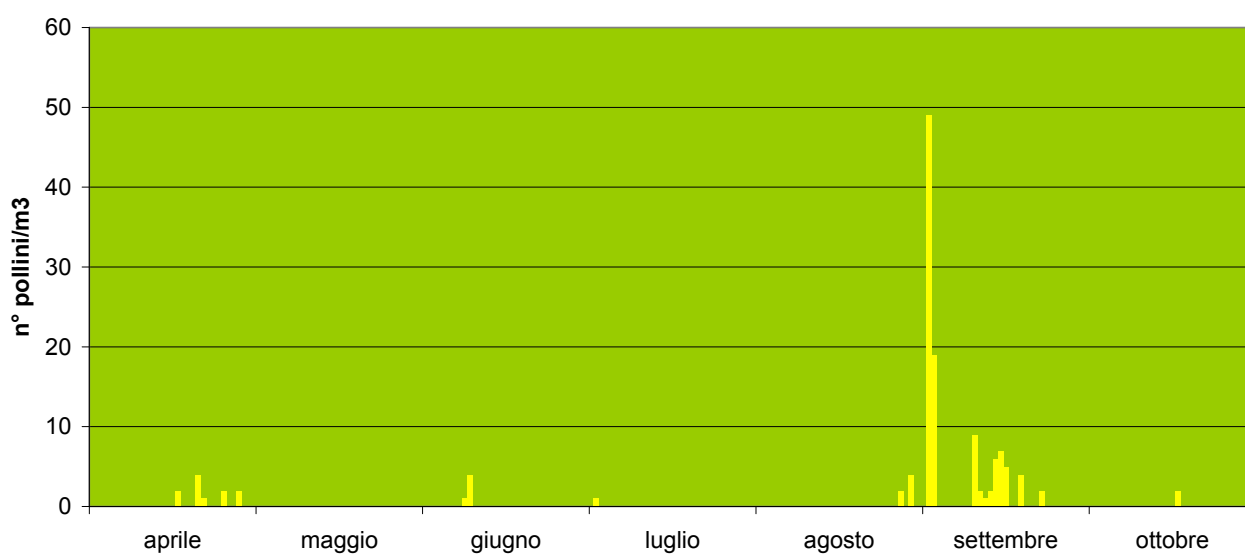
## 1.2 . Diffusione Ambrosia

- Le allergie da Ambrosia rappresentano un problema di sanità Pubblica
- alla riduzione della diffusione dei pollini d'Ambrosia contribuisce drasticamente **l'esecuzione degli sfalci** prevista dall'Ordinanza Regionale ed effettuata anche dai Comuni nel periodo antecedente la diffusione di polline e durante la fioritura della pianta, (tre sfalci nei mesi estivi).

### Andamento della concentrazione di Ambrosia nell'aria di Bergamo anno 2006



### Andamento della concentrazione di Ambrosia nell'aria di Bergamo anno 2007



## 2) Gestione emergenze

2.1 Aziende a rischio incidente rilevante: sottoposte a controllo periodico a cura dell'ARPA Dipartimento di Bergamo. Sono in corso le revisioni di alcuni Piani di emergenza esterni in collaborazione con ARPA e Prefettura.

Tipo di Aziende RIR	TOT. N. 46
n. aziende a rischio di incidente rilevante _ art. 8 -D.Lgs. 334/99 _ D.Lgs 238/05	28
n. aziende a rischio di incidente rilevante _ art. 6 -D.Lgs. 334/99 _ D.Lgs 238/05	18

### 2.2. Gestione emergenze sanitarie ed ambientali: Incidenti chimici e tecnologici

---

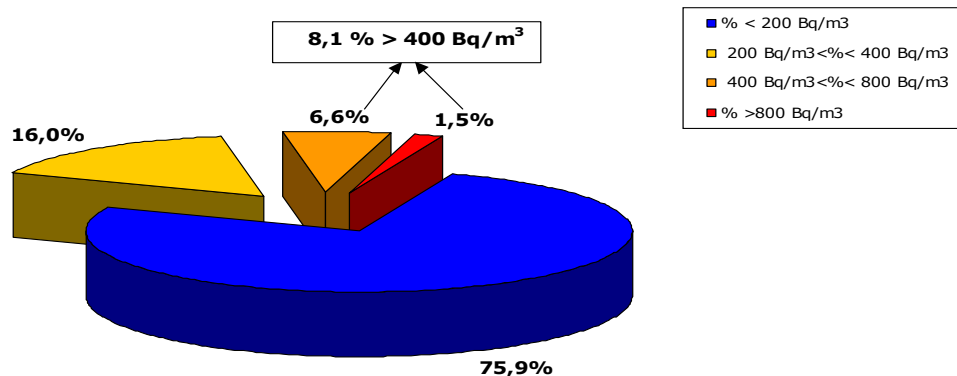
1. Scoppio serbatoi ditta comparto chimico ed incendio ditta Trattamento Rifiuti di Filago (2004),
  2. Incendio ditta chimico-farmaceutica Treviglio ( 2005),
  3. Incendio ditta Comparto Chimico di Isso (2006),
  4. esplosione ditta settore Energia di Terno D'Isola, (2006),
  5. sversamento liquido ditta comparto chimico di Mozzo (2007),
  6. rottura serbatoio e liberazione di nube "tossica" Ditta Comparto chimico di Treviglio (2007),
  7. Incendio azienda nautica di Civate al Piano (2007),
  8. Incendio cereria di Curno (2007),
  9. scoppio serbatoio Ditta di Albano S. Alessandro (2007),
  10. Incendio Ditta stoccaggio e trattamento rifiuti di Sotto il Monte (2007)
  11. Incendio nel deposito della fabbrica dismessa «Samsa Spa» Mozzanica (Gennaio 2008)
  12. Nube "rosa" contenente tracce di iodio ditta trattamento rifiuti (Filago Madone ) (Gennaio 2008)
  13. Deragliamento treno merci stazione ferroviaria Bergamo con cisterna liquido infiammabile (Febbraio 2008)
  14. Incendio ditta Bonduelle (Febbraio 2008)
  15. Incidente in Autostrada A4: sversamento Acido Acetico (aprile 2008)
  16. n. 2 microemergenze radioattive (contaminazioni da Cobalto 60 e Cesio in rottami e fumi di acciaieria/fonderia)
- 

## 3) Radon

Risultati annuali - provincia di Bergamo

Distribuzione percentuale delle concentrazioni medie annuali di radon nei punti di misura della campagna di monitoraggio per la determinazione delle radon prone areas in provincia di Bergamo. Per la nostra provincia i valori maggiori sono stati riscontrati nelle aree montane.

Numericamente: nell'intera regione, l'84.6 % dei risultati sono inferiori a 200 Bq/m<sup>3</sup>,  
nel 4.3 % dei casi sono superiori a 400 Bq/m<sup>3</sup> (8,1% per BG)  
con punte superiori a 800 Bq/m<sup>3</sup> nel 0.6 % dei casi (1,5% per BG)



**Su 132 scuole indagate , 15 hanno necessitato un approfondimento (2006 - 2007) ed il 30% un programma di risanamento.**

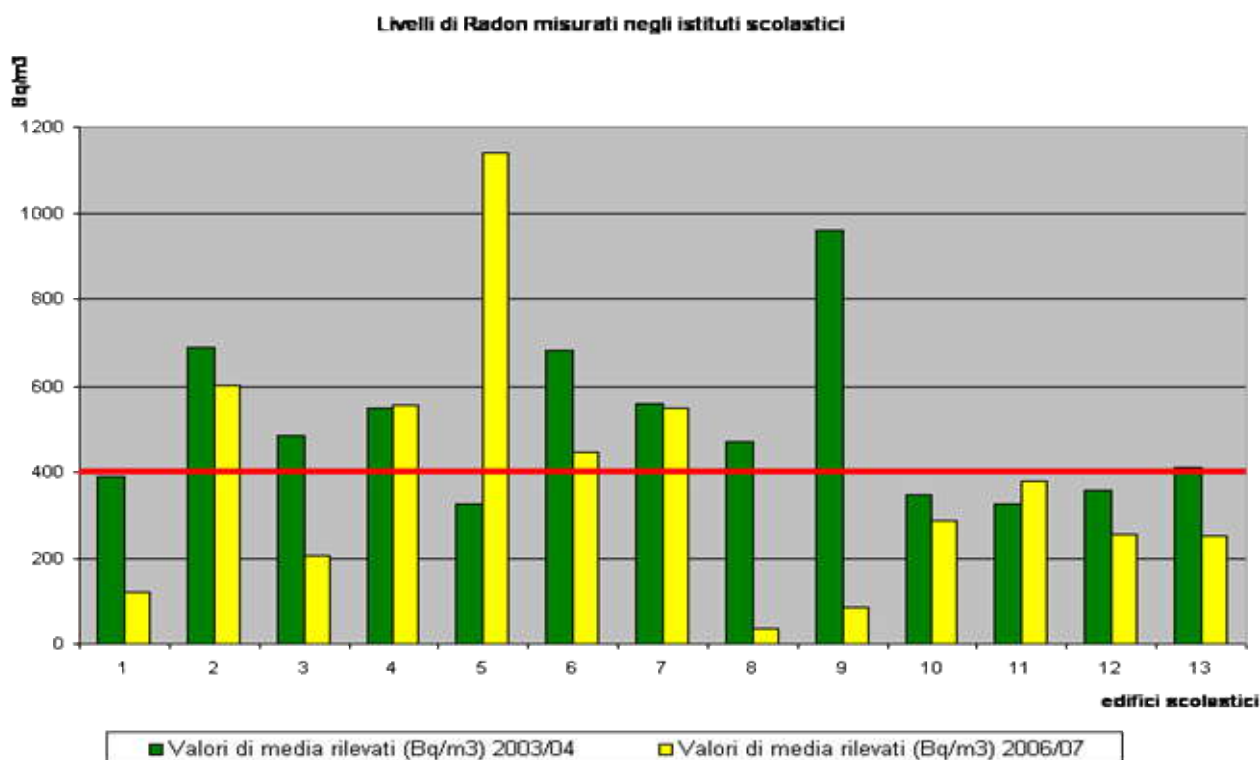
Le misure hanno dato i seguenti risultati:

In 97 scuole (73%) si sono rilevati valori inferiori a 200 Bq/m³

in 24 scuole (18%) si sono rilevati valori compresi tra 200 e 400 Bq/m³

in 10 scuole (8%) si sono rilevati valori compresi tra 400 e 800 Bq/m³

in 1 scuola (1%) si è rilevato un valore superiore a 800 Bq/m³



## **Graduazione del rischio e priorità delle azioni di prevenzione**

(Circolare n. 19/SAN del 20 novembre 2008)

Oltre ai criteri stabiliti per la programmazione 2008 -2010, si è tenuto conto di quanto è emerso durante l'attività effettuata nel 2008 , anche ai fini di una parziale revisione del livello di rischio assegnato.

<b>Fattore di rischio/Struttura /Attività</b>	<b>Livello di rischio</b>	<b>Priorità azioni d'intervento</b>	<b>Criticità / ipotesi di lavoro/ tipologia azioni</b>	<b>note</b>
<b>Radioprotezione</b>				
1. RADON	Medio-alto: 2	Medio –alta	Scarsa percezione del rischio Valli bergamasche a più alta concentrazione	
2. Rischio radioattivo industriale	Medio-alto Per sorgenti alta attività): 2	Medio-alta	Necessità di approfondimenti ditte con sorgenti ad alta attività	
3. Rischio radioattivo sanitario	Medio-basso: 3	Medio-bassa	Rischio ben controllato	
<b>Qualità aria</b>				
4. Inquinamento atmosferico	Medio-basso: 3	Media	Graduale miglioramento negli anni e maggior consapevolezza della popolazione	
5. Molestie olfattive	Medio-basso: 3	Medio-alta	Attività scarsamente programmabile  Alto impatto mediatico ed impatto emotivo sulla popolazione interessata  Valutazione impatti sulla salute e qualità della vita degli esposti	
6. Ambrosia	Medio-basso: 3	Medio-bassa	Efficacia e semplicità interventi di risanamento	
<b>Qualità acque</b>				
7. Contaminazione acque di rete e falda	Medio-alto: 2	Medio-alta	Impatto mediatico elevato, Intensificare il monitoraggio mirato e le azioni di risanamento	
8. Balneazione	Medio basso: 3	Medio bassa	Consolidare rapporti con i Sindaci- Rafforzare azioni di bonifica e risanamento	
<b>Gestione maxiemergenze</b>				
9. Aziende a rischio incidente rilevante	Medio-alto: 2	Medio-alta	Ben controllate dall'ARPA Controlli impiantistici del SISL(Servizio Impiantistica e sicurezza sul lavoro )	
10. Microemergenze: incidenti chimici, tecnologici e durante trasporto materiale pericoloso	Medio-alto: 2	Medio-alta		

Legenda: grado di rischio (1= elevato; 2=medio-alto; 3=medio-basso;4=basso).

## Programmazione attività di vigilanza e controllo: linee generali per il 2009

Obiettivo	Declinazione
Completezza e qualità nella sorveglianza epidemiologica	Valutazione e stima dell' impatto dei rischi ambientali sullo stato di salute della popolazione (in collaborazione con Osservatorio epidemiologico e PAC) ed analisi critica dati di mortalità e di ricovero
Comunicazione ed informazione dati e attività di prevenzione	1. Produzione di relazione e socializzazione dei dati a livello locale 2. Mantenimento/attivazione delle interfacce col pubblico (siti web, urp, call center, sportelli informativi...) coordinate e visibili.
Sistema informativo della prevenzione per le attività di vigilanza e controllo	1. Partecipazione al progetto di sviluppo del Sistema Informativo della prevenzione regionale – Aggiornamento Portale - sito ASL
Promozione salute con riguardo a corretti stili di vita	Partecipazione al Progetto della Direzione Sanitaria "Educarsi alla salute (EAS): Benessere e sicurezza negli ambienti di vita
Supporto analitico per la Prevenzione patologie neoplastiche con screening	Screening del carcinoma colo-rettale : estensione 100%; adesione corretta > 30%; Effettuazione da parte del LSP dei test di ricerca sangue occulto richiesti (stimati per il 2009 circa N. 75.000 Test - Range 65.000 – 80.000)
Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro	<p>Partecipazione al Piano controlli negli ambienti di vita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Radon ( Sperimentazione bonifica 30 % scuole indagate)</li> <li>- Aziende a rischio di incidente rilevante (Verifica Piani emergenza esterni ARIR e programmazione controlli con ARPA e eventualmente con SPSAL)</li> <li>-Radioprotezione ( Verifica documentale e sopralluoghi congiunti con ARPA ed eventualmente con PAC, SPSAL e DPL ) ;</li> <li>-Ambrosia (azione di stimolo verso Comuni ed Enti per bonifica);</li> <li>-Inquinamento aria ed acqua : <ul style="list-style-type: none"> <li>• monitoraggio mirato contaminanti (Flussi informativi con ARPA)</li> <li>• Azioni di informazione ed educazione alla salute alla popolazione</li> </ul> </li> <li>- Contaminazione alimenti: controlli analitici su campioni richiesti secondo il piano alimenti;</li> <li>- Controlli legionella su campioni richiesti ;</li> <li>- Controlli acque di lago –balneazione.</li> <li>- Effettuazione dei controlli concordati con SISP e PAC su Centri di Medicina dello Sport e sugli Studi medici privati autorizzati ed insieme al SISP su impianti sportivi</li> </ul>



## Principali linee di attività

---

### **Radioprotezione**

- prevenzione rischio radon (priorità medio-alta);
- Radiazioni ionizzanti ad uso industriale e medico ( la priorità degli interventi medio-bassa).
  - Sorgenti radioattive ad alta attività (priorità degli interventi medio - alta)

### **Qualità dell'aria**

- polveri sottili (Pm10), inquinamento atmosferico e traffico veicolare, pur evidenziandosi un trend in miglioramento negli ultimi anni per i principali inquinanti atmosferici si ritiene di poter classificare come media le priorità di azioni di prevenzione a causa delle ubiquitarie del fattore di rischio e della numerosità della popolazione esposta
- Prevenzione allergie respiratorie da pollini (Ambrosia) : interventi classificabili come media priorità:
- molestie olfattive (zona di Trescore-Valle Cavallina, zona Ghisalba-Urgnano media pianura bergamasca, zona dell'Isola Bergamasca –Ambivere /Mapello ): media priorità.

### **Qualità acqua**

- contaminazione delle acque di rete e falde da inquinanti chimici : Carbamazepina e DMZ , Cromo e nitrati (zona di Treviglio - bassa Bergamasca), Freon (zona dell'Isola Bergamasca), TEP e TMPC (zona di Trescore-Valle Cavallina e zona di Treviglio-bassa Bergamasca) (alta priorità);
- Balneazione: azioni migliorative su siti non balneabili (azione media priorità)

### **Gestione emergenze**

- Maxiemergenze (media priorità)
  1. Aggiornamento Documento ASL per la Gestione delle maxiemergenze sanitarie;
  2. Aggiornamento Piano locale per le Emergenze Nucleari (in collaborazione con ARPA, Prefettura e Commissione provinciale per la protezione della popolazione da radiazioni ionizzanti)
- microemergenze come eventi sentinella : media priorità
- Aziende a rischio di incidente rilevante : medio - alta priorità.

### **Attività analitica**

- Effettuazione da parte del LSP dei test di ricerca sangue occulto richiesti (stimati per il 2009 circa N. 75.000 Test - Range 65.000 – 80.000)
  - Contaminazione alimenti: controlli analitici su campioni richiesti secondo il piano alimenti;
  - Controlli legionella su campioni richiesti ;
  - Controlli acque di lago–balneazione.
-

## Sicurezza Alimentare e Nutrizione

Obiettivi:

- Adesione al Sistema Informativo della Prevenzione per addivenire all'Anagrafe Generale della Prevenzione con particolare riferimento alle Industrie alimentari (DPM e DPV)
- programmazione e realizzazione dei piani di vigilanza e controllo (compresi i piani di campionamento), sviluppati in forma coordinata tra tutti i servizi di prevenzione della ASL sulla base delle indicazioni fornite annualmente dalla Regione.
- L'attribuzione di codici di rischio a ogni I. A. secondo un sistema che consenta una valutazione degli impianti produttivi maggiormente oggettivo e che consenta di programmare la frequenza dei controlli.
- La gestione coordinata delle allerte alimentari (es. MELANINA, indagine su prodotti a base di latte e suoi derivati di provenienza cinese) con riferimento al sistema informativo regionale
- I controlli sulla qualità igienica dell'acqua distribuita al consumo umano,

### **Graduazione del rischio e priorità delle azioni di prevenzione**

**Concordato e definito d'intesa con il DPV per le Imprese Alimentari dove gli ambiti della vigilanza sono di comune interesse.**

LIVELLO DI RISCHIO ATTRIBUITO ALLA CATEGORIA	LIVELLO DI RISCHIO ATTRIBUITO AD OGNI IMPRESA ALIMENTARE.				FREQUENZE MINIME DI ISPEZIONE
	A	MA	MB	B	
1 - RISCHIO ALTO	1 A	1 MA	1 MB	1 B	
	ogni 4 mesi	ogni 6 mesi	ogni mesi 12	ogni mesi 18	
2 - RISCHIO MEDIAMENTE ALTO	2 A	2 MA	2 MB	2 B	
	ogni 6 mesi	ogni mesi 12	ogni mesi 18	ogni mesi 24	
3 - RISCHIO MEDIAMENTE BASSO	3 A	3 MA	3 MB	3 B	
	ogni mesi 18	ogni mesi 24	ogni mesi 30	ogni mesi 36	
4 - RISCHIO BASSO	4 A	4 MA	4 MB	4 B	
	ogni mesi 36	ogni mesi 48	ogni mesi 60	ogni mesi 72	

## **Principali linee di attività SICUREZZA ALIMENTARE**

L'attività di controllo in materia di sicurezza alimentare è stata definita prevalentemente sulla base dei bisogni specifici del territorio dell'ASL.

