



AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DI PAVIA

(DGR n. X/4469 del 10.12.2015)

Via Indipendenza n. 3 - 27100 PAVIA

Partita I.V.A. e Cod. Fiscale N° 02613260187

DECRETO N. 152/DGi
DEL 28/02/2025

IL DIRETTORE GENERALE: LORELLA CECCONAMI

OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO CONTROLLI 2025 IN ATTUAZIONE DELLA DGR N. XII/3720
DEL 30/12/2024

Codifica n. 1.1.02

Acquisiti i pareri di competenza del:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO	SILVIA LIGGERI
--------------------------	----------------

DIRETTORE SANITARIO	STEFANO BONI
---------------------	--------------

DIRETTORE SOCIO SANITARIO	ILARIA MARZI
---------------------------	--------------

Il Responsabile del Procedimento:

ELISA BONADEO – SC Programmazione e negoziazione

Il Redattore:

ANNA PAIANO – SC Programmazione e negoziazione



IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la DGR X/4469 del 10 dicembre 2015, costitutiva dell'ATS di Pavia;

VISTA la DGR XI/1643 del 21 dicembre 2023 con la quale la Giunta Regione Lombardia ha nominato la dott.ssa Lorella Cecconami Direttore Generale dell'ATS di Pavia con decorrenza dal 1 gennaio 2024 fino al 31 dicembre 2026;

RICHIAMATA la DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 avente ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 - di concerto con il vicepresidente Alparone e gli assessori Lucchini e Fermi", la quale ha definito le regole di governo per la gestione del Servizio Sociosanitario e, nello specifico, al paragrafo 4.11 dell'Allegato 4, ha disposto che le ATS predispongano, entro il 28/02/2025, il Piano dei Controlli annuale;

PREMESSO che questo Piano, previsto dalla DGR n. 7315 del 14/11/2022 "Approvazione del Piano dei controlli e dei protocolli 2022-2023", è fondamentale per la programmazione delle attività di verifica, monitoraggio e controllo;

DATO ATTO che, nel rispetto delle indicazioni dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo, questa ATS ha predisposto il documento "Piano annuale dei controlli 2025", contenente una parte descrittiva e una di programmazione per ciascuna area di controllo indicata nella DGR n. 7315 del 14/11/2022;

ATTESO che dall'adozione del presente provvedimento non derivano nè costi nè ricavi, come rappresentato dal Responsabile del procedimento;

SU PROPOSTA del Responsabile della SC Programmazione e negoziazione, il quale, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta la legittimità e regolarità tecnico/amministrativa, nella forma e nella sostanza, del presente provvedimento;

ACQUISITI, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm. e ii., il parere favorevole espresso, per quanto di rispettiva competenza, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario;

DECRETA

per le motivazioni esposte in premessa:

1. di adottare il documento "Piano annuale dei controlli anno 2025" nel testo predisposto dal Dipartimento PAAPSS, allegato quale parte integrante, formale e sostanziale al presente provvedimento;

2. di demandare ai Dipartimenti e alle Strutture Complesse dell'Agenzia di Tutela di Salute per quanto di loro competenza, l'attuazione del presente Piano;



3. di trasmettere il presente provvedimento alla Direzione Generale Welfare e all'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS);
4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta nè costi nè ricavi, come rappresentato dal Responsabile del Procedimento e riportato nel parere contabile allegato al presente provvedimento;
5. di unire quale parte integrante e sostanziale la seguente documentazione:
All.1 - Piano annuale dei controlli 2025;
6. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6, della Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 e ss.mm. e ii.;
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on-line aziendale, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 e ss. mm. e ii.;
8. di demandare, per il tramite della struttura competente, la trasmissione dell'elenco nel quale è incluso il presente provvedimento al Collegio Sindacale;
9. di demandare al Responsabile del procedimento l'attuazione del presente provvedimento.

IL DIRETTORE GENERALE
LORELLA CECCONAMI

(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. n 82/2005 e s.m.i.)

ATS di Pavia

Piano delle attività di controllo Anno 2025

Premessa	3
Attività formativa degli operatori coinvolti	5
Accreditamento Vigilanza e Controllo	6
Area sanitaria.....	6
Contesto territoriale.....	6
Attività di controllo del NOC	9
Accreditamento, riclassificazione e Vigilanza.....	12
Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato e ambulatoriali.....	18
Analisi degli indicatori di performance e di qualità.....	20
Area socio sanitaria	21
Contesto territoriale.....	21
Attività di vigilanza	22
Verifiche di appropriatezza	24
Area Sociale	26
Contesto territoriale.....	26
Attività di Vigilanza.....	26
Utilizzo delle risorse delle Funzioni trasferite	27
Area farmaceutica	28
Contesto territoriale.....	28
Programmazione monitoraggio dell'area farmaceutica.....	28
Area protesica.....	34
Contesto territoriale.....	34
Programmazione monitoraggio per l'area protesica	34
Requisiti di accesso alla contrattualizzazione.....	37
Presa In Carico dei pazienti cronici/fragili	43
Legge Regionale 8 luglio 2020 n. 15: Sicurezza del Personale Sanitario e Socio sanitario	43

Premessa

Il presente piano dei controlli è redatto in riferimento alle indicazioni fornite dalla DGR 3720 del 30/12/2024 *“Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025”* e dalla DGR n. 7315 del 14/11/2022 *“Approvazione del Piano dei controlli e dei protocolli 2022-2023”*.