La recente normativa europea in materia ha introdotto processi innovativi di semplificazione amministrativa con enfattizzazione delle responsabilità di tutti i soggetti coinvolti nella produzione, trasformazione, commercializzazione e nei controlli.

La nuova normativa identifica le responsabilità degli operatori economici in campo alimentare in ogni fase della filiera, dalla produzione primaria sino al momento in cui l'alimento finisce sulla tavola del consumatore (Reg 178/2002 - art. 17, comma 1).

L'orientamento dell'azione di vigilanza e controllo da parte dei Servizi di Prevenzione della ASL, alla luce di questi elementi, è quindi ora indirizzata a condurre una valutazione dei sistemi di autocontrollo implementati dai titolari delle industrie alimentari ed una verifica sulla capacità di questi di prevenire i rischi.

- I controlli sugli alimenti confermano che la sicurezza alimentare in provincia di Bergamo è sostanzialmente garantita e che esiste invece ancora un problema di scorretta alimentazione, come stile di vita non propriamente salutare.

- il grado di sicurezza alimentare dal punto di vista della contaminazione da inquinanti ambientali (PCB, OGM, AFLATOSSINE, FITOSANITARI), si mantiene su buoni e soddisfacenti livelli.

- La pianificazione dei controlli ha tenuto conto delle valutazioni di cui sopra.

## ***ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ACQUE POTABILI***

- Implementazione dei sistemi informatici al fine della condivisione in rete dei referti analitici di laboratorio per facilitare lo scambio di informazioni tra ente prelevatore (ASL), laboratori analitici e Regione.
- Promozione e verifiche dei sistemi di autocontrollo dei vari Enti Gestori (in attesa dell'effettiva operatività del Gestore Unico UNIACQUE su tutto il territorio della Provincia).
- Verifiche qualità dell'acqua in rete mirate a situazioni di rischio presunto. Approfondimenti, negli ambiti interessati, di alcuni parametri chimici che costituiscono motivo di criticità (Nitrati, Carbamazepina, Atrazina, Cromo, freon, dimetridazolo).
- Miglioramento delle comunicazioni/informazioni tra Comuni, enti Gestori, Provincia e Prefettura per anticipare le situazioni di "emergenza prevedibile".
- Collegamento con il "database" del sistema integrato delle acque dell'ATO per l'aggiornamento rapido delle situazioni impiantistiche e gestionali del sistema acque potabili.

## **VENDITA E IMPIEGO DI PRODOTTI FITOSANITARI**

- Promuovere la corretta detenzione e gestione della vendita dei prodotti fitosanitari nonché la dovuta informativa annuale (a mezzo web) dei dati di vendita.
- Verifica condizioni d'impiego, tenuta del quaderno di campagna o registro dei trattamenti e della rintracciabilità

## **PROGETTI TRASVERSALI PER LA SICUREZZA SUL LAVORO NELLE INDUSTRIE ALIMENTARI**

- Verifica di alcuni aspetti della sicurezza sui posti di lavoro nelle Industrie Alimentari (es. dispositivi di sicurezza sulle attrezzature e disponibilità DPI).

## **NUTRIZIONE**

- **Sorveglianza Nutrizionale:** in collaborazione con l'ufficio Epidemiologico indagine sulle abitudini alimentari età evolutiva (bambini della scuola dell'infanzia)
- **Vigilanza nutrizionale:** sopralluogo in almeno il 75% delle scuole con criticità: n° di bambini allergici, materie prime nutrizionalmente non idonee
- **Educazione alimentare:**
  - Partecipazione al progetto "Educarsi alla salute" e in particolare:
  - Promozione corretta alimentazione nelle strutture per anziani (RSA, Centri Diurni)
  - Corsi per gestanti sulla sicurezza alimentare (igienica e nutrizionale)
  - Predisposizione di materiale educativo in materia di corretta alimentazione, controllo del peso corporeo e attività fisica, da diffondere attraverso gli ambulatori ASL.

Prosecuzione delle attività previste dal progetto "Stili di vita" : promozione curriculare nelle scuole del "Il Segreto delle Piramidi"; In assenza di risorse adeguate (per stampa materiale cartaceo, locandine, ecc.) al momento si prevede solo un supporto tecnico ai Comuni che intendono promuovere la campagna "Dammi il 5" se gli stessi si faranno carico dei costi.

Collaborazione con Dipartimento delle Cure Primarie all'organizzazione e realizzazione di counselling nutrizionale per genitori e bambini obesi, in linea con il piano obesità aziendale.

## **Sicurezza sul Lavoro**

### **Attività di vigilanza e controllo in ambienti di lavoro**

La programmazione delle attività per l'anno 2009, è stata effettuata secondo le indicazioni regionali sopracitate seguendo le fasi di seguito descritte:

#### **1. Analisi di contesto**

I dati e gli indicatori utilizzati in questa fase, derivano dai flussi informativi INAIL-ISPEL-Regioni forniti nel 2007 e nel 2008, che descrivono sia il tessuto produttivo della provincia di Bergamo, che i danni per la salute dei lavoratori espressi in termini di infortuni.

Per quanto concerne **gli infortuni mortali**, sono stati analizzati anche i dati archiviati nello specifico registro dell'ASL di Bergamo (<http://www.asl.bergamo.it/web/arentsll.nsf>). L'archivio non contiene dati relativi agli infortuni in itinere e stradali e neanche i casi occorsi fuori dal territorio provinciale. Per ogni infortunio mortale è registrato: data, luogo/comune dell'evento, sesso e età dell'infortunato, settore/comparto produttivo ed una sintetica descrizione delle modalità di accadimento. Dal 2002, la ASL di Bergamo aderisce con la Regione al Progetto Nazionale *“Infortuni lavorativi. Il sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica degli infortuni sul lavoro finalizzato alla ricerca delle cause”* condotto da INAIL – ISPEL – Coordinamento delle Regioni.

I dati relativi alle patologie occupazionali derivano invece dall'archivio delle Malattie Professionali gestito con MALPROF fino al 2007 ed attualmente con MAPROWEB.

A parte sono inoltre riportati i risultati relativi all'attività di ricerca attiva dei tumori professionali.

#### **Il contesto produttivo**

La suddivisione per Comparto (tabella 1), secondo la classificazione proposta dall'INAIL, evidenzia in provincia di Bergamo una netta predominanza del Comparto dei “Servizi” che occupa anche la stragrande maggioranza degli addetti (tabella 2). Seguono, per numero di aziende ed addetti occupati, i comparti costruzioni e metalmeccanica. Nel corso degli ultimi anni si assiste ad una netta riduzione del numero di imprese e di addetti occupati nel comparto tessile ed un incremento a partire dal 2001, del numero di occupati in Sanità.

**TABELLA 1 Aziende Provincia di Bergamo - PAT (Posizioni Assicurative territoriali - INAIL).  
FLUSSI 2008 – escluse le PAT con sede fuori del territorio della ASL**

Gruppi Ateco 2002	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005	2.006	2.007
A agricoltura caccia e silvicoltura	279	318	340	347	351	360	393	372
B pesca, piscicoltura e servizi connessi	2	1	1	1	1	0	0	0
C estrazione di minerali	126	128	118	116	118	120	122	117
DA alimentari	1.306	1.337	1.348	1.371	1.336	1.303	1.388	1.288
DB tessili	2.269	2.178	2.173	2.129	1.983	1.950	1.873	1.710
DC conciarie cuoio e pelle	117	117	126	121	119	101	104	93
DD legno	1.382	1.371	1.371	1.344	1.290	1.278	1.235	1.186
DE carta cartoni stampa e editoria	772	774	784	780	757	725	728	683
DF fabbricazione di coke, raffinerie di petrolio, trattamento dei combustibili nucleari	9	10	17	17	20	19	18	18
DG fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche e artificiali	450	422	452	444	419	412	401	378
DH fabbricazione di articoli in gomma e materie plastiche	1.174	1.161	1.208	1.206	1.140	1.120	1.090	1.038
DI fabbricazione di prodotti della lavorazione di minerali non metalliferi	742	749	785	778	729	728	720	689
DJ metallurgia, fabbricazione di prodotti in metallo	4.518	4.577	5.029	5.053	4.716	4.698	4.704	4.475
DK fabbricazione di macchine ed apparecchi meccanici	2.047	2.099	1.999	2.004	1.964	1.928	1.922	1.830
DL fabbricazione di macchine elettriche e di apparecchiature elettriche, elettroniche ed ottiche	1.730	1.716	1.662	1.644	1.597	1.580	1.551	1.477
DM fabbricazione di mezzi di trasporto	182	182	165	160	156	156	152	144
DN altre industrie manifatturiere	1.499	1.503	1.468	1.454	1.393	1.394	1.383	1.320
E produzione e distribuzione di energia elettrica, gas e acqua	134	124	130	146	142	137	130	122
F costruzioni	17.933	18.361	19.902	20.401	19.286	19.598	20.076	18.617
G 50 commercio, manutenzione e riparazione di autoveicoli e motocicli; vendita al dettaglio di carburanti per autotrazione	2.807	2.842	2.859	2.856	2.792	2.768	2.726	2.580
G 51 commercio all'ingrosso e intermediari del commercio,	3.965	4.054	4.086	4.137	4.115	4.111	4.139	3.856
G 52 commercio al dettaglio (escluso quello di autoveicoli e di motocicli); riparazione di beni personali e per la casa	7.116	7.138	6.996	7.419	7.436	7.470	7.530	6.966
H alberghi e ristoranti	3.336	3.497	3.886	4.088	4.087	4.203	4.264	3.824
I trasporti, magazzinaggio	3.379	3.462	3.468	3.435	3.373	3.402	3.367	3.130
J attività finanziarie	614	655	677	678	683	692	703	656
K attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca, servizi alle imprese	6.917	7.148	7.853	8.070	8.094	8.353	8.633	8.006
L amministrazione pubblica	608	571	560	546	545	538	526	518
M istruzione	457	754	768	776	781	776	764	733
N sanità e assistenza sociale	961	1.015	1.088	1.118	1.183	1.254	1.296	1.235
O altri servizi pubblici, sociali e personali	4.374	4.340	4.458	4.527	4.488	4.491	4.502	4.246
<b>Totale</b>	<b>72.407</b>	<b>73.437</b>	<b>76.866</b>	<b>77.955</b>	<b>75.854</b>	<b>76.445</b>	<b>77.226</b>	<b>78.605</b>

Tabella 2. ADDETTI distribuzione per comparto. FLUSSI 2008 – escluse le PAT con sede fuori del territorio della ASL

A10_GruppiAteco	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
A agricoltura caccia e silvicoltura	362	422	491	534	548	536	598
B pesca, piscicoltura e servizi connessi	2	0	0	0	0	0	0
C estrazione di minerali	735	780	707	730	771	773	768
DA alimentari	5.864	6.123	6.246	6.524	7.265	7.285	7.279
DB tessili	23.817	23.352	23.656	22.656	21.302	19.745	18.257
DC conciarie cuoio e pelle	773	822	888	797	813	750	801
DD legno	4.551	4.535	6.219	4.450	4.463	4.419	4.416
DE carta cartoni stampa e editoria	7.917	8.217	8.157	8.274	8.209	8.323	8.355
DF fabbricazione di coke, raffinerie di petrolio, trattamento dei combustibili nucleari	26	28	79	94	116	114	124
DG fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche e artificiali	9.766	9.429	9.823	10.326	10.083	10.238	9.917
DH fabbricazione di articoli in gomma e materie plastiche	11.697	12.201	12.148	12.423	12.546	12.248	12.099
DI fabbricazione di prodotti della lavorazione di minerali non metalliferi	10.052	10.715	10.206	10.501	10.654	10.499	10.329
DJ metallurgia, fabbricazione di prodotti in metallo	33.339	35.555	36.497	37.283	35.876	35.726	36.762
DK fabbricazione di macchine ed apparecchi meccanici	22.894	25.523	24.467	25.066	25.004	24.747	25.017
DL fabbricazione di macchine elettriche e di apparecchiature elettriche, elettroniche ed ottiche	15.835	15.409	13.120	13.438	12.080	12.016	12.151
DM fabbricazione di mezzi di trasporto	4.337	4.893	5.170	5.690	5.716	6.187	6.421
DN altre industrie manifatturiere	6.886	6.998	7.068	7.189	6.933	7.017	7.136
E produzione e distribuzione di energia elettrica, gas e acqua	1.173	1.277	1.394	1.446	1.623	1.696	1.685
F costruzioni	43.278	44.116	44.919	48.391	45.812	46.315	46.495
G 50 commercio, manutenzione e riparazione di autoveicoli e motocicli; vendita al dettaglio di carburanti per autotrazione	7.203	7.700	7.493	7.761	7.809	7.855	7.787
G 51 commercio all'ingrosso e intermediari del commercio,	14.134	16.522	15.932	16.932	17.430	17.876	18.273
G 52 commercio al dettaglio (escluso quello di autoveicoli e di motocicli); riparazione di beni personali e per la casa	18.369	24.928	23.697	24.862	24.247	24.741	26.260
H alberghi e ristoranti	7.017	7.708	8.255	9.009	9.164	9.253	9.356
I trasporti, magazzinaggio	11.482	13.691	15.396	17.197	18.953	20.703	23.027
J attività finanziarie	15.210	14.419	17.527	18.992	25.512	26.387	24.932
K attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca, servizi alle imprese	22.188	26.063	27.050	27.347	26.760	27.406	28.140
L amministrazione pubblica	7.217	7.437	7.461	7.580	8.161	7.459	7.431
M istruzione	1.487	2.105	3.895	3.977	2.836	3.141	3.434
N sanità e assistenza sociale	15.779	14.168	14.580	14.935	15.749	15.937	16.720
O altri servizi pubblici, sociali e personali	10.203	10.028	9.843	10.445	10.753	10.716	10.766
TOTALE	333.593	355.164	362.798	374.895	377.194	380.110	384.735

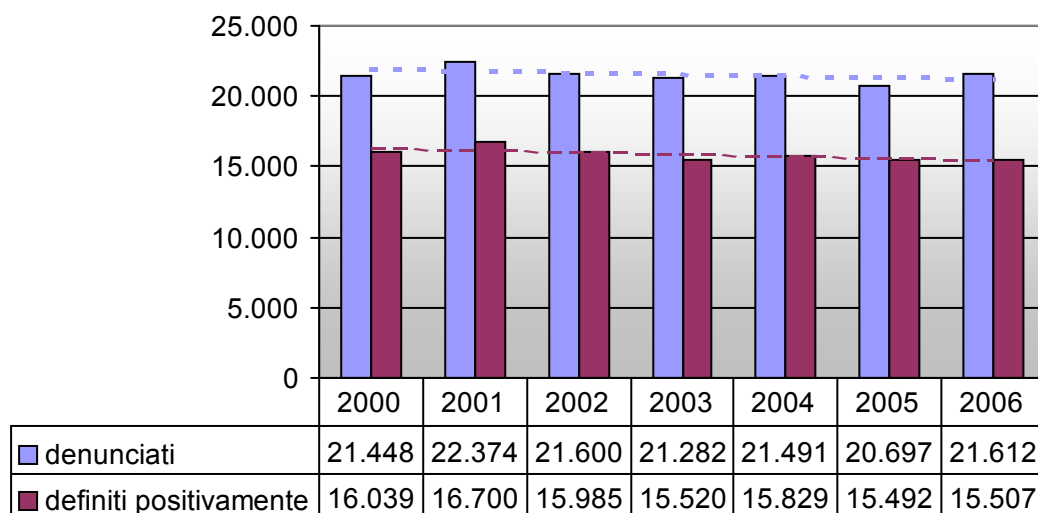
## QUANTIFICAZIONE DEL FENOMENO INFORTUNISTICO E SUA EVOLUZIONE NEL TEMPO

I dati infortunistici riportati sono estratti da “Flussi INAIL ISPESL REGIONI” 2007 e provengono dagli archivi gestionali dell’INAIL relativi agli anni 2000 - 2006. Le elaborazioni comprendono tutti gli infortuni denunciati fino all’anno 2006 e definiti entro il 30 aprile del 2007. Gli infortuni riconosciuti (tabella 3 e grafico 1) sono il dato più importante da considerare in quanto sono quelli che rientrano a pieno titolo nella definizione di infortunio sul lavoro. Rientrano negli infortuni riconosciuti le seguenti tipologie di definizione TE=temporanea, PE=permanente, MS=mortale senza superstiti, MC=mortale con superstiti, RS=regolare senza indennizzo.

**Tabella 3. Tutti gli Infortuni denunciati per tipo di definizione e anno evento**

	ANNO EVENTO							
Tipo di Definizione	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
Franchigia ('FR')	3.684	3.507	2.780	2.838	2.819	2.532	2.703	20.863
Morte con superstiti ('MC')	18	15	21	30	20	15	16	135
Morte senza superstiti ('MS')	15	11	8	5	5	4	12	60
Non Definito	0	0	30	52	18	52	312	464
Negativa	1.725	2.167	2.805	2.872	2.825	2.621	3.090	18.105
Permanente	593	575	730	722	850	784	615	4.869
Regolare senza indennizzo	1.137	1.183	1.246	1.156	1.371	1.379	1.536	9.008
temporanea	14.276	14.916	13.980	13.607	13.583	13.310	13.328	97.000
<b>totale denunciati</b>	<b>21.448</b>	<b>22.374</b>	<b>21.600</b>	<b>21.282</b>	<b>21.491</b>	<b>20.697</b>	<b>21.612</b>	<b>150.504</b>
<b>Totale definiti (+)</b>	<b>16.039</b>	<b>16.700</b>	<b>15.985</b>	<b>15.520</b>	<b>15.829</b>	<b>15.492</b>	<b>15.507</b>	<b>111.072</b>

**Grafico 1. ASL di Bergamo. Infortuni denunciati e definiti positivamente per anno evento**





## Settore INDUSTRIA E SERVIZI

Nella tabella 4 seguente sono elencati gli infortuni definiti positivamente per settore produttivo

**Tabella 4. Infortuni definiti positivamente per comparto produttivo e anno evento.**

Comparti	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTALE
(.)	386	392	405	221	221	221	211	2057
01 Agrindustria e pesca	40	45	54	56	70	47	49	361
02 Estrazioni minerali	26	33	25	30	19	31	26	190
03 Industria Alimentare	277	279	233	254	246	222	225	1736
04 Industria Tessile	958	992	795	720	561	551	459	5036
05 Industria Conciaria	33	34	16	21	14	18	21	157
06 Industria Legno	477	416	456	405	425	377	350	2906
07 Industria Carta	336	348	319	288	271	276	259	2097
08 Industria Chimica e Petrolio	881	800	741	712	714	612	560	5020
09 Industria Gomma	142	148	110	126	95	80	81	782
10 Ind. Trasf. Non metalliferi	426	422	415	378	357	307	324	2629
11 Industria Metalli	565	585	405	466	480	426	378	3305
12 Metalmeccanica	3002	2859	2681	2567	2531	2428	2341	18409
13 Industria Elettrica	249	253	201	167	188	172	180	1410
14 Altre industrie	383	363	346	326	309	313	248	2288
15 Elettricità Gas Acqua	57	31	43	35	31	31	43	271
16 Costruzioni	2215	2355	2234	2274	2224	2292	2167	15761
17 Commercio	540	543	524	571	491	497	470	3636
18 Trasporti	410	467	434	412	462	472	481	3138
19 Sanità	399	356	306	289	334	371	354	2409
20 Servizi	1551	1752	1750	1708	1986	1865	1895	12507
99 Comparto non determinabile	197	285	191	130	72	82	446	1403
<b>TOTALE</b>	<b>13550</b>	<b>13758</b>	<b>12684</b>	<b>12156</b>	<b>12101</b>	<b>11691</b>	<b>11568</b>	<b>87508</b>

### INFORTUNI IN ITINERE INDENNIZZATI

Casi di infortunio in itinere (accaduti cioè durante il percorso casa-lavoro). Tale tipologia di eventi, nel periodo 2000 – 2006 rappresenta una quota media pari al 12% di tutti gli infortuni definiti positivamente. La quota percentuale annua di infortuni in itinere sul totale degli infortuni definiti positivamente appare nettamente in crescita passando dal 5,3 % rilevato nel 2000 al 16% del 2006 (tabella 7). Particolarmente numerosi sono gli eventi in itinere con prognosi elevate e con postumi permanenti e mortali.

**Tabella 7. Infortuni in itinere definiti positivamente per anno e valore percentuale rispetto al totale degli infortuni definiti positivamente, esclusi colf, Studenti di scuole pubbliche e private e sportivi professionisti**

Anno dell'evento	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
N° totale infortuni in itinere	765	1.206	1.538	1.751	1.934	2.000	1.973	11.167
totale infortuni definiti	14.265	14.448	13.407	12.826	12.805	12.408	12.270	92429
% infortuni in itinere	<b>5,36%</b>	<b>8,35%</b>	<b>11,47%</b>	<b>13,65%</b>	<b>15,10%</b>	<b>16,12%</b>	<b>16,08%</b>	12,08%

## GLI INFORTUNI GRAVI

**TABELLA 9 a).** infortuni gravi in occasione di lavoro definiti positivamente per Settore Attività e per anno evento.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTALE
<b>AGRICOLTURA</b>	145	159	175	148	159	161	155	1102
<b>INDUSTRIA E SERVIZI</b>	2548	2427	2281	2164	2335	2338	2295	16388
<b>STATO</b>	35	19	18	20	28	37	19	176
<b>TOTALE</b>	2728	2605	2474	2332	2522	2536	2469	17666

**Tabella 9 b).** Settore **INDUSTRIA E SERVIZI: infortuni gravi** in occasione di lavoro definiti positivamente per comparto produttivo e per anno evento

Comparti	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTALE
(.)	75	72	82	40	38	31	40	378
01 Agrindustria e pesca	8	14	13	11	19	11	17	93
02 Estrazioni minerali	3	11	7	6	6	9	8	50
03 Industria Alimentare	50	49	42	53	46	47	47	334
04 Industria Tessile	157	145	113	118	99	109	94	835
05 Industria Conciaria	6	8	3	3	3	3	5	31
06 Industria Legno	114	79	99	96	91	79	67	625
07 Industria Carta	49	48	51	47	55	58	41	349
08 Industria Chimica e Petrolio	123	106	111	104	120	98	87	749
09 Industria Gomma	12	26	25	20	22	14	13	132
10 Ind. Trasf. Non metalliferi	71	83	78	74	73	66	59	504
11 Industria Metalli	96	117	67	75	78	71	69	573
12 Metalmeccanica	470	418	388	387	417	424	422	2.926
13 Industria Elettrica	40	35	25	19	28	33	27	207
14 Altre industrie	56	54	45	39	43	54	31	322
15 Elettricità Gas Acqua	15	11	9	7	6	7	8	63
16 Costruzioni	543	531	521	498	542	561	517	3.713
17 Commercio	90	83	84	94	77	83	88	599
18 Trasporti	129	118	110	106	121	121	126	831
19 Sanità	65	48	44	41	52	61	52	363
20 Servizi	351	336	341	307	393	382	392	2.502
99 Comparto non determinabile	25	35	23	19	6	16	85	209
<b>TOTAL</b>	<b>2.548</b>	<b>2.427</b>	<b>2.281</b>	<b>2.164</b>	<b>2.335</b>	<b>2.338</b>	<b>2.295</b>	<b>16.388</b>

## INDICATORI STATISTICI. TRIENNIO 2003 - 2005

Si riportano di seguito alcuni indicatori statistici scaturiti dall'analisi dei dati infortunistici rilevati nel triennio 2003 – 2005.

Gli infortuni denunciati in provincia nel periodo 2003 – 2005 corrispondono al 12.2% degli infortuni denunciati in regione. La provincia di Bergamo, in ambito regionale, si colloca al terzo posto dopo Milano e Brescia, per numero di **infortuni denunciati** (tabella 10) nel settore “Industria, commercio e servizi”. Se si considera invece come indicatore il **tasso grezzo(\*) degli infortuni indennizzati**, nei confronti delle altre province lombarde, Bergamo si posiziona al **9° posto** (tabella 11).

$$(*)\text{Tasso grezzo} = \frac{\text{numero di infortuni nell'anno}}{\text{totale addetti INAIL nell'anno}} \times 1000$$

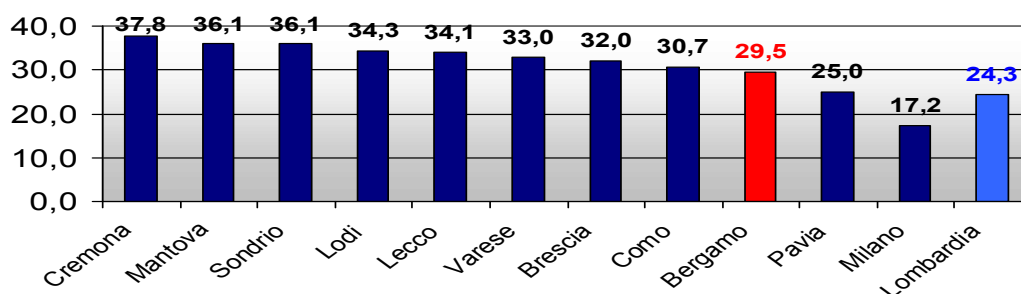
**Tabella 10. Infortuni totali denunciati ed indennizzati per provincia e confronto con dato regionale.** Negli indennizzati sono esclusi gli infortuni accaduti ad apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori iscritti a polizze speciali, sportivi professionisti.

Province	Addetti (inail)	Infortuni denunciati	Infortuni indennizzati	Infortuni in itinere indennizzati
<b>Lombardia</b>	<b>11.185.424,9</b>	<b>456.277</b>	<b>272.360</b>	<b>38.515</b>
Milano	5.769.780,4	154.423	99.520	15.288
Brescia	1.206.317,3	70.962	38.658	4.762
<b>Bergamo</b>	<b>1.110.917,4</b>	<b>55.668</b>	<b>32.798</b>	<b>4.695</b>
Varese	827.365,4	42.633	27.292	3.960
Como	548.791,4	27.770	16.870	2.235
Mantova	393.041,4	26.355	14.184	1.702
Cremona	296.642,2	21.413	11.212	1.557
Pavia	407.565,8	21.218	10.188	1.467
Lecco	317.979,7	17.915	10.837	1.367
Sondrio	148.102,7	9.229	5.344	606
Lodi	158.921,2	8.691	5.457	876

**Tabella 11. Tasso grezzo infortuni indennizzati**

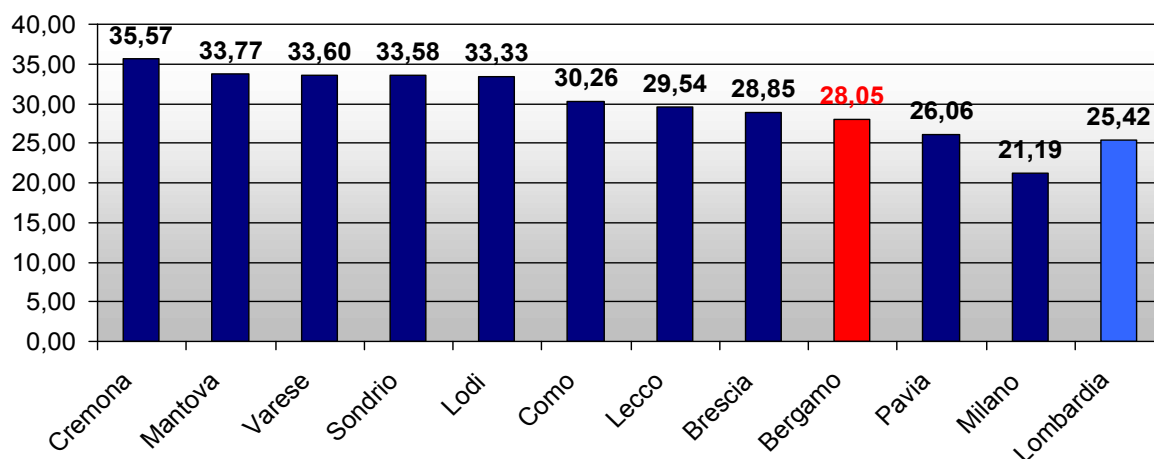
Province	Addetti (inail)	Infortuni denunciati	Infortuni indennizzati	Tasso grezzo infortuni indennizzati
Cremona	296.642,2	21.413	11.212	37,8
Mantova	393.041,4	26.355	14.184	36,1
Varese	827.365,4	42.633	27.292	33,0
Sondrio	148.102,7	9.229	5.344	36,1
Lodi	158.921,2	8.691	5.457	34,3
Como	548.791,4	27.770	16.870	30,7
Lecco	317.979,7	17.915	10.837	34,1
Brescia	1.206.317,3	70.962	38.658	32,0
<b>Bergamo</b>	<b>1.110.917,4</b>	<b>55.668</b>	<b>32.798</b>	<b>29,5</b>
Pavia	407.565,8	21.218	10.188	25,0
Milano	5.769.780,4	154.423	99.520	17,2
<b>Lombardia</b>	<b>11.185.424,9</b>	<b>456.277</b>	<b>272.360</b>	<b>24,3</b>

**Grafico 2.** Tasso grezzo (\*) infortuni indennizzati per provincia periodo 2003 – 2005 confronto con dato regionale. Sono esclusi infortuni accaduti ad apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori iscritti a polizze speciali, sportivi professionisti. Fonte dati: Flussi INAIL ISPESL Regioni 2007



Il tasso grezzo non è però adatto a confrontare tra di loro realtà territoriali differenti, che possono essere fortemente influenzate dalla diversa distribuzione delle attività economiche: è noto che la probabilità di accadimento infortunistico dipende dall'attività economica; l'incidenza di infortuni è maggiore in edilizia o nella mineraria. Pertanto, confrontare due popolazioni lavorative ove la prevalenza di addetti nel comparto edile o minerario è rispettivamente molto elevata e molto bassa, potrebbe portare a conclusioni fuorvianti. Per ovviare a questo problema, sono disponibili alcune misure in grado di ridurre l'effetto confondente della differente distribuzione per attività economica degli occupati nelle diverse Regioni/Province/ASL. Il tasso standardizzato è un indicatore costruito in modo "artificiale" senza corrispondenza con un valore reale, ma è adatto al confronto tra popolazioni diverse.

**Grafico 3.** Tassi standardizzati (\*) infortuni indennizzati per provincia periodo 2003 – 2005 **confronto con dato regionale.** Sono esclusi infortuni accaduti ad apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori iscritti a polizze speciali, sportivi professionisti. Fonte dati: Flussi INAIL ISPESL Regioni 2007



(\*)Tassi calcolati con metodo di standardizzazione diretta, considerando come distribuzione "standard" quella degli addetti dell'intero territorio nazionale appartenenti all'artigianato e industria nell'anno 2000, stratificati secondo 31 sottosezioni (seconda lettera ATECO).

$$* T_{st} = \frac{\sum T_i \times p_{sti}}{\sum p_{sti}} \times 1000$$

$T_{st}$  = Tasso standardizzato

$\Sigma$  = sommatoria

$T_i = \frac{n_i}{p_i}$  = tasso nella popolazione in studio nella  $i$  esima classe di attività economica

$n_i$  = eventi indennizzati nella popolazione in studio nella classe  $i$  esima di attività economica

$p_i$  = numero di addetti Inail nella popolazione in studio nella  $i$  esima classe di attività economica

$p_{sti}$  = addetti Inail nella popolazione di riferimento (Italia, 2000) nella  $i$  esima classe di attività economica

Come evidenziato nella tabella 12, il tasso medio standardizzato degli infortuni in provincia di Bergamo, appare inferiore al tasso grezzo e, nel periodo 2003 – 2005, ha subito una riduzione (- 2,6) rispetto al tasso calcolato per il precedente triennio. Il 4,8% del totale degli infortuni indennizzati comportano postumi permanenti o mortali. Tra i comparti con frazioni più elevate di infortuni con postumi permanenti e mortali (tabella 14) troviamo ancora agricoltura, costruzioni, trasporti e magazzinaggio, metallurgia, industria del legno. Restano elevati, con valori superiori alla media regionale, i tassi grezzi di molte attività economiche (tabelle 13 e 15).

**Tabella 12.** Tassi standardizzati infortuni indennizzati della provincia di Bergamo rilevati in due trienni successivi e confronto con dato regionale e nazionale. Sono esclusi infortuni accaduti ad apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori iscritti a polizze speciali, sportivi professionisti.

<b>Tasso standardizzato infortuni indennizzati</b>	<b>triennio 2000 - 2002</b>	<b>triennio 2003 - 2005</b>
Cremona	40,60	35,57
Mantova	39,48	33,77
Varese	38,90	33,60
Sondrio	29,90	33,58
Lodi	38,85	33,33
Como	36,00	30,26
Lecco	32,73	29,54
Brescia	32,96	28,85
<b>Bergamo</b>	<b>30,68</b>	<b>28,05</b>
<b>Italia</b>	<b>31,53</b>	<b>28,00</b>
Pavia	28,53	26,06
<b>Lombardia</b>	<b>28,36</b>	<b>25,42</b>
Milano	23,28	21,19

**Tabella 13 INDICATORI STATISTICI. TRIENNIO 2003-2005 ASL Bergamo**

Distribuzione infortuni denunciati ed indennizzati per attività economica in ordine decrescente di tasso grezzo (\*).

Attività economica	Addetti (inail)	Infortuni denunciati *	Infortuni indennizzati	Infortuni in itinere indennizzati	Tasso grezzo infortuni indennizzati
DM Fabbr. mezzi di trasporto	17.607	1.386	998	126	56,7
A Agricoltura, Caccia, Silvicoltura	1.640	114	91	12	55,5
I Trasporti, magazzinaggio	40.542	3.732	2.168	289	53,5
DJ Metallurgia	108.728	6.994	5.153	514	47,4
DD Ind. del legno	13.356	813	626	31	46,9
F Costruzioni	140.849	8.021	6.022	453	42,8
DA Ind. alimentari. Bevande. Tabacco	21.021	1.067	789	94	37,5
CB Estraz. minerali non energetici	2.241	103	80	9	35,7
DK Industria meccanica	74.495	3.544	2.644	293	35,5
E Energia elettrica, gas, acque	4.755	230	168	24	35,3
DH Fabbr. art. in gomma/mat. plastiche	37.259	1.816	1.261	195	33,8
DN Altre industrie manifatturiere	21.096	950	658	92	31,2
DF Fabbr. coke, petrolio. Nucleare	326	12	10	0	30,7
DI Ind. della trasformazione	31.642	1.204	963	80	30,4
H Alberghi e ristoranti	27.359	1.280	829	158	30,3
DE fabbr. carta, cartoni, Editoria	24.732	1.052	743	126	30,0
DG Fabbr. prod. chimici. Fibre sintetiche	30.703	1.189	886	127	28,9
DB Ind. tessili. Abbigliamento	63.718	2.430	1.800	291	28,2
<b>totale</b>	<b>662.067</b>	<b>35.937</b>	<b>25.889</b>	<b>2.914</b>	
totale altre attività economiche	448.850	11.789	6.832	1.769	> 21
<b>Totale</b>	<b>1.110.917</b>	<b>55.668</b>	<b>32.798</b>	<b>4.695</b>	<b>29,5</b>

\* solo negli infortuni denunciati sono compresi infortuni accaduti ad apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori iscritti a polizze speciali, sportivi professionisti

**Tabella 14 INDICATORI STATISTICI. TRIENNIO 2003-2005 ASL Bergamo**

Distribuzione infortuni denunciati ed indennizzati per attività economica in ordine decrescente di tasso grezzo (\*).