Il documento descrive l'attività di controllo programmata per il 2025 e declina le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo, funzioni istituzionalmente in capo ad ATS così come definito dall'art.6 Legge regionale 33/2009.

Il Piano dei controlli è elemento fondamentale per la programmazione delle attività di controllo in ambito sanitario, socio sanitario, sociale, area farmaceutica, area protesica, tempi di attesa, percorso di presa in carico; è tuttavia implicito che l'attività potrà subire variazioni al fine di rispondere ai nuovi dettati normativi.

Tutte le attività sono finalizzate a garantire ai cittadini prestazioni di qualità con un elevato grado di sicurezza, nell'ottica di un utilizzo sempre più efficiente ed efficace delle risorse disponibili.

Il documento si articola nei seguenti paragrafi:

- Attività formativa degli operatori coinvolti;
- Area sanitaria;
- Area sociosanitaria;
- Area sociale;
- Area farmaceutica;
- Area protesica;
- Requisiti di accesso alla contrattualizzazione;
- Presa in carico.

Il Piano dei controlli rappresenta le attività messe in campo dalle seguenti articolazioni aziendali:

- le S.C. del Dipartimento PAAPSS:
 - S.C. Autorizzazione e Accreditamento: gestisce iter istruttori autorizzativi e di accreditamento riferiti a tutte le strutture sanitarie compresi studi professionali medici e non medici e trasporti sanitari (sedi operative e mezzi); anche l'attività di gestione della messa in esercizio e/o l'accreditamento delle diverse tipologie di Unità di offerta Sociosanitaria è in carico a questa SC; gli operatori che collaborano a queste attività sono 3 medici, 3 infermieri, 4 tecnici e 1 amministrativo;
 - S.C. Vigilanza e Controllo: garantisce la vigilanza sul possesso e mantenimento dei requisiti generali e specifici strutturali tecnologici e organizzativi di esercizio e di accreditamento degli erogatori sanitari, sociosanitari e di trasporto sanitario (sedi, mezzi e personale) e per le Unità di offerta sociali la verifica dei requisiti d'esercizio (anche in caso di CPE, su specifica richiesta del Comune); anche l'attività di controllo sanitario (NOC ambulatoriale e di ricovero) e il controllo di appropriatezza è in carico a questa SC; gli operatori che collaborano a queste attività sono 6 medici, 7 infermieri, 3 tecnici, 2 assistenti sociali e 1 dirigente delle professioni sanitarie tecniche;
 - S.C. Appropriatelyzza e qualità degli erogatori: effettua le verifiche biennali di audit sulle attività

trasfusionali e di procreazione medicalmente assistita; monitora, attraverso il portale regionale i flussi S.Me.L. (partecipazione ai programmi VEQ analisi delle performance quantitative e qualitative); valuta e monitora gli indicatori nazionali e locali, al fine di promuovere progetti di miglioramento con gli erogatori sanitari e sociosanitari. Sono in capo alla SC anche i processi di miglioramento della qualità aziendale e delle attività di Risk management; gli operatori che collaborano a queste attività sono 1 medico, 2 infermieri, 1 tecnico, 1 biologo; le unità di personale di tale SC partecipano alle attività di vigilanza in capo alla SC Vigilanza e Controllo e al Servizio farmaceutico;

- S.C. Programmazione e negoziazione: analizza, valuta e programma, dal punto di vista qualitativo le prestazioni, l'equità di distribuzione territoriale e il bisogno della rete d'offerta sanitaria e socio sanitaria; acquisisce, analizza e controlla i flussi sanitari e socio sanitari per il successivo invio in Regione; gestisce il processo di controllo per autocertificazioni da reddito per prestazioni sanitarie attraverso il gestionale ministeriale Tessera Sanitaria con avvio dei processi sanzionatori nei confronti delle autocertificazioni;
- S.S.D. Gestione dei contratti con gli erogatori: gestisce le risorse economico-finanziarie assegnate alla Direzione del Dipartimento PAAPSS, per assicurare l'erogazione efficace ed efficiente delle prestazioni e la corretta remunerazione degli Erogatori; presidia tutte le funzioni di monitoraggio economico-finanziario dei budget assegnati di competenza del Dipartimento PAAPSS connesse al Bilancio ATS, svolge attività amministrativo – contabili inerenti la definizione dei pagamenti dovuti a fronte delle prestazioni fornite dagli Erogatori pubblici e privati, predisponendo i relativi atti contabili;
- Dipartimento PIPSS: effettua il governo della domanda di prestazioni sanitarie e socio sanitarie; partecipa alla programmazione locale dei servizi; promuove la costruzione della rete per la presa in carico del paziente in condizioni croniche e fragili, perseguendo la continuità di cura e l'integrazione ospedale territorio; promuove, sviluppa e coordina progettualità innovative in riferimento all'offerta di servizi sociosanitari e sociali rivolti a soggetti fragili; attua le politiche di Conciliazione famiglia – lavoro in applicazione delle indicazioni nazionali e regionali;
- Servizio farmaceutico: in staff alla Direzione sanitaria, svolge funzioni di governo e monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa farmaceutica, dietetica e protesica, monitoraggio e verifica il File F per le strutture ospedaliere pubbliche e private; autorizzazione, gestione, controllo e vigilanza delle farmacie, parafarmacie, dispensari, distributori o depositari di farmaci e vendita on-line del territorio; gestione, controllo e vigilanza sulla corretta applicazione della convenzione nazionale e regionale vigente per le farmacie aperte al pubblico; attività istruttoria amministrativa in materia di protesica, dietetica, integrativa e farmaceutica convenzionata e non, gestione flussi; convenzionamento punti vendita (negozi e GDO) per l'erogazione di alimenti privi di glutine in favore degli assistiti celiaci e convenzionamento delle officine protesiche per l'erogazione di protesi, ortesi e ausili tecnologici agli assistiti aventi diritto; farmacovigilanza e dispositivo vigilanza, con promozione delle iniziative di farmacovigilanza attiva sul territorio; gli operatori che collaborano a queste attività sono 4 farmacisti, 5 amministrativi.