Si riportano in colonna F le **frazioni indennizzate per postumi permanenti o per morte**:

$$\frac{\text{numero di infortuni permanenti nell'anno} + \text{numero di infortuni mortali nell'anno}}{\text{numero totale di infortuni accaduti nell'anno e indennizzati}} \times 100$$

Attività economica	A) Infortuni denunciati *	B) Infortuni indennizzati	C) Tasso grezzo inf. Indennizz.	D) Inf. Indennizz. in permanente	E) Infortuni mortal indennizz.	F) % Perm. e mort.	D) Durata media infortuni indennizzati (giorni)
DM Fabbr. mezzi di trasporto	1.386	998	56,7	19	0	1,9	23,0
<b>A Agricoltura,Caccia,Silvicoltura</b>	114	91	55,5	11	0	12,1	46,5
<b>I Trasposrti,magazzinaggio</b>	3.732	2.168	53,5	118	3	5,6	36,7
DJ Metallurgia	6.994	5.153	47,4	234	5	4,6	28,9
DD Ind. del legno	813	626	46,9	41	0	6,5	31,8
<b>F Costruzioni</b>	8.021	6.022	42,8	453	9	7,7	37,8
DA Ind. alimentari.Bevande.Tabacco	1.067	789	37,5	28	1	3,7	29,2
CB Estraz. minerali non energetici	103	80	35,7	10	0	12,5	36,2
DK Industria meccanica	3.544	2.644	35,5	82	4	3,3	24,5
<b>E Energia elettrica,gas,acque</b>	230	168	35,3	12	0	7,1	34,0
DH Fabbr. art. in gomma/mat. plastiche	1.816	1.261	33,8	44	0	3,5	28,0
DN Altre industrie manifatturiere	950	658	31,2	39	2	6,2	34,4
DF Fabbr. coke,petrolio.Nucleare	12	10	30,7	0	0	0,0	34,9
DI Ind. della trasformazione	1.204	963	30,4	51	3	5,6	31,1
H Alberghi e ristoranti	1.280	829	30,3	27	0	3,3	28,2
DE fabbr. carta,cartoni,Editoria	1.052	743	30,0	25	0	3,4	30,1
DG Fabbr. prod. chimici.Fibre sintetiche	1.189	886	28,9	21	1	2,5	25,7
DB Ind. tessili.Abbigliamento	2.430	1.800	28,2	52	3	3,1	29,4
DC Ind. conciarie	84	52	21,5	2	0	3,8	26,1
<b>G Commercio.Riparazioni.</b>	4.545	2.898	19,4	117	4	4,2	28,2
DL Elettromeccanica.Ottica	1.153	700	18,7	18	1	2,7	23,1
N Sanità	1.348	866	18,7	23	0	2,7	26,4
O Altri servizi pubblici	913	575	18,1	19	1	3,5	27,5
<b>K Immobili.Informatica.Ricerca</b>	2.554	1.245	15,4	64	4	5,5	34,3
L Pubblica amministrazione	509	335	14,4	15	0	4,5	30,9
M Istruzione	397	86	12,2	1	0	1,2	20,0
<b>J Intermediazione finanziaria</b>	285	74	1,0	6	0	8,1	28,9
CA Estraz. minerali energetici	1	1	0,0	0	0	0,0	10,0
Indeterminato	7.942	77		4	1	6,5	29,3
<b>Totale</b>	55.668	32.798	29,5	1.536	42	4,8	31

Fonte dati:Flussi INAIL ISPESL Regioni 2007

$$(*)\text{Tasso grezzo} = \frac{\text{numero di infortuni nell'anno}}{\text{totale addetti INAIL nell'anno}} \times 1000$$

\* solo negli infortuni denunciati sono compresi infortuni accaduti ad apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori iscritti a polizze speciali, sportivi professionisti

**Tabella 15.** Confronto tra tassi grezzi rilevati per singola attività economica in provincia di Bergamo e in Lombardia. **Attività economiche con tassi di infortunio superiori a quelli rilevati in regione**

<b>INDICATORI STATISTICI. TRIENNIO 2003-2005 ASL Bergamo</b>	<b>BERGAMO</b>	<b>REGIONE</b>	<b>scostamento</b>
Attività economica	Tasso grezzo infortuni indennizzati	Tasso grezzo infortuni indennizzati	DIFFERENZA (BG > regione)
DM35 Fabbricazione altri mezzi di trasporto	55,1	23,6	31,5
I63 Attività ausiliarie dei trasporti	61,7	36,3	25,4
DF23 Fabbricazione coke,industria petrolio	30,7	7,7	23,0
DG24 Fabbricazione prod. chimici,sintetici..	28,9	13,2	15,6
DM34 Fabbricazione autoveicoli, rimorchi..	56,9	41,4	15,5
E40 Produzione elettricità,gas,vapore	39,1	24,9	14,2
DL32 Fabbricazione appar. per comunicazioni	18,9	5,4	13,5
DE22 Editoria	25,7	13,7	12,1
DB17 Industrie tessili	35,0	24,4	10,7
DA15 Industrie alimentari e delle bevande	37,5	29,9	7,6
DC19 Concia cuoio; prodotti in cuoio	21,5	14,0	7,5
G51 Commercio all'ingrosso	16,1	10,4	5,7
K70 Attività immobiliari	12,0	7,3	4,7
Dk29 Fabbricazione e manutenzione macchine	35,5	31,1	4,4
DL33 Fabbricazione appar. medicali,ottici	13,4	9,2	4,2
K74 Altri servizi alle imprese	20,5	16,3	4,2
DE21 Fabbricazione della pasta-carta	39,9	36,1	3,9
DJ28 Fabbricazione prodotti in metallo	46,0	43,2	2,9
DB18 Confezione vestiario,preparazione,tintura	11,6	9,1	2,5
E41 Raccolta e distribuzione acqua	26,5	24,0	2,5
G50 Commercio e riparazione autoveicoli	24,5	22,2	2,3
DN36 Fabbricazione mobili	30,4	29,0	1,4
o91 Attività di organizzazioni associative	12,0	10,7	1,3
DL30 Fabbricazione macchine per ufficio	7,6	6,6	1,0
K73 Ricerca e sviluppo	5,1	4,2	0,9
A01 Agricoltura,Caccia	54,9	54,1	0,8
DL31 Fabbricazione appar. elettrici	20,8	20,0	0,8
G52 Commercio al dettaglio	20,2	19,5	0,7
M80 Istruzione	12,2	11,5	0,7
K72 Informatica e attività connesse	3,4	2,7	0,7
O92 Attività ricreative,culturali,sportive	13,2	12,7	0,5
J67 Attività ausiliarie delle assicurazioni	2,0	1,8	0,3

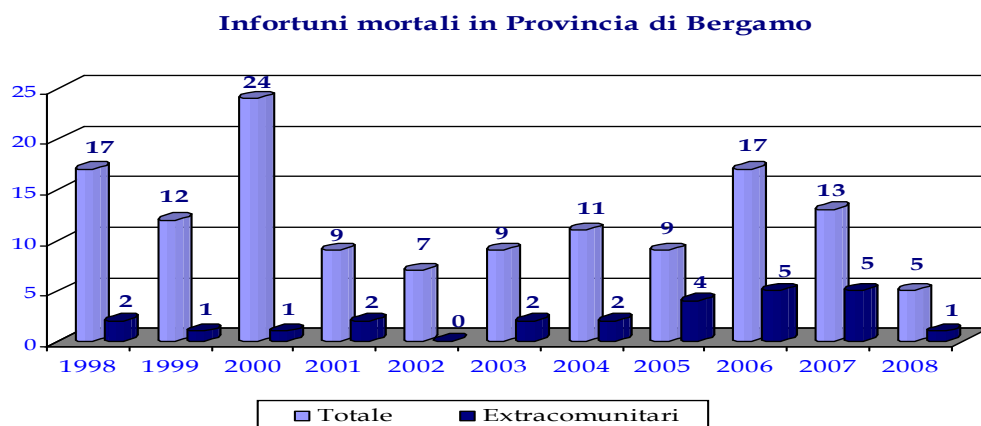
**Tabella 15 bis.** Confronto tra tassi grezzi rilevati per singola attività economica in provincia di Bergamo e in Lombardia. **Attività economiche con tassi di infortunio inferiori a quelli rilevati in regione**

INDICATORI STATISTICI. TRIENNIO 2003-2005 ASL Bergamo	BERGAMO	REGIONE	scostamento
Attività economica	Tasso grezzo infortuni indennizzati	Tasso grezzo infortuni indennizzati	DIFFERENZA (BG < regione)
A02 <b>Silvicoltura</b>	61,9	89,9	-28,1
O90 Smaltimento rifiuti e acque	53,5	54,7	-1,2
DJ27 <b>Produzione di metalli e loro leghe</b>	51,3	62,8	-11,5
DD20 Industria del legno e prodotti in legno	46,9	48,5	-1,6
F45 Costruzioni	42,8	43,1	-0,3
DN37 Recupero e preparazione per riciclaggio	40,0	42,0	-1,9
CB14 <b>Altre industrie estrattive</b>	35,7	41,1	-5,4
I60 <b>Trasporti terrestri</b>	35,5	42,3	-6,9
DH25 <b>Fabbricazione gomma e plastica</b>	33,8	38,4	-4,6
DI26 <b>Prodotti da minerali non metalliferi</b>	30,4	42,9	-12,5
H55 Alberghi e ristoranti	30,3	32,8	-2,5
N85 <b>Sanità e altri servizi sociali</b>	18,7	24,5	-5,8
L75 Pubblica amministrazione	14,4	16,3	-1,9
K71 <b>Noleggio macchinari senza operatore</b>	14,0	17,3	-3,3
O93 Altre attività dei servizi	13,9	14,4	-0,5
I62 <b>Trasporti aerei</b>	11,2	13,5	-2,3
I61 <b>Trasporti marittimi e via acqua</b>	5,7	17,4	-11,7

## INFORTUNI MORTALI

Nel periodo 1999 – ottobre 2008, nell’ambito territoriale della provincia di Bergamo si sono verificati 116 infortuni mortali che hanno coinvolto 113 uomini e 3 donne. L’analisi dei dati relativi alla **Nazionalità** degli infortunati evidenzia che in 93 casi (80% del totale) sono coinvolti lavoratori italiani e in 23 casi (20%) lavoratori extracomunitari (Grafico 4).

**Grafico 4: Trend temporale degli infortuni mortali nella Provincia di Bergamo suddivisi tra totali e infortuni di lavoratori extracomunitari**





## Provincia di BERGAMO - Infortuni MORTALI - Per COMPARTO

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTALI	%
EDILIZIA	6	9	5	2	3	4	5	5	2	2	43	37,1
MECC-FOND-SIDERURGIA	1	2	1	2	1	3	2	2	4	1	19	16,4
AGRICOLTURA	0	2	1	1	2	1	1	2	0	1	11	9,5
AUTOTR-MOVIM. MERCI	0	0	1	0	1	0	0	3	3	0	8	6,9
INSTALL. IMP. ELETTR.	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	5	4,3
PROD. PREFABBRICATI	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	4	3,4
PLASTICA - BOTTONI	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	4	3,4
LEGNO	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3	2,6
TESSILE	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3	2,6
CHIMICA-FARMACEUTICA	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1,7
ENTE PUBBLICO	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1,7
ROTTAMAZIONE	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1,7
IMPRESE PULIZIE	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1,7
GEST. BAR - IMP. SCI	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1,7
IND. AGROALIMENTARE	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,9
VIGILI DEL FUOCO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,9
ADDETT. SPETTACOLI	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,9
CONFEZ. PRODOTTI CASA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,9
COMM. INGROSSO LEGNO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,9
IND. CARTOTECNICA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,9
	12	24	9	7	9	11	9	17	13	5	116	100

## Infortuni MORTALI - Per MODALITA' ACCADIMENTO

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTALI	%
CADUTE DALL'ALTO	8	11	3	1	0	5	4	3	2	0	37	31,9
MOVIMENTAZIONE CON MEZZI SOLL.	0	3	3	3	5	2	2	4	7	1	30	25,9
ATTREZZATURE DI LAVORO	2	4	0	2	1	1	2	5	3	1	21	18,1
CEDIMENTO,CROLLO SCAVI	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	4	3,4
SCIVOLAMENTO (in piano, in montagna)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,9
CADUTA IN PROFONDITA' (aperture suolo)	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2,6
INCIDENTE STRADALE	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1,7
ESPLOSIONE - USTIONI	0	3	1	0	1	1	0	1	0	0	7	6,0
ANNEGAMENTO	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	3	2,6
ELETTROCUZIONE	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	4	3,4
SCHIACCIAMENTO (da Materiale - Animali)	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	4	3,4
totali	12	24	9	7	9	11	9	17	13	5	116	100

### I dati analizzati portano ad alcune riflessioni:

anche se nell'ultimo anno si è registrata una sensibile riduzione degli infortuni mortali in provincia di Bergamo, deve restare alta l'attenzione in particolare in alcuni settori produttivi.

**L'Edilizia** si conferma tra i settori a maggior rischio di infortuni gravi e mortali nonostante l'attenzione, l'impegno e le iniziative mirate attuate localmente già da diversi anni. In questo comparto, al rischio intrinsecamente legato alle attività svolte, si associa sempre più un'organizzazione del lavoro parcellizzata e in continuo divenire. In altri termini i rischi interferenziali si associano ai più classici rischi dovuti a: lavori in altezza, movimentazione e trasporto materiali, utilizzo attrezzature pericolose, variabilità dell'ambiente e delle mansioni lavorative. Questo rafforza ulteriormente la convinzione che è indispensabile un approccio coordinato e continuo fra tutti gli attori coinvolti nella gestione quotidiana della sicurezza nel singolo cantiere.

Settore emergente per gravità delle conseguenze degli infortuni è rappresentato da “**Autotrasporti e Movimentazione Merci**”. Tali attività sempre più spesso sono affidate stabilmente ad Imprese esterne anche nell’ambito di grandi Ditte. Questo settore presenta alcune analogie con l’Edilizia in quanto ai rischi intrinseci, dovuti a movimentazione di materiali vari con mezzi di sollevamento e trasporto e variabilità dell’ambiente e delle mansioni lavorative, è spesso associata un’organizzazione del lavoro parcellizzata e in continuo movimento.

Anche in questo caso, pertanto, solo una condivisione dell’emergente importanza di questo settore ed un approccio coordinato fra tutte le Organizzazioni ed Enti coinvolti può essere indicato per affrontare un problema tanto articolato.

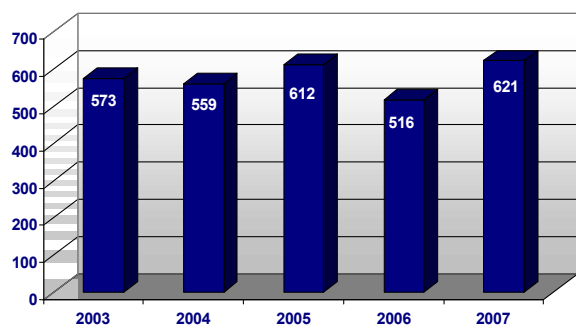
Le **Cadute dall’alto e la Movimentazione dei materiali con mezzi di sollevamento e trasporto** sono modalità comuni a tutti i comparti sui quali, a livello locale, sono già stati avviati da qualche tempo campagne di informazione, approfondimenti nonché la diffusione e socializzazione delle esperienze positive.

## MALATTIE PROFESSIONALI

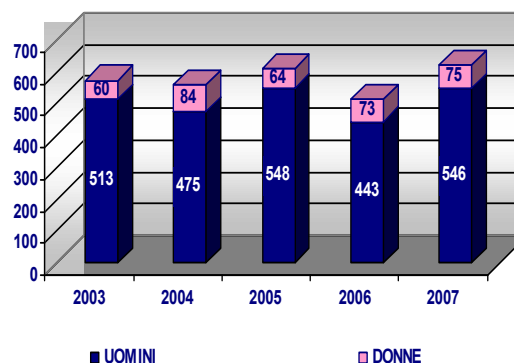
L’Archivio delle Malattie Professionali (Sistema MALPROF/Integra) è alimentato da più fonti informative appartenenti sia al Sistema Sanitario Regionale (U.O.O.M.L., Medici competenti, Medici specialisti, Medici di M.G., Istituti Universitari di Medicina del Lavoro, Ospedali, ecc..), sia non sanitari (Patronati, INAIL). Nel periodo 2003 - 2007 sono pervenute al Servizio PSAL dell’ASL di Bergamo complessivamente 2.881 segnalazioni di malattia professionale. Le principali fonti informative nella nostra provincia sono rappresentate dalla U.O. Ospedaliera di Medicina del Lavoro (55 %), dai Medici competenti (33 %) e dall’INAIL (9 %). Le altre fonti (3 %) di segnalazioni sono costituite da Istituti Universitari di M.L., Patronati, Medici di Medicina Generale e Specialisti. Il numero di patologie segnalate annualmente (grafico 1) appare pressoché costante con una lieve flessione registrata a partire dall’ultimo quinquennio anche se, nell’anno 2005, si è registrato un anomalo aumento di segnalazioni, risultate ad una più approfondita analisi, prive di nesso di causalità. Le patologie segnalate riguardano nell’88 % Uomini e solo nel 12% dei casi Donne (grafico 1 bis). Le segnalazioni di malattia professionale pervenute sono generalmente accompagnate da dati clinico-anamnestici e dati occupazionali sufficienti a definire un nesso causale con l’esposizione professionale (grafico 2). Nell’88% dei casi le patologie segnalate sono state definite con nesso probabile o altamente probabile in relazione al lavoro.

**Malattie professionali segnalate per anno  
2003 - 2007 (N = 2.881)**

**Grafico 1**

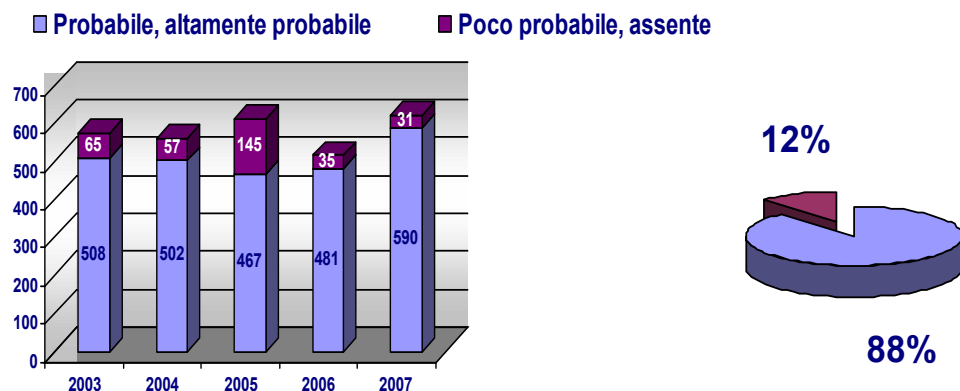


**Grafico 1 bis**



## Grafico 2

**Patologie suddivise per nesso 2003 - 2007**  
(N = 2.881)



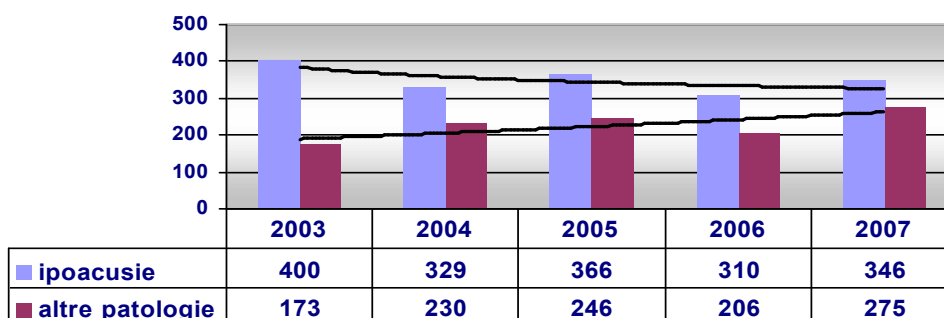
Le principali classi di patologie segnalate periodo 2003 – 2007 sono riportate nella tabella 1:  
tabella 1

<u>Classi di patologie</u>	<u>N°</u>	<u>%</u>
<b>ipoacusie</b>	<b>1.751</b>	<b>61%</b>
<b>muscoloscheletriche</b>	<b>495</b>	<b>17%</b>
<b>cutanee</b>	<b>175</b>	<b>6%</b>
<b>apparato respiratorio</b>	<b>170</b>	<b>6%</b>
<b>tumori</b>	<b>166</b>	<b>6%</b>
<b>miscellanea</b>	<b>124</b>	<b>4%</b>
<b>Totali</b>	<b>2.881</b>	<b>100%</b>

Si evidenzia una netta prevalenza di **ipoacusie** rispetto al totale delle segnalazioni. Nel corso degli anni si assiste però ad un lento ma significativo cambiamento delle patologie professionali segnalate (grafico 3). Infatti se dal 1999 al 2002 le ipoacusie rappresentavano più del 70% delle segnalazioni, successivamente si registra un decremento delle ipoacusie e, a parità di segnalazioni, un concomitante incremento di altre patologie.