Attività formativa degli operatori coinvolti

Per il 2025 sono stati proposti eventi di formazione sul campo finalizzati a favorire approfondimenti sulla normativa e perfezionare gli iter istruttori

1. *Revisione e approfondimento dei requisiti in materia di accreditamento sanitario e sociosanitario*: questa formazione sul campo si propone di coinvolgere tutti gli operatori della SC Autorizzazione e Accreditamento nella revisione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento per le Strutture Sanitarie e UdO Sociosanitarie, proponendo, in modo attivo e come già avviene in ambito OTA e nei tavoli regionali specifici, le modifiche dei requisiti ritenuti superati o che, per motivi organizzativi gestionali in linea con i cambiamenti temporali avvenuti nel corso degli anni, necessitano di un aggiornamento. Laddove richiesto si procederà anche alla modifica della modulistica, IO e Procedure di competenza della SC. L'evento sarà organizzato in 4 giornate da 4 ore ciascuna, con prima data inizio prevista al 28/02/2025;
2. *Valutazione dell'attuazione delle normative nazionali nell'ambito dei controlli NOC: eventuali problematiche nell'utilizzazione del Nomenclatore tariffario regionale e nell'applicazione della SDO-R. Modalità di controllo dei percorsi di cura non rientranti nell'applicazione del regime sanzionatorio*: la FSC è rivolta agli operatori addetti ai controlli delle SDO e della specialistica ambulatoriale, si articola in 5 giornate per un totale di 24 ore ed è finalizzata a approfondire e condividere le conoscenze sulla normativa di riferimento per l'attività di competenza, con particolare riferimento a tematiche di particolare interesse o oggetto di recenti modifiche, attraverso la discussione dei documenti di riferimento; condividere, attraverso la partecipazione attiva e l'eventuale analisi di esperienze sul campo, le modalità operative di verifica nell'ambito dell'attività istituzionale di competenza; sviluppare strumenti di lavoro sulle tematiche trattate;
3. *Metodologia di costruzione di un campione di appropriatezza per controllo mirato ai sensi della normativa vigente*: l'evento si articola in 4 giornate per un totale di 16 ore ed è finalizzato a sviluppare competenze nella selezione del campione attraverso la banca dati di rendicontazione dei flussi;
4. *Vigilanza attività trasporto sanitario*: l'evento della durata di 12 ore suddiviso in 3 incontri è finalizzato ad una revisione della normativa e a promuovere l'adesione alla normativa regionale (dalla presentazione della SCIA al controllo sui soggetti già operativi sul territorio) per il rispetto dell'iter previsto per le funzioni assegnate ad ATS in relazione all'attività di trasporto sanitario (DGR 5165/2016 e LR 33/2009 e s.m.i.). Nel corso dell'evento sarà definita una procedura dipartimentale interna.
5. *Il Meccanismo di Garanzia dei tempi di attesa nel territorio dell'ATS di Pavia: analisi di contesto, normativa, simulazione di casi pratici, nozioni di comunicazione efficace e indicazioni operative*: l'evento della durata di 8 ore proposto in 2 edizioni è finalizzato a fornire le nozioni di base per garantire l'accoglienza dei pazienti, la gestione omogenea della domanda ed una comunicazione efficace attraverso un livello uniforme di competenze degli operatori incaricati come da specifiche indicazioni regionali. La tipologia di attività è di formazione residenziale classica ed è rivolta a responsabili dell'accoglienza, RUA per i tempi di attesa, operatori di front-office del CUP dell'ASST locale, IRCCS pubblici e privati, EEPA afferenti al territorio dell'ATS di Pavia.

Accreditamento Vigilanza e Controllo

Area sanitaria

Contesto territoriale

Strutture di ricovero e cura

L'offerta dei servizi sanitari accreditati della provincia risulta ampia ed articolata, e nello specifico è costituita da 2 Enti erogatori pubblici e 5 erogatori di diritto privato per un totale di 16 presidi ospedalieri, come riportato nella tab. 1 e nella tab. 2.