## Grafico 3

**Malattie Professionali segnalate 2003 - 2007**  
**ipoacusie e altre patologie (N = 2.881)**



Tra i disturbi muscolo scheletrici, che costituiscono il 17% delle patologie segnalate, prevalgono le patologie da sovraccarico degli arti superiori che costituiscono complessivamente il 54% della quota di tali patologie professionali. Le patologie cutanee (6%) sono nel 77% dei casi Dermatiti allergiche da contatto. Le patologie respiratorie (6%) sono costituite prevalentemente da asma (27%), asbestosi e pleuropatie “benigne” da amianto (25%), Broncopneumopatie croniche ostruttive (15%), riniti allergiche (14%), silicosi (12%), altre pneumoconiosi (6%). Per quanto concerne i tumori professionali, prevalgono le segnalazioni di casi di mesotelioma (62%) ed i tumori polmonari (30%).

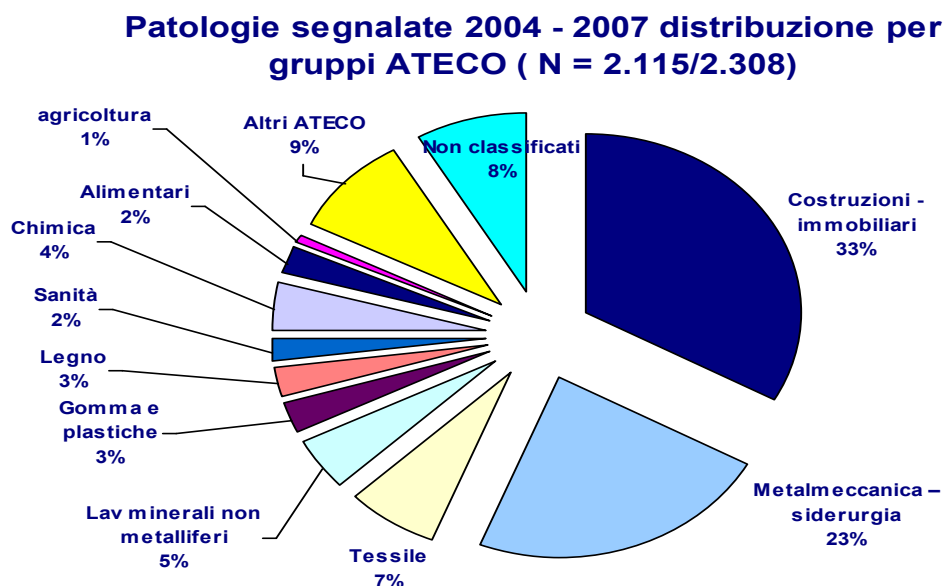
La distribuzione delle patologie segnalate per anno e per principali settori produttivi è descritta nella tabella 2

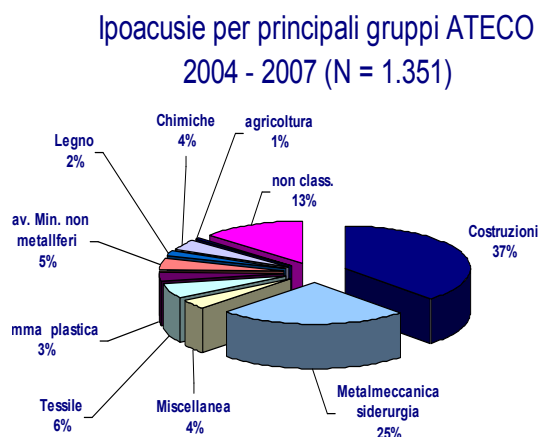
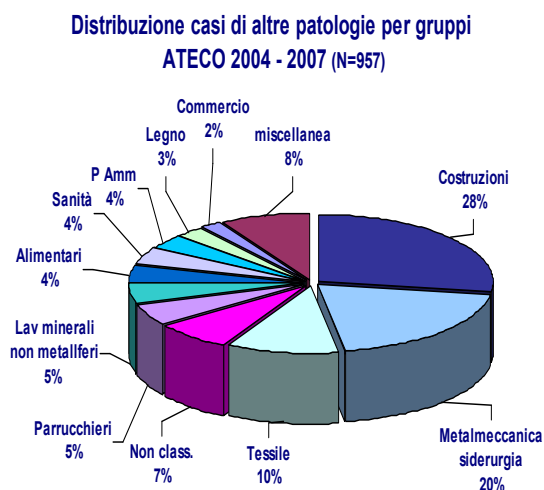
Tabella 2

Principali gruppi ATECO	2004	2005	2006	2007	totale
Costruzioni - immobiliari	189	195	168	213	765
Metalmeccanica – siderurgia	134	137	123	132	526
Tessile	36	55	40	26	157
Lav minerali non metalliferi	34	33	22	22	111
Gomma e plastiche	10	8	22	23	63
Legno	18	16	19	8	61
Sanità	11	3	15	21	50
Chimica	12	61	8	16	97
Alimentari	16	9	6	26	57
agricoltura	5	1	5	3	14
Altri ATECO	65	29	51	69	214
Non classificate	29	65	37	62	193
<b>totale</b>	<b>559</b>	<b>612</b>	<b>516</b>	<b>621</b>	<b>2.308</b>

Oltre il 50% delle patologie segnalate (grafico 4) riguarda lavoratori occupati in edilizia e in metalmeccanica. In particolare si concentrano in questi settori produttivi più del 60% delle ipoacusie (grafico 5) ed il 48% delle altre patologie (grafico 6) costituite in maggioranza da patologie muscoloscheletriche.

grafico 4



**Grafico 5****Grafico 6**

### **Sorveglianza epidemiologica dei Tumori Professionali e lavoro-correlati periodo 2004 - 2007.**

Nella Provincia di Bergamo, il progetto di ricerca attiva dei tumori professionali è svolta dal personale sanitario del Servizio PSAL dell'ASL e dai medici del Lavoro della U.S.C. Medicina del Lavoro dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo. Per ogni caso rilevato e registrato viene attivata una indagine epidemiologica volta a raccogliere il maggior numero di informazioni sia cliniche che occupazionali. A livello operativo, il personale del Servizio PSAL effettua la ricerca sul territorio, mentre i medici della USC Ospedaliera si occupano dei casi ricoverati presso il loro presidio Ospedaliero. Nell'ambito della ricerca attiva di mesoteliomi e tumori naso sinusali (KSN), le informazioni raccolte per ogni singolo caso sono analizzate collegialmente da un gruppo di lavoro provinciale costituito da personale dell'ASL e della USC di Medicina del Lavoro con la partecipazione di un Medico dell'INAIL; in particolare il gruppo di lavoro valuta le informazioni raccolte per poter attribuire o meno il nesso di causalità professionale. Per i mesoteliomi ed i tumori naso sinusali, la raccolta delle informazioni avviene con metodiche standardizzate indicate nelle linee guida ISPESL.

### **Tipi di neoplasia considerati**

Come indicato dalla Regione Lombardia, oltre alla consolidata ricerca attiva dei mesoteliomi, abbiamo concentrato l'attenzione sui seguenti tipi di neoplasie:

- tumori dei *seni nasali e paranasali*, tutti i casi di tumori epiteliali;
- tumori della *vescica* negli esposti dell'industria della gomma e del cuoio e calzature;
- Tumori del *polmone* negli esposti dell'industria della gomma, del trattamento metalli, siderurgia e metalmeccanica.

La ricerca viene inoltre attivata in caso di:

- presenza di “cluster” (aggregazione inusuale di casi della stessa patologia tumorale in un'azienda);
- presenza di ex esposti in aziende note al Servizio PSAL per presenza di elevato rischio cancerogeno;

La scelta di indagare in particolare tali neoplasie è dovuta essenzialmente a due motivi: il primo è che questi tipi di tumore hanno una alta/media frazione etiologica attribuibile ad

una esposizione professionale, come nel caso delle neoplasie naso sinusali, il secondo è dato dal fatto che la sopravvivenza, in questi tumori, dopo la diagnosi, è relativamente elevata e consente, quindi, di poter raccogliere informazioni direttamente dal soggetto.

#### **Fonti informative:**

- *SDO* (Schede di Dimissione Ospedaliera). L'Ufficio Epidemiologico dell'ASL fornisce annualmente, su richiesta del Servizio PSAL, le schede relative ai casi di neoplasie naso sinusali e mesotelioma;
- *OCCAM* (Occupational Cancer Monitoring) per i tumori del polmone, della vescica, della pleura, del fegato e naso sinusali. OCCAM -Istituto Tumori di Milano - fornisce dati sui ricoverati in provincia di Bergamo con patologia tumorale. Nel 2006 ha fornito dati relativi al 2003/2004 indicando le attività lavorative svolte dal soggetto ricavate dall'archivio dell'INPS;
- Registro Regionale dei Mesoteliomi
- *Archivi del Servizio PSAL*
- *Segnalazioni effettuata da Medici Ospedalieri, INAIL, Medici Competenti, Patronati;*

#### **Criteri per la selezione dei casi da indagare:**

- mesotelioma: tutti i casi segnalati;
- neoplasie naso sinusali (KSN): tutti i casi di tumore epiteliale segnalati;
- neoplasie del polmone: tutti i casi segnalati in ex lavoratori di galvanica, fusione ferro ed acciaio, gomma;
- neoplasie della vescica: tutti i casi segnalati in ex lavoratori di gomma e calzature;
- presenza di cluster
- Ulteriori criteri di selezione:
  - tumori professionali ricompresi nelle liste allegate al D.M. 27 aprile 2004 ed aggiornate con il D.M. 14 gennaio 2008, la cui origine lavorativa è di elevata probabilità
  - carcinomi della vescica e leucemia nel comparto grafica e stampa
  - tumori della vescica nel comparto tessile

**Le indagini sui casi** di mesotelioma e di tumori dei seni nasali e paranasali vengono condotte secondo le indicazioni date dal Registro Regionale e dalle Linee Guida dell'ISPESL. La maggior parte dei casi di mesotelioma sono segnalati direttamente dal Registro Regionale. Per gli altri tumori (metodica OCCAM) si procede inizialmente scegliendo i casi da indagare sulla base delle tabelle fornite per lo scopo e divise per settore produttivo. In tal modo è possibile rilevare i casi di interesse selezionando la tipologia di tumore per specifico comparto produttivo e per azienda. Le tabelle OCCAM riportano tutti i casi dei tumori considerati, residenti nell'ASL ed insorti nel periodo in esame; questo consente di valutare la presenza di più casi di una medesima neoplasia all'interno della stessa azienda e di rilevare perciò eventuali cluster.

**Individuati i soggetti** che possono essersi ammalati di neoplasia professionale all'interno di ciascun comparto produttivo e per azienda, è necessario approfondirne la storia clinica e professionale al fine di acquisire le informazioni mancanti. Per tutti i casi selezionati da OCCAM o segnalati dalle diverse fonti, si inoltra richiesta di cartella clinica al presidio ospedaliero ove il paziente risulta essere stato ricoverato.

Nel caso delle neoplasie naso sinusali, ricevute le cartelle, il passo successivo consiste nel selezionare i tumori in base al tipo istologico scartando quelli non epiteliali considerati certamente non professionali. La raccolta delle informazioni sull'esposizione ad agenti cancerogeni per i casi di neoplasia naso-sinusale e mesotelioma viene effettuata mediante

intervista strutturata al paziente o ad un familiare, utilizzando i questionari predisposti ad hoc dall'ISPESL mentre per gli altri tipi di tumore viene raccolta un' anamnesi clinica e lavorativa ma senza utilizzo di uno specifico questionario strutturato. Tutte le informazioni raccolte sono trasmesse alla Regione.

In caso di attribuzione di causa professionale per il tumore segnalato si effettua denuncia all'INAIL e l' indagine di Polizia Giudiziaria di competenza.

#### Risultati

Nel periodo 2004 – 2007 sono stati segnalati 176 tumori e di questi, 174 casi (99%) rispondevano ai criteri di selezione per essere sottoposti ad indagine specifica. È stato possibile effettuare un'indagine completa per 169 neoplasie e in 83 casi (49 % delle indagini) è stato possibile ricondurre la causa ad una esposizione professionale.

Riportiamo una sintesi dell'attività svolta nel periodo 2004-2007 con indicazione dei casi definiti con causa professionale (Tab. 1), descrizione della tipologia di tumori indagati (Tab.2). Nella Tabella 3 si riassumono i comparti produttivi considerati nello studio e le attività produttive in cui sono stati rilevati casi di origine professionale.

**Tabella 1: Attività di ricerca periodo 2004 - 2007**

ANNO	2004	2005	2006	2007	TOTALE
<b>Numero casi segnalati</b>	<b>39</b>	<b>31</b>	<b>74</b>	<b>32</b>	<b>176</b>
<b>Numero casi selezionati</b>	<b>39</b>	<b>31</b>	<b>74</b>	<b>30</b>	<b>174</b>
<b>Numero indagini svolte</b>	<b>39</b>	<b>30</b>	<b>74</b>	<b>26</b>	<b>169</b>
<b>Numero casi di origine professionale</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>56</b>	<b>9</b>	<b>83</b>

**Tabella 2.** Tipologia dei tumori indagati in provincia di Bergamo nel periodo 2004 – 2007 e definiti come professionali

Anno	Tipo di tumore	Numero indagini svolte	Numero casi di origine professionale
2004	mesoteliomi	21	8
	KSN	18	1
2005	mesoteliomi	15	8
	KSN	2	0
	T. Vescica	13	1
2006	mesoteliomi	14	1
	KSN	5	0
	<b>Cluster (*)</b>	<b>55</b>	<b>55</b>
2007	mesoteliomi	13	4
	KSN	5	3
	Vescica	5	0
	Polmone	5	2

(\*) cluster di mesoteliomi, T. polmone, T. laringe in azienda siderurgica/acciaio; cluster: neoplasia polmone in industria meccanica.

Tabella 3

<b>Attività prese in considerazione per la ricerca attiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- meccanica;</li> <li>- acciaieria;</li> <li>- lavorazione legno;</li> <li>- tessile;</li> <li>- cluster.</li> </ul>	<b>Attività con casi di Tumori di origine professionale (in ordine decrescente)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- siderurgia/acciaio (cluster: mesoteliomi, neoplasia polmone, laringe...);</li> <li>- meccanica (cluster: neoplasia polmone);</li> <li>- lavorazione legno (neoplasie naso-sinusal).</li> </ul>
---	---

## **Conclusioni**

Il Servizio PSAL della ASL di Bergamo, anche per il triennio 2008-2010, aderisce al Progetto della Regione Lombardia, ritenendo l'attività di ricerca sui tumori professionali una priorità da un punto di vista professionale ed etico.

Nel triennio prossimo si prevede di:

- proseguire con l'attività di ricerca dell'attività svolta finora;
- estendere l'attività di sorveglianza attiva dei tumori ad altre neoplasie o settori produttivi finora non considerati;
- proseguire la collaborazione con i colleghi della UOOML, sia nella gestione dei registri specifici (Mesoteliomi e Tumori nasosinusal) che per un confronto costruttivo sui criteri di ricerca e nella valutazione dei casi;
- promuovere ulteriori iniziative di informazione, in particolare per i medici competenti, per il riconoscimento della natura professionale dei tumori e per una adeguata collaborazione per la loro notifica, nel rispetto della normativa vigente.

## **2. ORDINAMENTO PROBLEMI E DEFINIZIONE DELLE PRIORITÀ**

I problemi di salute rilevati (infortuni e malattie professionali) sono stati graduati per frequenza e severità. Considerando la frequenza e la gravità del fenomeno infortunistico e delle patologie occupazionali rilevate e del loro andamento temporale, sono stati attribuiti i seguenti livelli di rischio per i lavoratori occupati nelle attività produttive presenti:

**Livello 1 (rischio elevato)** = attività con tasso d'infortuni superiore al tasso grezzo medio provinciale ( $> 29$ ) e/o con frazione di infortuni con postumi permanenti  $> 5\%$ , con evidenza di almeno un infortunio mortale (archivio ASL) negli ultimi 5 anni. Elevata percentuale di malattie professionali o probabile presenza di casi (sottosegnalazioni):

**Livello 2 (rischio medio – elevato)** = attività con tasso d'infortuni uguale o superiore al tasso grezzo provinciale ( $=$  o  $> 29$ ) e/o con frazione di infortuni con postumi permanenti e mortali compresa tra 3 e 5%. Evidenza di casi di malattie professionali o probabile presenza di casi (sottosegnalazioni).

**Livello 3 (rischio medio – basso)** = attività con tassi compresi tra i valori medi regionali (24) e i valori medi provinciali ( $< 29$ ) e/o con valori della frazione di infortuni con postumi permanenti e mortali compresi tra 2 e 3 %. Evidenza di casi di malattie professionali o probabile presenza di casi (sottosegnalazioni).



**Livello 4 (rischio basso)** = saranno considerati tali i settori produttivi con tassi infortunistici inferiori alla media regionale (24) e/o che presentano valori trascurabili (inferiori a 2%) di infortuni con postumi permanenti e mortali. Assenza di casi di patologie professionali ma probabile evidenza (sottosegnalazioni).