RICOVERO E CURA_ STRUTTURE PUBBLICHE-POSTI LETTO			
ENTE	STRUTTURA	POSTI LETTO_TOTALE	POSTI TECNICI/CULLE
ASST DI PAVIA	Nuovo Ospedale di Broni Stradella	124	37
	Ospedale Asilo Vittoria - Mortara	119	11
	Ospedale Carlo Mira - Casorate Primo	81	47
	Ospedale Civile di Voghera	357	129
	Ospedale Civile Vigevano	272	71
	Ospedale S. Martino - Mede	80	13
	Ospedale SS. Annunziata - Varzi	37	23
FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	Policlinico "San Matteo"	969	171
TOTALE		2039	502

Tabella 1 – Strutture Sanitarie pubbliche (dati estratti dal portale regionale SIGAUSS al 31/12/2024)

RICOVERO E CURA_ STRUTTURE PRIVATE-POSTI LETTO			
ENTE	STRUTTURA	POSTI LETTO_TOTALE	POSTI TECNICI/CULLE
CASA DI CURA LA CITTADELLA	LA CITTADELLA SOCIALE SRL	36	26
CASA DI CURA VILLA ESPERIA S.P.A.	Casa di Cura Villa Esperia S.p.A.	122	4
FONDAZIONE ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE	Fondazione Istituto Neurologico Nazionale Casimiro Me	136	24
ISTITUTI CLINICI DI PAVIA E VIGEVANO SPA	ISTITUTO CLINICO BEATO MATTEO	173	11
	ISTITUTO DI CURA CITTA' DI PAVIA	139	8
ISTITUTI CLINICI SCIENTIFICI MAUGERI SPA SB	Centro Medico di Montescano	233	9
	Centro Medico di Pavia	328	126
	Istituto Scientifico di Pavia - sede di via Boezio	27	4
TOTALE		1194	212

Tabella 2 – Strutture Sanitarie private accreditate e a contratto (dati estratti dal portale regionale SIGAUSS al 31/12/2024)

Le strutture ospedaliere più importanti per complessità organizzativa, specialità e dotazione di posti letto sono ubicate nel distretto Pavese e, in particolare, nel capoluogo, dove si concentra la presenza degli IRCCS, fonte storica di attrazione per pazienti, sia intra che extra-regione. Infatti, nel capoluogo sono ubicati tre IRCCS e l'Università, cui afferiscono la facoltà di Medicina e Chirurgia e diverse scuole di specializzazione mediche e sanitarie che interagiscono in via prevalente con gli stessi, realizzando percorsi didattici e di ricerca rivolti sia al profilo professionale medico che ai profili professionali sanitari.

La maggior parte dei posti letto di degenza ordinaria e diurna per acuti è inserito in strutture ospedaliere pubbliche, mentre quella riabilitativa nelle private. I presidi di Pronto Soccorso ad elevata specializzazione

sono situati presso le strutture pubbliche.

Gli ospedali pubblici e privati della provincia offrono, nell'insieme, tutte le tipologie di ricovero nei vari regimi di erogazione (degenza ordinaria e Day Hospital/Surgery per acuti e degenza post acuta di riabilitazione) e per tutte le tipologie di livello assistenziale (di base, intermedio, alto).

Strutture Residenziali e Semiresidenziali di Neuropsichiatria Infantile

L'offerta territoriale, è costituita attualmente da 4 Strutture private di Residenzialità NPIA per un totale di 72 posti, mentre per l'offerta Semiresidenziale sono presenti sul territorio 3 Strutture di cui 1 pubblica, per un totale di 54 posti (v. tab. 3).

Per gli utenti in 43 SAN si rimanda al paragrafo 3 "Tutela della salute mentale Psichiatria e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza" del Dipartimento PIPSS del presente piano.

STRUTTURE AREA NEUROPSICHIATRIA				
	STRUTTURA_TOTALE	POSTI TECNICI_ACCREDITATI A CONTRATTO	POSTI LETTO_ACCREDITATI NON A CONTRATTO	POSTI LETTO_TOTALE
Strutture residenziali private NPIA	4	39	33	72
TOTALE RESIDENZIALI	4	39	33	72
Strutture semiresidenziali pubbliche NPIA	1	14	0	14
Strutture semiresidenziali private NPIA	2	32	8	40
TOTALE SEMIRESIDENZIALI	3	46	8	54

Tabella 3 – Strutture Area neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (dati estratti dal portale regionale SIGAUSS al 31/12/2024)

Strutture Residenziali e Semiresidenziali di psichiatria adulti

Per quanto riguarda l'offerta nell'ambito della Salute Mentale per adulti, nella provincia di Pavia le Strutture residenziali sono equamente distribuite tra pubblico e privato per un totale di 12 Strutture, di cui 1 nuova struttura CPA non contrattualizzata, per un totale di 203 posti letto. Nell'ambito semiresidenziale invece sono prevalenti le Strutture private (6), rispetto alle pubbliche (2), per un totale di 135 posti di semiresidenzialità (v. tab. 4).

Per gli utenti in 43 SAN si rimanda al paragrafo 3 "Tutela della salute mentale Psichiatria e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza" del Dipartimento PIPSS del presente piano.