Sono stabiliti inoltre i seguenti criteri aggiuntivi con i quali selezionare concretamente le attività produttive da sottoporre a controlli nell'anno e programmare la relativa attività:

- Prevedibilità danni (es.: aziende in cui s'identifichino cluster di patologie quali ipoacusie, patologie da sovraccarico biomeccanico, patologie cutanee di natura allergica, attività produttive con presenza di cancerogeni)
- Tipologia attività (industriali, artigianali) in cui necessitano controlli integrati e coordinati tra i servizi del dipartimento di prevenzione. Attività con tassi grezzi contenuti ma con frazione di infortuni con esiti permanenti e mortali superiore a 2%
- Numero occupati nel settore
- Tipologia soggetti esposti
- Complessità e grandezza struttura

Graduazione del livello di rischio per attività economica

INDICATORI STATISTICI. TRIENNIO 2003-2005 ASL Bergamo					
Attività economica	Addetti (inail)	Tasso grezzo infortuni indennizzati	% infortuni perm e mort su totale indennizzati	malattie professionali ASL valore % valutazione	livelo di rischio per i lavoratori
CB Estraz. minerali non energetici	2.241	35,7	12,5	probabili	1
A Agricoltura,Caccia,Silvicoltura	1.640	55,5	12,1	1	1
F Costruzioni	140.849	42,8	7,7	33	1
E Energia elettrica,gas,acque	4.755	35,3	7,1	probabili	1
DD Ind. del legno	13.356	46,9	6,5	3	1
DN Altre industrie manifatturiere	21.096	31,2	6,2	9	1
DI fabbricazione di prodotti della lavorazione minerali non metalliferi	31.642	30,4	5,6	probabili	1
I Trasposrti,magazzinaggio	40.542	53,5	5,6	probabili	1
DJ Metallurgia	108.728	47,4	4,6	23	1
DM Fabbr. mezzi di trasporto	17.607	56,7	1,9	probabili	2
DA Ind. alimentari.Bevande.Tabacco	21.021	37,5	3,7	2	2
DH Fabbr. art. in gomma/mat. plastiche	37.259	33,8	3,5	3	2
DE fabbr. carta,cartoni,Editoria	24.732	30,0	3,4	probabili	2
H Alberghi e ristoranti	27.359	30,3	3,3	probabili	2
DK Industria meccanica	74.495	35,5	3,3	23	2
DB Ind. tessili.Abbigliamento	63.718	28,2	3,1	7	2
DG Fabbr. prod. chimici.Fibre sintetiche	30.703	28,9	2,5	4	2
K Immobili.Informatica.Ricerca	80.618	15,4	5,5	probabili	3
L Pubblica amministrazione	23.229	14,4	4,5	probabili	3
G Commercio.Riparazioni.	149.127	19,4	4,2	probabili	3
DC Ind. conciarie	2.418	21,5	3,8	probabili	3
O Altri servizi pubblici	31.718	18,1	3,5	probabili	3
DL Elettromeccanica.Ottica	37.424	18,7	2,7	probabili	3
N Sanità	46.413	18,7	2,7	2	3
DF Fabbr. coke,petrolio.Nucleare	326	30,7	0,0	probabili	3
J Intermediazione finanziaria	70.838	1,0	8,1	probabili	4
M Istruzione	7.063	12,2	1,2	probabili	4
Totale	1.110.917	29,5	4,8		

### **3. PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO**

Le attività di controllo descritte nella specifica tabella allegata garantiranno i seguenti parametri:

1. almeno il 60% del totale dei controlli saranno effettuati in attività individuate con livelli di rischio 1 e 2.
2. sarà garantita l'effettuazione della stessa quota di controlli assegnata al Servizio PSAL per il 2008;

Poiché i risultati relativi all'analisi degli infortuni e malattie professionali non differenziano in modo significativo la nostra ASL dalla Regione Lombardia, viene assicurata la realizzazione delle specifiche attività previste nell'ambito dei Laboratori di approfondimento ed in particolare:

- edilizia
- agricoltura
- metalmeccanica
- logistica e trasporti
- prevenzione dei tumori professionali
- rischio chimico
- Patologie da sovraccarico biomeccanico
- SGS

Nell'ambito del settore produttivo "trasporti e magazzinaggio" sarà inoltre realizzata un'indagine campionaria mirata alla verifica degli aspetti legati al consumo di alcol e stupefacenti (percezione del rischio, adempimenti normativi, sorveglianza sanitaria ecc..)

Nell'attività di vigilanza in edilizia ed agricoltura, saranno potenziate le integrazioni, già in atto, con gli altri Enti ispettivi in materia di lavoro (Direzione Provinciale del Lavoro, INAIL, INPS) e la Polizia Locale. Il potenziamento del sistema informativo integrato tra gli Enti interessati rappresenta un obiettivo prioritario. Nello svolgimento dell'attività è necessario il coordinamento con:

- altri Dipartimenti dell' ASL (Veterinario per il progetto Agricoltura, PAC per il progetto Sanità);
- altri Servizi del DPM (SIAN per i progetti Agricoltura e Scuole, SISP e SISL per la vigilanza nelle scuole, SISP per l'Amianto, SISP e SISL per la vigilanza in Edilizia);
- altri enti: U.O. Ospedaliera di Medicina del Lavoro degli Ospedali Riuniti di Bergamo (per i progetti Agricoltura, Tumori Professionali, Edilizia, Trasporti, patologie allergiche), ARPA (per misurazioni ambientali Amianto...), Provincia, per la vigilanza su commercio e utilizzo fitosanitari in Agricoltura;
- Università di Bergamo, Facoltà di Ingegneria e di Scienze dell' Educazione per il progetto Edilizia.

Una particolare azione sarà condotta per la ricerca attiva dei tumori ad elevata frazione eziologica Professionale, così come previsto dallo specifico Progetto Regionale – LADA Tumori.

Il Servizio PSAL assicura il supporto tecnico e formativo agli altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione, coinvolti nell'effettuazione di una quota dei controlli in ambienti di lavoro. Si prevede infatti, anche per il 2009, il coinvolgimento di altri Servizi del Dipartimento, quali ad es. SISL, SIAN, SISP, DPV e Dipartimento PAC nonché di strutture e istituzioni esterne all'ASL, quali la Direzione Provinciale del Lavoro, l'INAIL e la Polizia Locale. In particolare con lo STER della Provincia di Bergamo si è

concordato di rilanciare anche per il 2009 la campagna di formazione indirizzata agli agenti di Polizie locali, finalizzata al riconoscimento dei rischi nei cantieri e per i mezzi di trasporto agricoli.

Con i Servizi del DPV e SIAN è prevista la continuazione dell'attività di formazione di base sulla sicurezza delle principali attrezzature normalmente utilizzate nelle imprese alimentari, per estendere l'attività di controllo, quanto meno per le realtà di maggiori dimensioni e con un numero consistente di addetti.

Il dettaglio delle attività programmate per il 2009 è riportato nell'allegata tabella 1.

### **Impiantistica e Sicurezza Lavoro**

E' prevista la piena attuazione del Piano Organizzativo Aziendale approvato dalla Regione Lombardia nello scorso dicembre, che prevede la integrazione negli uffici territoriali di Prevenzione e sicurezza lavoro, delle funzioni "erogative" di verifica periodica degli impianti e delle funzioni di vigilanza.

Nella tabella 1 dell'allegato 2 (Circolare Regionale 19/SAN/2008 – Attività di vigilanza programmata per l'anno 2009) vengono indicati i volumi dell'attività di controllo - nelle diverse tipologie di insediamenti che comprendono anche le verifiche periodiche e gli interventi di vigilanza da parte del Servizio Impiantistico e Sicurezza sul Lavoro.

Rispetto al 2008 si prevede di riorientare le risorse tecniche presenti nel Servizio sulle verifiche periodiche rimaste di esclusiva competenza dell'ASL (apparecchi a pressione, e impianti di sollevamento industriale).

## **Allegato n. 1**

### **Costituzione Gruppo di Lavoro**

#### **“Definizione di strumenti di analisi per il processo di programmazione del DPM e del DPV”**

Si è preso in esame l'indirizzo contenuto nell'allegato 5 della Delibera della Regole 2009 riguardante la necessità di fondare la programmazione delle attività di Prevenzione:

- sull'analisi di contesto in modo da individuare le priorità di azione
- sulle possibilità di monitorare i risultati in termini di riduzione dei danni alla salute prevenibili o contenibili
- se possibile su un'analisi costo/efficacia o costo/utilità o costo/benefici

Si è osservato che l'applicazione di questo indirizzo può essere sviluppata su due direttrici parallele e tra loro interagenti:

- la prima compete alla valorizzazione dei dati correnti, dei loro flussi e delle loro interrelazioni al fine della interpretazione degli stessi in termini di stato di salute della popolazione e di legame tra il danno e possibili esposizioni a fattori di rischio;
- la seconda riguarda lo sviluppo di metodologie di elaborazione di dati correnti e la loro integrazione con dati raccolti ad hoc per individuare la collocazione spazio-temporale dei fattori che determinano lo stato di salute e delineare possibili approcci di intervento preventivo basato su evidenze di efficacia.

Si è preso atto che la realizzazione di questo doppio percorso necessita, da un lato, della correlazione tra competenze diverse già presenti nell'ASL e, dall'altro, dell'“innesco” di processi innovativi soprattutto attraverso il contributo di competenze esterne specificamente appropriate.

Si è quindi deciso ritiene quindi di:

1. costituire un gruppo interdisciplinare di cui faranno parte Il DPM, il DPV, il PAC, il Servizio Epidemiologico;
2. conferire temporaneamente il coordinamento di questo gruppo a Raffaele Paganoni;
3. di definire entro marzo 2009 un incarico di consulenza a un epidemiologo competente per supportare il processo individuato;
4. di dare mandato a questo gruppo di analizzare entro la fine 2009 attraverso gli strumenti di cui sopra sette processi/rischi/tipologie di insediamento (uno per ogni Area del DPM e del DPV) da concordarsi con i responsabili delle Aree suddette;
5. di dare dare mandato al DPM di proporre una delibera ad hoc.

Si segnala che il G.d.L. dovrà lavorare in stretto rapporto con il gruppo di operatori dell'ASL che presidiano la sperimentazione sul nuovo Sistema informativo per la quale la nostra ASL è stata individuata dalla Regionale Lombardia fra le ASL “pilota”.

## **Allegato 2**

Circolare 19/SAN/2008

Tabella 1 - ATTIVITA' DI VIGILANZA PROGRAMMATA PER IL 2009

Tabella 2 – ATTIVITA' DI CAMPIONAMENTO PREVISTA PER IL 2009

## **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO**

### **ANALISI DELLA SITUAZIONE TERRITORIALE**

#### **Il contesto: attività soggette a vigilanza dei Servizi del Dipartimento Veterinario**

#### **486 Impianti RICONOSCIUTI (CE) ed abilitati all'esportazione:**

- 10 Macelli industriali
- 138 Macelli a capacità limitata (iter di riconoscimento in atto)
- 1 Impianto trasformazione export USA
- 31 Grandi impianti di trasformazione
- 239 Stabilimenti di trasformazione/deposito di Media potenzialità
- 67 Laboratori Trasformazione latte in alpeggio

#### **1.298 Impianti REGISTRATI**

- 153 depositi registrati
- 146 produzioni a base di latte,
- 11 centri imballaggio uova
- 68 laboratori smielatura
- 898 Macellerie e Pescherie
- 22 impianti di macellazione stagionali suini

A ciò si aggiungano le **attività alimentari soggette al controllo coordinato del DPM e del DPV:**

- 2033 esercizi di commercio al dettaglio in sede fissa od ambulante;
- 17 ipermercati;
- 2.207 esercizi di ristorazione con somministrazione;
- 99 agriturismi
- mense ospedaliere;
- 65 mense assistenziali;
- 606 mense scolastiche ed aziendali con preparazione pasti;
- 25 centri cottura

N° 2.334 aziende registrate per il regolamento CE183/05 (produzione di alimenti destinati alimentazione zootecnica)

### **GLI ALLEVAMENTI**

#### **BOVINI**

- ❑ N° Allevamenti 3.970
  - ❑ N° totale Capi 148.549 di cui:
    - n° 917 aziende da riproduzione latte con 113.746 capi
    - n° 1.185 aziende linea vacca/vitello con 10.133 capi
    - n° 1.868 aziende da carne rossa e bianca con 24.670 capi
- N°860 allevamenti bovini deputati produzione latte, di cui n° 34 allevamenti con produzione di latte crudo destinato al consumo umano diretto

#### SUINI

- ❑ N° Allevamenti 1.573
- ❑ N° totale Capi 376.355 di cui:
  - n° 137 aziende da riproduzione con 210.818 capi
  - n° 329 aziende da ingrasso con 163.673 capi
  - n° 1.107 aziende da autoconsumo con 1.864 capi

#### OVICAPRINI

- ❑ N° 2.559 AZIENDE TOTALE CAPI 57.063

#### EQUIDI

- ❑ N° 1.965 AZIENDE TOTALE CAPI 8.632

#### AVICOLI

- ❑ N° 266 AZIENDE TOTALE CAPI 3.804.126

#### ACQUACOLTURA

- ❑ N° 7 AZIENDE

#### CERVIDI

- ❑ N° 53 AZIENDE

#### VOLATILI DA RICHIAMO

- ❑ N° 21 AZIENDE

#### PARCHI FAUNISTICI / ZOO

- ❑ N° 2

#### CANILE SANITARIO

- ❑ N° 1, 1.600 CAPI/ANNO

#### CANILI

- ❑ N° 40, 1.500 CAPI

#### COLONIE FELINE

- ❑ N° 285

### **ANALISI DEI BISOGNI**

#### **Premesso che l'attività dei servizi veterinari si prefigge di:**

- Garantire la sicurezza alimentare dei prodotti di origine animale sia di origine provinciale che commercializzati;
- Garantire i prerequisiti necessari agli allevamenti per produrre prodotti di o.a. e per impedire il diffondersi di malattie infettive del bestiame e/o zoonosi;
- Garantire, sotto il profilo igienico sanitario, la movimentazione ed il libero scambio di animali vivi e di prodotti di origine animale sul territorio Comunitario e verso i Paesi Extracomunitari;

**di seguito si riportano gli strumenti e le azioni utili e necessari necessarie al DPV per migliorarne l'attività di controllo:**

- Implementare una banca dati informatizzata riportante le anagrafi complete di tutti gli impianti produttivi (allevamenti, mangimifici e industrie alimentari) della provincia, suddivise per tipologia
- Realizzare di un sistema di integrazione degli applicativi informatici veterinari (anagrafi zootecniche, anagrafi degli stabilimenti, attività di controllo);
- Identificare i pericoli collegati alle diverse tipologie produttive
- Programmare l'attività di controllo negli impianti produttivi della provincia secondo criteri direttamente proporzionati al rischio sanitario potenziale rappresentato da ogni singola struttura e/o categoria di attività
- Allocare le risorse disponibile in funzione dell'analisi di cui al punto precedente
- Attuare i controlli secondo criteri uniformi e condivisi
- Innescare un processo costruttivo di scambio e di ritorno continuo delle informazioni e delle osservazioni scaturite dagli atti di vigilanza nei confronti degli operatori e dei titolari delle ditte.
- Documentare correttamente tutte le attività svolte
- Adottare uno strumento di analisi che consenta una distribuzione ottimale delle risorse umane disponibili.
- Definire un programma di verifica provinciale dell'attività svolta con la predisposizione di un gruppo audit
- Predisporre procedure uniformi per la gestione del sistema d'allerta
- Ridefinire modalità di realizzazione degli interventi di vigilanza ed ispezione relativi al Piano Alimenti secondo criteri di efficacia ed efficienza;
- Migliorare del sistema di valutazione dell'attività e dei suoi risultati (indicatori);

### **ANALISI DELLE PROBLEMATICHE SANITARIE RISCONTRATE**

Il DPV dell'ASL della provincia di Bergamo, negli ultimi anni, si è dovuto confrontare con una serie di problematiche di ordine sanitario che di seguito, sinteticamente, si riportano:

#### **Azioni a tutela dello stato di salute del patrimonio zootecnico:**

- **Malattia Vescicolare del Suino**: dopo l'epidemia del 2006 – 2007 il livello di attenzione verso tale patologia infettiva del suino è ancora alto e comporta un'intensa azione di monitoraggio periodico ed onerose azioni straordinarie, disposte, anche in via eccezionale per tutto l'anno 2009, dalle Autorità Competenti al fine di prevenire e scongiurare la ricomparsa dell'infezione negli allevamenti provinciali e regionali.
- **Influenza Aviaria**: anche per il proseguono tutta una serie di misure straordinarie nel controllo dell'attività degli svezzatori – commercianti di materiale avicolo, punto critico per la diffusione di tale tipo di virus influenzale ed assoggettati a controlli estremamente ravvicinati e pressanti, nonché il puntuale assolvimento degli obblighi derivanti dai Piani di Monitoraggio nazionale e regionali
- **Blue Tongue da ceppo BTV8 ed altri ceppi nord europei**: l'epidemia in corso negli allevamenti di molti Stati Membri nord europei, storicamente esportatori di bovini sia da produzione che da riproduzione verso l'Italia ed in particolare verso la Regione Lombardia, mantiene un elevato livello di attenzione. Il Piano ministeriale di monitoraggio, che si prevede proseguirà per lo meno per tutto il 2009, comporta nella



nostra provincia l'esecuzione di migliaia di accertamenti diagnostici circa 60 aziende bovine, geograficamente distribuite in celle territoriali predeterminate, con frequenza quindicinale.

- **Zoonosi** Pur in una situazione rassicurante alcune particolari situazioni locali inducono a mantenere un elevato livello di attenzione nei confronti delle zoonosi in genere. Autorevoli fonti internazionali hanno giustamente segnalato che il 70% delle malattie che negli ultimi 20 anni hanno minacciato l'uomo arrivano dagli animali. Per tale motivo la vera emergenza del futuro è rappresentata dagli agenti patogeni veicolati dagli animali e quindi dalle possibili pandemie e zoonosi che si svilupperanno, veicolate dalla globalizzazione e facilitate dai cambiamenti climatici. A tale gruppo di patogeni appartengono virus e malattie con AIDS, Ebola, Influenza Aviaria, West Nile Disease
- **Tubercolosi Bovina** la ricomparsa di un ceppo di *Micobacterium bovis* in alcuni allevamenti della Valle Seriana e l'identificazione di una nuova varietà di micobacterio tubercolare (*Micobacterium caprae*), originario di un land tedesco e resosi responsabili di alcuni gravi focolai insorti tra il 2003 ed il 2006 nella zona posta a nord est del territorio provinciale, nonché l'evidenziazione, anche nel 2008, di un focolaio da *Micobacterium bovis* in capre, impone un attento monitoraggio della situazione epidemiologica ed il proseguimento di azioni straordinarie quali la prova di IDT con tubercolina PPD bovina in fase di pre – moving nei bovini oggetto di compravendita
- **West Nile Disease** A seguito di alcune positività sierologiche al virus della WND riscontrate in equini di un allevamento “amatoriale” sito nel comune di Ostiglia (MN), al fine di valutare la reale diffusione dell'infezione e quindi la distribuzione territoriale del virus, la regione Lombardia ha ritenuto opportuno adottare nella provincia di Mantova un piano di monitoraggio straordinario ed attivare un meccanismo di sorveglianza passiva in tutta la Regione

#### **Prevenzione del Randagismo e profilassi dell'infezione rabida:**

A seguito dell'emanazione della LR 16/2006 e, soprattutto, del relativo Regolamento di attuazione, nel 2009 è prevista un'intensa azione di verifica e monitoraggio dei canili in genere, più in particolare dei canili destinati a svolgere il ruolo di rifugio per i cani già transitati presso il canile sanitario e non riscattati dai legittimi proprietari. Dette azioni dovranno focalizzarsi sia sulle procedure di adeguamento delle strutture già esistenti ed in fase di rinnovo dell'autorizzazione sindacale, o di rilascio ex novo della medesima, sia sulle procedure di gestione delle strutture stesse, finalmente codificate dal Regolamento in questione.