STRUTTURE AREA PSICHIATRIA				
	STRUTTURA_TOTALE	POSTI TECNICI_ACCREDITATI A CONTRATTO	POSTI LETTO_ACCREDITATI NON A CONTRATTO	POSTI LETTO_TOTALE
Strutture residenziali pubbliche_psichiatria	6	93	0	99
Strutture residenziali private_psichiatria	6	90	20	116
TOTALE RESIDENZIALI	12	183	20	203
Strutture semiresidenziali pubbliche_psichiatria	2	35	0	35
Strutture semiresidenziali private_psichiatria	6	100	0	100
TOTALE SEMIRESIDENZIALI	8	135	0	135

Tabella 4 - Strutture area psichiatria adulti (dati estratti dal portale regionale SIGAUSS al 31/12/2024)

Strutture ambulatoriali e odontoiatriche monospecialistiche (AOM)

L'offerta specialistica ambulatoriale ospedaliera ed extraospedaliera, pubblica e privata accreditata è ampiamente rappresentata sul territorio provinciale.

Diversamente da quanto accade per la degenza, le strutture ambulatoriali extraospedaliere sono concentrate soprattutto nel privato accreditato. Peculiare è anche la presenza di una struttura ambulatoriale di adroterapia "Centro nazionale di adroterapia oncologica - CNAO". In senso generale le strutture

ambulatoriali che offrono servizi accreditati sono 23 di cui 7 dedicate esclusivamente all'attività di Fisiokinesiterapia, 1 per l'attività di Diagnostica per Immagini e 1 di Oculistica.

Per quanto riguarda le AOM l'utenza usufruisce di 6 Strutture accreditate che erogano esclusivamente attività di odontoiatria.

Medicina dello Sport

L'offerta ambulatoriale si completa con quella relativa alla certificazione sportiva agonistica, che vede coinvolte 4 Strutture ambulatoriali accreditate per l'attività relativa alla specialità di Medicina dello Sport.

Medicina di Laboratorio

L'offerta sanitaria accreditata comprende anche numerosi servizi di medicina di laboratorio, ospedalieri ed extraospedalieri pubblici e privati accreditati, che dopo la riclassificazione, ai sensi della DGR 7044/2022, sono rappresentati da 26 Laboratori di cui 16 collocati in Strutture di Ricovero e Cura e 10 afferenti ai Servizi di Medicina di Laboratorio.

L'offerta dei punti prelievi, anch'essa ampiamente distribuita sul territorio della provincia è composta da 58 punti prelievi la cui afferenza è distribuita equamente tra Strutture di Ricovero e Cura e Strutture non di Ricovero e Cura.

Strutture sanitarie autorizzate

La provincia di Pavia, dal punto di vista sanitario è caratterizzata da una ampia offerta autorizzata e non accreditata, sia per quanto riguarda l'attività ambulatoriale sia per l'attività odontoiatrica. Nello specifico, si riscontra un gran numero di Strutture Sanitarie autorizzate (553) rappresentate maggiormente dalle attività odontoiatriche monospecialistiche che rappresentano il 73% delle Strutture con 404 AOM, seguite da 134 Strutture Ambulatoriali pari al 24%, e dal restante 2% riferito alla Medicina dello Sport sia sotto forma ambulatoriale con 2 Strutture sia sotto forma di studio professionale con numero 12 Studi di medicina dello Sport.

Sul territorio sono ampiamente distribuiti anche gli studi professionali medici e non medici pari a 1.011 studi, rappresentati maggiormente dagli studi professionali non medici costituiti prevalentemente da psicologi.

Trasporti sanitari

In merito ai trasporti sanitari, ai sensi della DGR 5165/2016, risultano operativi 21 Soggetti\Enti (20 + Croce Rossa Italiana organizzata in comitati) e registrati 339 mezzi.

Attività di controllo del NOC

La DGR XII/3720 del 30/12/2024 ha fornito le indicazioni per l'esercizio di controllo per l'anno 2025, che si svolgerà dal 1 gennaio al 31 dicembre 2025, con il consueto obiettivo di monitorare e valutare la qualità e la congruenza delle attività di ricovero e di quelle ambulatoriali degli Enti sanitari in provincia di Pavia.

Controlli ricoveri ospedalieri

L'esercizio di controllo tiene conto di effettuare, nell'anno, almeno due visite presso ogni struttura ospedaliera con le seguenti indicazioni principali: svolgere il controllo di congruenza sulla annualità 2024, procedere con la verifica di concordanza sugli autocontrolli di congruenza e di qualità documentale per l'annualità 2025.

In merito ai controlli sull'attività dei reparti di riabilitazione, si rimane in attesa di pronunciamento da parte della DGW, essendo il 2025 ancora anno sperimentale per la SDO-R.