Resta aperta la questione delle azioni da svolgersi in materia di controllo delle nascite dei cani ospitati nei canili rifugio ed in attesa di affido a terzi per le quali permangono dubbi interpretativi relativi alle recentissime modifiche apportate dal Consiglio Regionale ad alcuni commi di articoli della LR 16/2006 e difficoltà di natura giuridica.

Un eventuale coinvolgimento diretto del DPV in tale attività avrebbe comunque un impatto notevolissimo sulla programmazione dello stesso, anche in termini di risorse umane, di strutture adeguate e di risorse economico finanziarie al momento non disponibili.

#### **PRESENZA DI SOSTANZE/AGENTI INDESIDERATI/PERICOLOSI NELLE DERRATE ALIMENTARI DI ORIGINE ANIMALE**

- **Sistemi d'Allerta Alimentare:** la gestione dei SAA è stata una sostanziale innovazione introdotta nel 1999. Nell'ASL di Bergamo, il DPV ha gestito la media di circa 50/60

SAA/anno (2000: 25; 2001:23; 2002:57; 2003:41; 2004:74; 2005:110; 2006:70 2007: 55 )  
nel **2008: 54**

Le cause di attivazione più frequentemente riscontrate sono state:

- Salmonella spp. in carni e in prodotti derivati,
- Listeria monocytogenes in carni e prodotti e preparazioni a base di carne e prodotti caseari, ,
- sulfamidici e tilosina in miele
- problemi di etichettatura in prodotti della pesca, carni, prodotti e preparazioni a base di carne
- anisakis, mercurio, istamina, importazione irregolare, cattivo stato di conservazione in pesce congelato, conservato e fresco

e ancora:

- antibiotici, nitrofuranici e cortisonici nelle carni
- nitrati irregolari in prodotti a base di carne
- diossina in carni suine
- solfiti in crostacei, biotossine algali e virus in molluschi bivalvi vivi
- prodotti confezionati alterati

I sistemi di allerta hanno interessato anche il settore dell'alimentazione animale che come ben è stato evidenziato dalla recenti emergenze a livello internazionale (diossine nelle carni suine) necessita sempre più di un'attenta programmazione e verifica dei controlli.

Nel 2008 è stato riscontrato:

- salmonella mangime
- enterobacteriaceae mangimi per piccoli animali
- aflatossina m1
- fluoro in fosfato bicalcico
- salmonella in farina di estrazione di soia
- materiale specifico a rischio in mangime per piccoli animali

### **Malattie potenzialmente trasmesse da alimenti di origine animale:**

tali malattie hanno coinvolto il servizio veterinario in 68 casi nel 2008, su richiesta di intervento inoltrata dal DPM.

Le patologie diagnosticate attraverso analisi effettuate sull'uomo e/o comunque identificate come causa di malattie di origine alimentare sono state, principalmente:

- ☐ SALMONELLA (32)
- ☐ CAMPYLOBACTER (16)
- ☐ LISTERIA M. (4)
- ☐ SINDROME SGOMBROIDE (2)
- ☐ EPATITE A (4)
- ☐ ROTAVIRUS (1) E NOROVIRUS (1)

I sintomi sono, generalmente, di tipo gastrointestinale causa salmonellosi o campilobatteriosi; a volte, sono presenti altri sintomi (nervosi, allergici, ecc.) come in caso di listeriosi, sindrome sgombroide, epatite.

In genere, il luogo presunto di origine della malattia è il domicilio; in un minor numero di casi il pasto sospetto è stato consumato presso ristorazioni pubbliche o collettive.

In questi casi è stato, peraltro, possibile individuare con esattezza la fonte della malattia alimentare e l'intervento del servizio veterinario ha consentito l'individuazione certa della fonte patogena:

- 5 Campylobacter latte crudo
- 1 Yersinia latte crudo
- Salmonella gruppo D in uova (2 casi)
- Salmonella gruppo D in pasta fresca all'uovo consumata cruda
- Salmonella gruppo C in salame (2 casi) e
- Istamina in tonno fresco (sindrome sgombroide)

**Inoltre:**

- Rilevazioni al macello: antibiotici, chemioterapici e cortisonici nelle carni di animali macellati (suini e bovini); a fronte di macellazioni d'urgenza vengono rilevate saltuariamente contaminazioni da germi patogeni o alteranti.
- Rilevazioni nei prodotti ittici: le rilevazioni riguardano soprattutto la presenza di larve di anisakis in carni di pesce, di mercurio nei "predatori" di grossa taglia, di monossido di carbonio in carni di tonno trattate fraudolentemente, di istamina in carni di tonno non correttamente conservate.
- Rilevazioni nel latte e nei prodotti a base di latte:
- Rilevazioni in altri prodotti di origine animale: antibiotici e chemioterapici nel miele; additivi e conservanti nei prodotti a base di carne.

Per quanto riguarda il **Piano Nazionale Residui** nel 2008 sono state registrate le seguenti non conformità:

- **Prednisolone muscolo bovino (vacca)**
- **Ossitetraciclina muscolo suino**
- **Clortetraciclina muscolo suino**
- **Aflatossina m1 latte bovino**
- **Aflatossina m1 latte bovino**
- **Inibenti muscolo suino**
- **Inibenti muscolo suino**
- **Desametazono muscolo bovino**
- **Amoxicillina muscolo suino**
- **Marbofloxacin muscolo suino**
- **Colortetraciclina muscolo suino**
- **Doxiciclina muscolo suino**
- **Marbofloxacin muscolo suino**

Considerata la consistenza del patrimonio zootecnico provinciale il numero delle positività rilevate potrebbe apparire non particolarmente significativo e rassicurante circa una corretta gestione dei trattamenti chemioterapici effettuati negli allevamenti.

In realtà questi dati devono essere considerati un segnale di allarme che trova conferma delle risultanze degli accertamenti specifici di farmacosorveglianza svolti negli allevamenti.

Al fine di garantire la sicurezza alimentare quindi è necessario:

- ❑ acquisire maggiori informazioni possibili sulle molecole utilizzate nelle aziende, sia lecitamente che illecitamente.
- ❑ Integrare l'attività del Piano con attività di controllo che riguardino l'alimentazione e la farmacovigilanza al fine di consentire prelievi e campioni razionalmente mirati.
- ❑ Effettuare piani specifici per il controllo mirato soprattutto negli animali da riforma

Una novità introdotta nel 2008 è stata l'avvio di un piano di sorveglianza mediante il controllo istologico di organi bersaglio che possano rilevare la presenza di trattamenti illeciti.

Sono stati registrati un caso sospetto e due casi dubbi e sono in corso ulteriori accertamenti.

### **Micotossine**

Nel 2008 sono stati segnalati solo sporadici casi di positività nel latte di massa (10) e ne è stata immediatamente individuata l'origine nelle farine di mais di provenienza extra provinciale, con immediato rientro nei limiti previsti.

L'azione di monitoraggio ha quindi sortito degli ottimi risultati e si ritiene auspicabile e necessario proseguire tale tipologia di interventi anche nel 2009, mirando sempre più il periodo d'intervento.

Unitamente a tali controlli è stato avviato un monitoraggio sulle produzioni di cereali, individuando gli essiccatoi quali punti critici di controllo.

Gli esiti ad oggi acquisiti mostrano una buona qualità delle produzioni ma, valutato anche il contestuale andamento favorevole a livello climatico, è opportuno mantenere un alto livello di controllo.

### **PCB, contaminanti e rischi per la catena alimentare**

Il livello di contaminazione dei pesci presenti nelle acque della Provincia conferma, senza dubbio, la ubiquitarietà della contaminazione, con punte di un certo interesse in alcune specifiche zone territoriali.

Il valore assoluto del dato può sicuramente destare delle preoccupazioni ma, dal punto di vista dell'analisi del rischio per il consumatore, devono essere considerati altri parametri quali:

- Percentuale di grasso del pesce in quanto la misurazione del contaminante è espressa facendo riferimento a tale valore.
- Percentuale di parte edibile del pesce;
- Quantità di pescato in provincia effettivamente destinato all'alimentazione umana;

Valutati questi aspetti, e anche quindi l'apporto fornito dal pescato nella provincia, la contaminazione dei pesci lacustri della provincia concorre solo in minima parte a raggiungere le quantità medie di PCB diossina simili assunte con la dieta alimentare nell'Unione Europea, stimate in 1,2 e 3 pg/kg di peso corporeo/ giorno.

Sono state inoltre effettuate ulteriori ricerche su animali posti al vertice della catena alimentare, come volpi e cornacchie, rilevando livelli di contaminazione di un certo interesse laddove è maggiormente significativa la presenza di attività industriali; il latte ha invece evidenziato solo contaminazioni accidentali, legate ad aree specifiche, geograficamente ben definite.

I dati raccolti, tramite una apposita mappatura, contribuiranno ad ampliare le conoscenze sulla diffusione del contaminante e, di conseguenza, favoriranno il raggiungimento dell'obiettivo comunitario di ridurre il livello di assunzione umana di Pcb al di sotto di 14 pg-TEQ/kg di peso corporeo/ settimana.

### **Produzione di latte**

In Provincia la produzione del latte assume un ruolo rilevante, valutati i dati dell'attività di monitoraggio che vedono il 30% delle aziende provinciali non rispettare i parametri previsti dalle norme comunitarie (860 aziende attive) ed, inoltre, considerate le positività riscontrate nel latte crudo per germi responsabili di mastiti croniche (s. agalactiae e s.aureus).

Appare quindi dovuto, sia da un punto di vista sanitario che economico, potenziare gli interventi nel settore.

A seguito della vendita diretta al consumatore finale di "latte crudo" tramite appositi erogatori, sono state effettuate ricerche di altri patogeni. Di particolare interesse i casi provinciali di "campilobacteriosi" legate al consumo di latte crudo.

Per quest'ultimo patogeno sono attualmente in corso valutazioni per stabilire il livello di rischio d'infezione tramite il consumo di latte crudo.

Un altro pericolo è rappresentato dalla presenza dei coli verocitotossigeni, si è provveduto in alcuni casi alla sospensione della vendita di latte crudo fino alla negatività dei successivi controlli.

### **PROBLEMATICHE INERENTI GLI SCAMBI DI PRODOTTI DI ORIGINE ANIMALE A LIVELLO INTERNAZIONALE**

- **Esportazione a livello Comunitario e verso Paesi Terzi**: le criticità rilevate in questi settori sono inerenti alle professionalità ed alle risorse necessarie per garantire che le ditte abilitate a tali esportazioni (CE, Giappone, Federazione Russa, USA; ecc.) rispettino i requisiti funzionali e strutturali richiesti ed i medici veterinari siano messi nelle condizioni di certificare l'idoneità dei prodotti esportati in tali mercati. Il confronto con esperti internazionali circa l'adeguatezza dei controlli ufficiali in atto comporta, inoltre, un costante aggiornamento e formazione professionali dei colleghi responsabili. Infatti solo le barriere di natura sanitaria pongono reali limitazioni al commercio di prodotti di origine animale.

Nel corso del 2008 è stato programmato un piano specifico di controllo dei requisiti negli stabilimenti interessati al fine di garantire il rispetto di quanto stabilito; il piano proseguirà anche per l'anno 2009 avvalendosi anche di specifiche figure dedicate alla verifica di tali aspetti a livello provinciale.

- **Importazione di prodotti di origine animale**: l'importazione di prodotti di origine animale da ogni parte del mondo comporta la conoscenza della normativa sanitaria internazionale, i controlli predisposti a livello UVAC e PIF e locale, la gestione di Allerta Alimentari a livello internazionale (mercurio nei prodotti ittici, malattia vescicolare nelle carni di suini, afta in carni bovine importate da UK, diossina nelle carni suine ecc.)

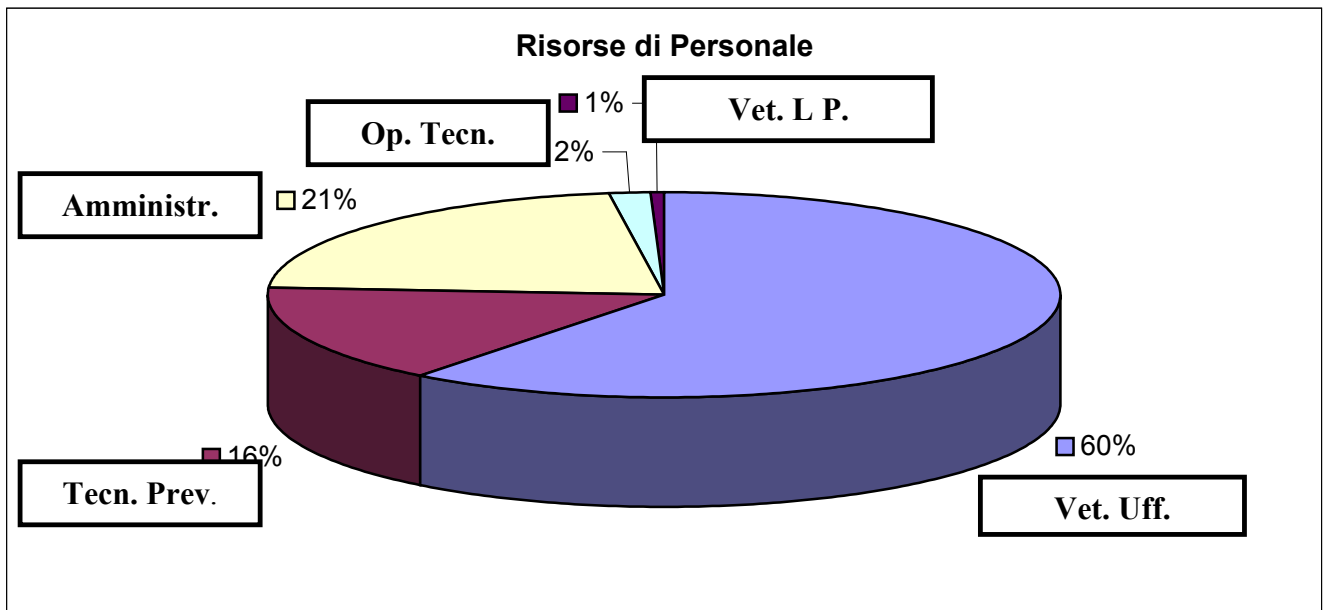
### **ALTRE PROBLEMATICHE**

- Anche nel 2008 si è riproposta la necessità di organizzare la giornata di macellazione (8 dicembre 2008) inerente alla Festa del Sacrificio della comunità islamica; l'incremento delle macellazioni regolari è stato di circa 1.000 capi rispetto agli altri anni grazie anche al coinvolgimento di alcuni rappresentanti religiosi di riferimento. L'intervento organizzativo proseguirà nel 2009.
- Difficile gestione della procedura di riconoscimento dei circa 140 impianti di macellazione ora ancora a capacità limitata ed operanti in provincia con evidenti ripercussioni sugli operatori economici; da una parte sono richiesti importanti impegni

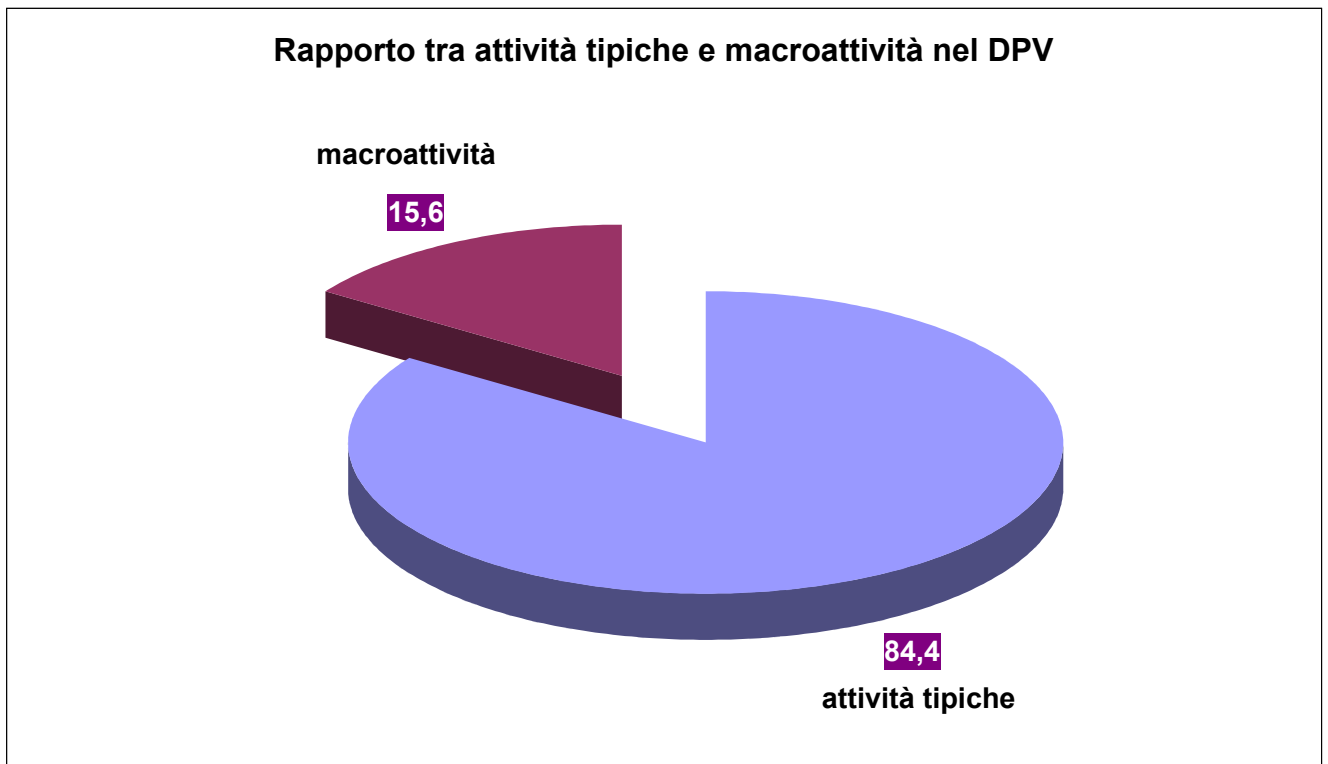
finanziari per l'adeguamento strutturale alla nuova normativa e, dall'altra, è evidente l'impossibilità di concedere ad alcuni operatori il riconoscimento comunitario previsto per la prosecuzione dell'attività oltre il 1 gennaio 2010 .