Nelle tabelle seguenti si rappresentano sinteticamente le modalità di controllo:

328-ATS DI PAVIA	Ricoveri 2024 (provvisorio)	Atteso controllo ricoveri 12,5% (provvisorio)	Atteso congruenza mirata 6% (provvisorio)	Atteso autocontrollo congruenza 3,5% (provvisorio)	Atteso qualità documentale 3% (provvisorio)
	84.092	10.511	5.045	2.943	2.523

ITEM	DESCRIZIONE
MODALITÀ	esclusivamente in loco presso gli Enti ospedalieri pubblici e privati a contratto della provincia, <u>nessuno degli erogatori è attualmente fornito di cartella clinica elettronica</u>
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	84.092 cartelle cliniche (dato provvisorio calcolato sulla produzione 2024– 12 mesi) 16 erogatori di ricovero e cura (7 presidi ASST + 1 IRCCS di diritto pubblico; 3 IRCCS + 5 Case di Cura di diritto privato)
NUMEROSITÀ VERIFICHE DI CONCORDANZA DELLE ATTIVITÀ IN AUTOCONTROLLO (QUALITÀ DOCUMENTALE E CONGRUENZA)	Per la verifica di concordanza di ATS, il campione soggetto a verifica da parte del NOC è calcolato con la formula di Levi-Lemeshow applicata al valore centrale di classe, del numero di pratiche del campione in autocontrollo dell'erogatore (Circ. n. 36178/2012). Considerate le quote attese per il 2025, potrebbe riguardare rispettivamente fino a 2.943 cartelle cliniche per l'autocontrollo di congruenza e fino a 2.523 cartelle cliniche per la qualità documentale
FLUSSI O BASI DATI	flussi SDO anni 2024, 2025 (qualità documentale: gennaio-marzo; autocontrollo congruenza: gennaio-aprile)
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	- quota di almeno il 6% in modalità mirata per i controlli di congruenza ed appropriatezza generica sulle prestazioni di ricovero (1) - quota fino al 3,5% in modalità casuale e/o mirata, riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti Erogatori, con le modalità di cui alle DGR X/1185/2013, X/2313/2014 e successive integrazioni; - quota fino al 3% in modalità casuale, riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, a cura dei soggetti Erogatori (di cui alle DGR IX/621/2010, IX/4334/2012 e Circ. n. 36178/2012) (2)
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Preavviso di 48 ore, ai sensi delle Regole di Sistema. Verifica di congruenza ed appropriatezza generica e verifica di qualità documentale, ai sensi delle Regole di Sistema
STRUMENTI OPERATIVI	Manuale ICD-9-CM per le verifiche di congruenza; check list (DGR IX/621/2010) per la verifica dell'autocontrollo di qualità documentale, software dedicato.

ITEM	DESCRIZIONE
COMPOSIZIONE ÉQUIPE	3 medici igienisti e 3 infermieri assegnati al 100% al NOC; l'équipe si occupa altresì del controllo sulla specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.
CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO	gennaio - dicembre 2025: controllo di congruenza e appropriatezza generica anno 2024; luglio – dicembre 2025: verifica autocontrollo di congruenza e autocontrollo di qualità documentale anno 2025.

Tabella 5: Schema di programmazione attività di controllo NOC Ricoveri ospedalieri

(1) Dettaglio criteri di campionamento:

1. lavori/verbali del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controllo delle Prestazioni sanitarie di Ricovero e Ambulatoriali;
2. Indicatori regionali così come specificati dalla DGR XI/2633 del 6/12/2011;
3. Ex prestazioni extra budget;
4. tipologie di campione (ex fattispecie) da “1” a “7” così come declinate nella DGR 12692/2003;
5. tipologia “8” area di interesse locale, si utilizzano i seguenti criteri:
 - *DRG chirurgici complicati con omologo non complicato;*
 - *DRG complicati con complicanze a rischio opportunismo;*
 - *codici di diagnosi V64.01- V64.02 – V64.03;*
 - *appropriatezza del setting assistenziale del DH e del DS;*
 - *appropriatezza delle giornate di degenza;*
 - *corretta rappresentazione del prericovero;*
 - *errori sistematici di codifica delle diagnosi e delle procedure, evidenziati negli anni precedenti in ogni singola struttura;*
 - *DRG ad alto costo con possibilità di errori di codifica o giornate inappropriate(es.578,473,471 ecc.);*
 - *ricoveri programmati di breve durata (2-3 giorni) con procedura non eseguita in prima giornata;*
 - *ricoveri riconducibili ai “108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza” (DGR 2057/2011, All. A e B Patto salute 2001-2002);*
 - *appropriatezza del ricovero e delle singole giornate di degenza in riabilitazione specialistica (in merito a questo criterio si rimane in attesa di pronunciamento da parte della DGW, essendo il 2025 ancora anno sperimentale per la SDO-R) ;*
 - *corretta erogazione e rappresentazione della chirurgia bariatrica e postbariatrica;*
 - *appropriatezza erogativa ex DGR 6006/2016 (riabilitazione di alta complessità ed intensiva, chemioterapia, IMA, TAVI);*
 - *controllo interventi per artrodesi (DGW nota prot. G1.2019.0003607 del 29/01/2019, DGR 1986/2019);*
 - *cure subacute (DGR 1479/2011,DGR 1185/2013).*

(2) Nelle SDO dei ricoveri si valuterà la presenza:

- del documento dell'Heart Team, nei casi di trattamento TAVI (Transcatetere della Stenosi Valvolare Aortica), sottoscritto dai componenti per ogni paziente candidato, come previsto dal Decreto n. 15121/2020. L'Heart Team deve includere un Cardiologo Interventista, un Cardiochirurgo, un Anestesista Intensivista e un esperto di Imaging, con la possibilità di coinvolgere altri specialisti. Il

parere dell'Heart Team è obbligatorio e il verbale della discussione deve essere parte integrante della cartella clinica. La verifica del documento sarà parte del controllo delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi dal 01.01.2025 e sarà previsto un abbattimento economico ove la compilazione del documento sia assente o incompleta;

- della scheda dello screening nutrizionale compilata per ogni nuovo ingresso. La verifica del documento sarà parte del controllo delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi dal 01.01.2025 e sarà previsto opportuno abbattimento economico ove la compilazione del documento sia assente o incompleta.