### LE RISORSE UMANE DISPONIBILI

Gli schemi seguenti illustrano il rapporto percentuale tra le varie figure professionali operanti nell'ambito del DPV



e tra “attività tipiche” e “macroattività”:



## AREE DI INTERVENTO DEL DPV

### **A. PRODUZIONE PRIMARIA**

**La normativa europea sposta l'attenzione sulla produzione primaria e definisce che in tale settore devono essere concentrati i controlli, questo settore paga poi un "meno sensibile livello culturale in materia di prevenzione per cui è necessario un intervento nel settore della formazione coinvolgendo le associazioni di categoria".**

- VERIFICA BUONE PRATICHE AGRICOLE
  - VALUTAZIONE DEL MANTENIMENTO DI OGNI PREREQUISITO DI TIPO SANITARIO VOLTO SIA ALLA TUTELA DEL PATRIMONIO ZOOTECNICO CHE ALLA TUTELA DELLA PUBBLICA SALUTE IN SENSO GENERALE
  - VERIFICA GESTIONE RACCOLTA, TRATTAMENTO E IMMAGAZZINAMENTO DEI MANGIMI
  - CONTROLLI ESSICATOI
  - MULINI/MANGIMIFICI
  - CONTROLLI NEGLI ALLEVAMENTI
  - UTILIZZO FITOFARMACI
- 
1. ISPEZIONE CAPI MACELLATI IN IMPIANTI INDUSTRIALI E NON INDUSTRIALI
  2. ATTIVITA' DI VIGILANZA PRESSO IMPIANTI DI TRASFORMAZIONE RICONOSCIUTI (ESPORTAZIONE COMUNITARIA ED INTERNAZIONALE DI PRODOTTI DI O.A.) ED ESERCIZI REGISTRATI
  3. ATTIVITA' DI CAMPIONAMENTO SU INDICAZIONI ESTERNE (CE, MINISTERO, REGIONE, ECC) O SU PROGRAMMAZIONE AZIENDALE
  4. EMERGENZE SANITARIE (MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI, ZONOSI, SISTEMI D'ALLERTA SU ALIMENTI E/O MANGIMI)
  5. VALUTAZIONE DEL BENESSERE ANIMALE NEGLI ALEVAMENTI CONSIDERATO CHE TALE ASPETTO ASSUME UN IMPORTANZA NOTEVOLE PER IL CONSUMATORE
  6. VERIFICA DELLA CORRETTA GESTIONE DEI SOTTOPRODOTTI DI ORIGINE ANIMALE IN TUTTE LE FASI, DALLA PRODUZIONE AL COMMERCIO A TUTELA DEL CONSUMATORE

### **CRITERI DI ANALISI DEL RISCHIO**

L'analisi e l'attribuzione del Livello di Rischio alle attività produttive consentirà di allocare, secondo principi di appropriatezza, le risorse disponibili.

L'attribuzione dei LIVELLI DI RISCHIO alle diverse macro categorie, da 1 a 4 con gravità decrescente, consente un raffronto immediato del livello di attenzione relativo;

Ai fini della valutazione della valutazione del rischio, sono stati tenuti in considerazione i seguenti parametri:

**gravità dell'evento, numero di unità potenzialmente coinvolte, costo socioeconomico ed impatto mediatico, costi delle azioni preventive, disponibilità di azioni comprovatamente efficaci, rilevanza (extraregionale, nazionale o extranazionale), target di riferimento.**



Ovviamente l'attribuzione dei livelli di rischio alle varie macrocategorie di impianti tiene nella dovuta considerazione anche la situazione epidemiologica internazionale, comunitaria, nonché nazionale e regionale, trattandosi di fenomeni certamente non localizzati sul territorio provinciale ma di una ben più dimensione e portata.

Diversamente, sempre ai fini dell'attribuzione delle classi di rischio delle varie macrocategorie di strutture produttive si è tenuto conto delle peculiarità degli impianti provinciali e del contesto territoriale in cui operano precisando, però, che ormai, anche nel settore zootecnico, dopo quanto già avvenuto nella filiera agro alimentare, i fenomeni di globalizzazione hanno interessato anche le zone più marginali della provincia per cui le problematiche sanitarie sono di carattere ormai internazionale.

In relazione alle varie tipologie di rischio rappresentate dalle diverse realtà (allevamenti e concentramenti animali, mangimifici, industrie alimentari, ecc.), i criteri di classificazione adottati differiscono in alcuni aspetti.

Per quanto concerne le **INDUSTRIE ALIMENTARI**, gli aspetti sostanziali individuati per l'attribuzione di un LR sono:

#### **parametri fissi**

- potenzialità produttiva dello stabilimento (dimensioni, numero addetti, entità produttiva)
- tipologia produttiva (caratteristiche di sicurezza insite nei prodotti)

#### **parametri variabili**

(classificazioni interne alla macro categoria)

- affidabilità dei sistemi di controllo interno;
- dati storici inerenti il controllo dell'impianto (NC rilevate, provvedimenti amm.ivi, giudiziari, prescrizioni, ecc.)

Anche per gli **ALLEVAMENTI E CONCENTRAMENTI ANIMALI**, anche se solo temporanei, i criteri di valutazione del rischio possono essere suddivisi in “invariabili” e “variabili” ma, ovviamente, trattandosi di tipologie di rischio afferenti a targets diversi ed a fattori di rischio peculiari non possono che differire.

#### **parametri fissi**

- numerosità degli animali ed omogeneità nelle condizioni sanitarie di provenienza
- grado di morbidità e mortalità dell'agente patogeno
- misure di biosicurezza adottate

#### **parametri variabili**

(classificazioni interne alla macro categoria)

- sensibilità delle specie a patologie infettive emergenti
- grado di movimentazione tra allevamenti o di integrazione degli stessi in filiere produttive
- tipologie di allevamento

### **SISTEMI INFORMATIVI INFORMATIZZATI PER IL GOVERNO DELL'ATTIVITA'**

Il DPV dell'ASL di Bergamo è, attualmente, dotato dei seguenti strumenti atti alla rilevazione in continuo di dati di contesto e di attività:

### **SISTEMA DOLPHIN:**

il sistema informatizzato consente la raccolta sistematica, e con periodicità settimanale, dell'attività svolta (con un buon livello di dettaglio) dal personale del DPV. Contestualmente il programma consente, in automatico, di procedere alla fatturazione delle relative prestazioni e, eventualmente, l'elaborazione statistica dei dati disponibili.

### **SISTEMA VETIWEB:**

il sistema informatico, adottato a livello regionale, consente la creazione e l'aggiornamento in continuo dell'anagrafica delle attività produttive (industrie alimentari, mangimifici, ambulatori veterinari, ecc.) secondo criteri condivisi ed uniformi tra le varie AA.SS.LL.. Già dal 2007 le attività di vigilanza, correlate alle rispettive unità produttive, sono regolarmente imputate nel sistema che ne consente una prima rielaborazione statistica e, soprattutto, un controllo in tempo reale, anche da parte della direzione del DPV. Gli sviluppi futuri consentiranno l'integrazione ed il dialogo di tale sistema con altre basi di dati esistenti (Darwin, CCIA, ecc.).

### **SISTEMA ANAGRAFI ZOOTECHNICHE ED ANAGRAFE CANINA:**

l'applicativo, adottato a livello regionale e dialogante direttamente con la banca dati nazionale, dell'"anagrafe zootecnica" ha oggi raggiunto un elevato livello di affidabilità e consente il suo utilizzo al fine dell'estrazione di dati di contesto, aggiornati in tempo reale e suddivisi in un numero elevato di tipologie di allevamento, del tutto funzionali alle attività di programmazione e pianificazione delle attività e, grazie al raggiunto completamento della georeferenziazione di tutti gli allevamenti provinciali, per la gestione delle emergenze epidemiche.

L'applicativo per la gestione dell'anagrafe canina ha recentemente di molto migliorato le proprie funzionalità, soprattutto per quanto concerne le movimentazioni di cani tra canile sanitario, canili rifugio e privati affidatari ma andrà ancor di molto migliorato. Certamente soffre dell'inesistenza di una banca dati nazionale per la quale, al momento, non si conoscono i tempi di realizzazione.

Sono attualmente anche in uso ulteriori sistemi informatici atti a raccogliere i dati relativi alla **gestione degli allerta, non conformità latte, sanzioni** e alla gestione dei **trasportatori di animali**.

Appare necessario che tali programmi vengano riorganizzati e razionalizzati in un applicativo universale che dovrà divenire l'unico sistema gestionale in uso.

Appare altrettanto importante ricordare che ai Responsabili di Servizio sia consentito l'accesso ai dati dell'IZS ( sistema Darwin), con la conseguente costante possibilità di acquisire, in tempo reale, i dati relativi agli esiti dei campionamenti effettuati.

### **AREE DI INTEGRAZIONE DA SVILUPPARE**

L'integrazione tra le varie aree di controllo interne all'ASL, e di queste con organi esterni, è un processo sicuramente lungo e difficile e che, per avere efficacia, deve porsi e condividere chiari obiettivi comuni.

I Dipartimenti medico e veterinario sono, naturalmente, gli organismi che, per l'affinità del controllo affidatogli dal legislatore, sono quotidianamente chiamati al confronto ed allo scambio di informazioni.

Già da molti anni, sul fronte della sicurezza alimentare, l'attività dei rispettivi servizi operanti nei due DD. PP. è stata ispirata a criteri di uniformità e di coordinamento. Da

anni, peraltro, tali accordi sono stati formalizzati con delibera aziendale attraverso specifici “Piani Integrati tra DPM e DPV” volti a:

- impiego razionale delle risorse;
- coordinamento delle attività;
- scambio di informazioni e di dati;
- incremento dell’uniformità degli interventi;
- sperimentazione di nuove metodiche di controllo;
- orientamento della ricaduta mediatica (informazione dell’inizio e dei risultati di attività) di alcune campagne di controllo specifiche a scopo deterrente, formativo ed informativo;
- coinvolgimento delle associazioni di categoria;
- informazione delle associazioni di consumatori.

In sostanza, i Piani prevedono:

- **attività congiunte**: controlli svolti congiuntamente da personale dei due DD. PP.
- **progetti mirati**: interventi pianificati su categorie produttive specifiche, svolti in tempi brevi da personale dei due DD.PP., rendicontati congiuntamente
- **interventi autonomi ma coordinati**: interventi o indagini effettuati indipendentemente da personale dei due DD. PP. su realtà (od obiettivi) analoghe con scambio di informazioni a consuntivo;

Sono, inoltre, in atto processi di forte integrazione inerenti:

- La gestione congiunta e coordinata delle Malattie di origine alimentare;
- La gestione secondo criteri univoci dei Sistemi d’Allerta in campo alimentare

L’integrazione tra i due DDPP, in riferimento alla Sicurezza alimentare, proseguirà attraverso:

- lo scambio di basi di dati inerenti le attività produttive di comune interesse;
- lo scambio in continuo di informazioni vicendevolmente utili ai DDPP;
- sviluppo di strumenti omogenei di controllo (procedure, criteri e modulistica);
- la formazione del personale tecnico orientata all’integrazione ed all’uniformità delle attività svolte;
- la rilevazione di eventuali banche dati o reports di interesse comune.

## **ULTERIORI AREE DI INTEGRAZIONE**

### **AMBIENTE**

La massiccia industrializzazione seguita alla seconda guerra mondiale, oltre ad apportare sviluppo e benessere, ha avuto un’ inatteso impatto ambientale dovuto all’immissione di sottoprodotti nell’ecosistema con un repentino innalzamento dei livelli di contaminazione di molte sostanze inquinanti. I POPS sono ormai ubiquitari grazie alla loro stabilità chimica e al loro carattere lipofilo e sottostanno a processi di bioaccumulo e di magnificazione. Ciò significa che anche una contaminazione ambientale a livelli inferiori a parti per miliardo può creare pericolo per l’uomo, ultimo anello della catena alimentare.

Sulla base della sperimentazione già messa in atto per la mappatura dei PCB in provincia, appare necessario che ARPA, DPM, DPV, PROVINCIA settore Ambiente definiscano un programma comune di intervento che prenda in considerazione:

- Individuazione delle aree a maggior rischio chimico.
- Individuazione attività zootecniche e/o di produzione primaria insistenti nelle aree.
- Valutazione della penetrazione dei contaminanti nella catena alimentare.
- Correlazione con la presenza di patologie neoplastiche.

## **TOSSINFEZIONI**

Valutazione impatto delle malattie alimentari sulla popolazione Bergamasca.

Soggetti coinvolti:

- Laboratori ospedalieri
- Medici di base
- DPM
- DPV

Creare una rete di epidemiosorveglianza che permetta, grazie ad uno scambio continuo di informazioni tra la medicina di base, i laboratori ospedalieri ed i medici veterinari, di giungere, il più rapidamente possibile, alla diagnosi eziologica delle tossinfezioni.

In questo campo in tutta la Comunità Europea si è evidenziata una grave carenza che rende impossibile quantificare l'entità del danno causato da tali patologie.

## **ALLOCAZIONE DELLE RISORSE**

L'impiego delle risorse disponibili è orientato periodicamente in funzione delle variazioni delle entità produttive a livello territoriale e, soprattutto, dei bisogni e delle necessità che emergono, con un processo continuo, dal territorio stesso sotto il profilo sanitario, sociale ma anche economico e politico.

Il panorama di tale allocazione rappresenta pertanto sia una fotografia delle necessità contingenti sia un progetto a medio termine di sviluppo.

Di certo gran parte delle scelte future, e quindi dell'autonoma programmazione in base a condivise procedure di valutazione del rischio dipende anche dall'evoluzione delle normative cogenti, sia di carattere comunitario che di carattere nazionali.

Questi i principali aspetti che sono alla base di alcune variazioni attuate nell'allocazione delle risorse umane:

- orientamento verso controlli più efficaci e più documentati (introduzione di audit, diminuzione del numero degli interventi ma estensione, in termini orari, della singola prestazione);
- impiego di una quota delle risorse disponibili per l'effettuazione di audit interni;
- valorizzazione della professionalità del personale tecnico della prevenzione;
- riallocazione di risorse liberate in funzione delle variazioni delle attività produttive (cessazioni/aperture) e delle richieste del mercato (incremento della macellazione ovicaprina ed islamica, decremento della macellazione avicola ecc.)

## **INDICATORI DI ATTIVITA' E DI RISULTATO**

La costruzione di indicatori di risultato, stante la complessità della realtà su cui si va ad incidere ed i tempi tipicamente lunghi perché azioni attuate in sanità pubblica operino le

variazioni attese nel contesto di riferimento, appare come un'importante compito che dovrà essere seriamente intrapreso e verificato nel corso dei prossimi anni.

Per l'area della **Sanità Animale** si individuano inizialmente i seguenti indicatori di processo e di risultato, di facile costruzione e di attesa affidabilità:

#### **Allevamenti:**

*indicatore di processo:*

mantenimento dei livelli di qualifica sanitaria o di accreditamento previsti dalle vigenti norme:

$$\frac{\text{allevamenti accreditati}}{\text{allevamenti da accreditare}} = 1$$

*indicatori di risultato:*

chiusura dei focolai insorti nei tempi minimi previsti dalle vigenti normative e annullamento degli episodi di reinfezione in allevamenti risanati o in focolai già chiusi:

$$\frac{\text{n° focolai chiusi nei tempi minimi previsti}}{\text{n° focolai insorti}} = 1$$

$$\frac{\text{n° episodi di reinfezione}}{\text{n° focolai}} = < 0,1$$

#### **Prevenzione del randagismo e dell'infezione rapida:**

$$\frac{\text{canili sanitari o rifugio conformi o con piano di adeguamento formalizzato}}{\text{n° canili sanitari e rifugio}} = 1$$

Numero cani riscattati dai legittimi proprietari presso il canile sanitario > 50%

Per le aree **Igiene degli Alimenti di O.A e Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zooteniche** si individuano i seguenti indicatori di processo e di risultato, di facile costruzione e di attesa affidabilità:

#### **Vigilanza**

$$\frac{\text{N° provvedimenti adottati nel 2009}}{\text{N° atti ispettivi effettuati nel 2009}} < \frac{\text{N° provvedimenti adottati nel 2008}}{\text{N° atti ispettivi effettuati nel 2008}}$$

$$\frac{\text{N° macelli inadeguati al riconoscimento entro la fine del 2009}}{\text{N° macelli attivi al 1° gennaio 2009}} = > 0,2$$

$$\frac{\text{N° macelli sottoposti ad audit per verifica requisiti di riconoscimento al 31/12/2009}}{\text{N° macelli che hanno presentato istanza di riconoscimento entro il 31/12/2008}} = > 0,9$$

#### **Sistemi d'allerta (SAA)**

$$\frac{\text{N° SAA originati da impianti di produzione della provincia di BG (anno 2009)}}{\text{N° SAA originati da impianti di produzione della provincia di BG (anno 2008)}} = < 1$$

## **Malattie di potenziale origine alimentare**

$\frac{\text{N}^\circ \text{ Malattie di potenziale origine alimentare indagate}}{\text{N}^\circ \text{ Malattie di potenziale origine alimentare segnalate}} = > 0,9$

## **PROSPETTIVE ED AREE DI MIGLIORAMENTO**

### **1 - Razionalizzazione utilizzo risorse e loro allocazione**, al fine di:

- migliorare l'efficacia reale;
- agevolare l'accesso a tutti gli utenti del DPV.

In particolare:

- semplificare le procedure in atto al fine di velocizzare le pratiche tecnico-amministrative, garantendo trasparenza e certezza del rispetto dei tempi di risposta prefissati;
- facilitare l'accesso al cittadino (non operatore economico) al fine di garantire risposte adeguate e rapide evitando nel contempo onerosi spostamenti;
- garantire risposte immediate ed incisive in caso di emergenza;
- garantire la restituzione all'operatore economico dell'esito di ogni controllo su di lui effettuato affinché possa avvalersene anche per valorizzare la propria produzione/attività

### **2 – Formazione- informazione**

Il DPV intende promuovere attività di formazione-informazione in favore dei cittadini in generale e, in particolare, delle associazioni del settore, con due obiettivi:

- trasferire in modo semplice e chiaro il contenuto e le finalità delle norme vigenti, contestualizzandole nella realtà provinciale;
- promuovere la consapevolezza del cittadino in merito all'importanza di determinati principi cercando così di orientare corretti comportamenti individuali e collettivi.

### **3 – Integrazione**

Saranno prioritariamente adottate azioni integrate con gli altri Soggetti sia interni che esterni all'ASL per migliorare il risultato concreto dell'attività svolta sfruttando ogni possibile sinergia.

### **4 - Flussi informativi informatizzati e definizione indicatori**

Si perseguirà l'obiettivo di integrare, far colloquiare i vari sistemi informativi informatizzati esistenti con la finalità di agevolare l'acquisizione e l'analisi delle informazioni essenziali.

Verranno quindi individuati specifici indicatori di risultato, semplici ed affidabili in grado di monitorare nel tempo i reali risultati ottenuti.