Controlli specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale

L'attività di specialistica ambulatoriale si contraddistingue per un elevato numero di prestazioni, soprattutto di laboratorio e diagnostica strumentale, e per un progressivo aumento di prestazioni di genetica e di alcune prestazioni che si svolgono in setting ambulatoriali complessi.

Se da una parte sono quindi aumentati i controlli di tipo statistico-formale, per l'eventuale occorrenza di situazioni ad alto rischio di opportunismo e/o di errata modalità di erogazione/rendicontazione delle prestazioni, come indicato dai disposizioni regionali, dall'altra parte si è migliorato il controllo mirato definendo alcune aree di particolare interesse, come indicato più avanti.

La DGR XII/3720/2024 ha stabilito che per le prestazioni ambulatoriali, il controllo riguarderà almeno il 3,5% della produzione 2024, di questa una percentuale dello 0,15% sarà svolto sulle prestazioni contraddistinte dai flag 1 e 3. In merito a quest'ultima tipologia di controllo, DGW fornirà ulteriori indicazioni sulle modalità di esecuzione con provvedimento successivo.

328 - ATS DI PAVIA	Produzione provvisoria 2024	Atteso controlli totale (3,5%) provvisorio
	3.176.713	111.185

ITEM	DESCRIZIONE
MODALITÀ	in loco, da remoto con consegna/scannerizzazione della documentazione presso ATS
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 3.176.713 (dato provvisorio calcolato sulla produzione 2024 – 12 mesi); Controlli distribuiti su 1 IRCSS pubblico, 3 IRCSS privati e 19 erogatori privati a contratto
FLUSSI O BASI DATI	flussi 28/SAN anni 2021, 2022, 2023, 2024 – SDO 2021, 2022, 2023, 2024
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	statistico-formale, mirato
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Preavviso di 48 ore, ai sensi delle Regole di Sistema. Verifica congruenza, appropriata rendicontazione ed erogazione di quanto prescritto
STRUMENTI OPERATIVI	Software Quadrifoglio Praezision
COMPOSIZIONE ÉQUIPE	3 medici igienisti e 3 infermieri assegnati al 100% al NOC, l'équipe si occupa altresì del controllo sui ricoveri. È prevista la collaborazione per un tempo lavoro del 10% di 1 medico igienista
CRONOPROGRAMMA	L'attività nel 2024 sarà dedicata prioritariamente agli erogatori di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale degli enti ospedalieri/case di cura pubblici e privati a contratto a recupero degli anni precedenti

Tabella 6: Schema di programmazione attività di controllo NOC ambulatoriale

Dettaglio criteri di campionamento:

1. prestazioni non associabili (NTR, interpellanti regionali);
2. indicatori regionali (DGR 10804/2009, Decreto 32731/2000);
3. prestazioni di medicina fisica e riabilitazione (DGR 3111/2006 e Decreto 32731/2000);
4. prestazioni erogate in regime di esenzione (DGR 2057/2011, DGR 3976/2012, DGR 2313/2014, DGR 3326/2020);
5. corretta e completa compilazione impegnativa cartacea/dematerializzata;
6. prestazioni ambulatoriali erogate in corso di ricovero ospedaliero (DGR 8078/2002);
7. prestazioni ambulatoriali ricomprese nel costo del DRG di ricovero (pre-post ricovero chirurgico) (DGR 8078/2002);
8. prestazioni ambulatoriali di PS e seguite da ricovero (DGR 8078/2002);
9. verifica della correttezza della modalità di trasmissione dei dati (DGR 8078/2002);
10. MAC/BIC;
11. genetica;
12. odontoiatria.

Accreditamento, riclassificazione e Vigilanza

Riclassificazione dei posti letto riabilitativi ospedalieri dedicati ai cod. 75 (neuroriabilitazione):

Nel corso del 2025 viene data attuazione alla DGR 1477/2023 attraverso l'avvio della riclassificazione e revisione delle tariffe relative ai ricoveri di neuroriabilitazione (cod. 75). Tale attività di verifica dei requisiti di accreditamento da parte delle ATS di competenza va completata entro il 30 giugno 2025.

Riclassificazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio

È prevista la conclusione entro il 28/02/2025, degli iter di verifica iniziati nel 2024 in merito all'assolvimento dei requisiti prorogati all'atto della riclassificazione dei Laboratori Clinici, con tempi massimi di assolvimento fissati al 31/12/2023 e a 18 mesi dall'entrata in vigore della DGR XI/7044/2022 (01/03/2023). È prevista inoltre una fase successiva di verifica dei requisiti prorogati con tempo Massimo di assolvimento a 24 mesi.

Monitoraggio delle non conformità segnalate dal Centro Regionale di Coordinamento per la qualità dei laboratori

A seguito della riclassificazione della medicina di laboratorio ai sensi della DGR7044/22, sul territorio sono presenti 28 laboratori clinici.

Periodicamente è previsto il monitoraggio degli esiti dei controlli di qualità esterni (Valutazione Esterna di Qualità –VEQ).

Il monitoraggio dei flussi di produzione seguirà le tempistiche dettate dalla normativa riguardante la riclassificazione dei laboratori.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Monitoraggio degli esiti delle valutazioni esterne di qualità
MODALITÀ	Verifica da remoto e a seconda delle criticità riscontrate sul campo
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	100% dei laboratori che bimestralmente evidenziano delle non conformità di partecipazione, performance qualitative e quantitative
FLUSSI O BASEDATI UTILIZZATI	Flusso non conformità rese visibili sul portale del Centro regionale per la

ITEM	DESCRIZIONE
	qualità dei laboratori (CRC)
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Tutti i laboratori che bimestralmente evidenziano delle non conformità di partecipazione, performance qualitative e quantitative
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Comunicazione delle NC e valutazione della relazione richiesta sulle azioni correttive poste in essere (nel caso non fosse esaustiva si procede alla verifica sul campo)
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	1 biologo e 1 infermiere
CRONOPROGRAMMA	Marzo-dicembre

Tabella 7: Schema di programmazione attività di controllo VEQ

Verifica biennale dei servizi trasfusionali

Sul territorio di ATS di Pavia sono presenti 8 Unità di raccolta sangue intero associative e 2 SIMT (di cui uno è anche sede di centro di lavorazione e validazione) con 5 articolazioni di raccolta.

Per tale ambito è stata pianificata un'attività di verifica volta a garantire il controllo a cadenza biennale, come previsto dalla normativa vigente e parallelamente ad implementare il progressivo adeguamento ai nuovi requisiti definiti dall'Accordo Stato- Regione 25 marzo 2021, recepito da Regione Lombardia con DGR 6678/2022.

Il sopralluogo avviene durante il consueto espletamento delle attività per ogni singola fase del processo. Per la verifica, concepita sotto forma di audit, è prevista l'osservazione diretta del percorso del donatore all'interno delle articolazioni di raccolta sangue, della predisposizione dei trasporti e dell'assegnazione degli emocomponenti nell'ambito del processo sanitario che va dalla vena del donatore alla vena del paziente (per il SIMT) nonché etichettatura ai fini della tracciabilità e rintracciabilità. La valutazione documentale avverrà in remoto. Gli eventuali elementi di non conformità o gli ambiti passibili di miglioramento, saranno riportati nei report finali.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Servizi trasfusionali e Unità di raccolta sangue
MODALITÀ	Verifica sul campo e documentale
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	4 Unità di Raccolta (di cui 1 oggetto di NC nella verifica del 2024) e 1 SIMT con CLV e articolazione di raccolta
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	SIGAUSS e SISTRA
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Scadenza verifica biennale
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Osservazione diretta del percorso del donatore all'interno delle articolazioni di raccolta sangue, della predisposizione dei trasporti e dell'assegnazione degli emocomponenti nell'ambito del processo sanitario che va dalla vena del donatore alla vena del paziente nonché etichettatura ai fini della tracciabilità e rintracciabilità
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	2 valutatori VSTI (1 infermiere e 1 biologo) e 1 TDP; in affiancamento 1 dirigenti professioni sanitarie tecniche e 1 infermiere
CRONOPROGRAMMA	Da marzo a dicembre

Tabella 8: Schema di programmazione audit attività trasfusionale

Verifica biennale delle macroattività di Procreazione medicalmente assistita (PMA)

Sul territorio di ATS di Pavia è presente una macroattività di Procreazione medicalmente assistita di secondo livello.

Per tale ambito è stata pianificata un'attività volta a garantire la verifica dei requisiti previsti dai Decreti Legislativi 197/2007 e 16/2010 e smi.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Attività di procreazione medicalmente assistita
MODALITÀ	Verifica sul campo e documentale da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	1
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Check List Decreti Legislativi 197/2007 e 16/2010 e smi
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Scadenza verifica biennale
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Osservazione diretta del percorso nonché tracciabilità e rintracciabilità delle fasi del processo
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	3 valutatori regionali PMA
CRONOPROGRAMMA	Primo semestre

Tabella 9: Schema di programmazione audit PMA

Verifica strutture di Medicina dello sport accreditate e a contratto

Sul territorio di ATS di Pavia sono presenti 4 Centri di Medicina dello sport accreditati di cui 3 a contratto.

La verifica sarà condotta su di un campione pari a 2 strutture private accreditate e a contratto.

Il sopralluogo avviene durante il consueto espletamento delle attività per ogni singola fase del processo.

La valutazione documentale avverrà in remoto. Gli eventuali elementi di non conformità o gli ambiti passibili di miglioramento, saranno riportati nei report finali.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Verifica dei requisiti specifici (SS, OS) per macroattività e selezione di requisiti generale (OG e SG)
MODALITÀ	Verifica sul campo e da remoto per quanto attiene alla documentazione
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	n. 2 strutture
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	SIGAUS, flussi di produzione 28 SAN
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Tempistica delle verifiche precedenti (anche di accreditamento)
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Osservazione diretta del percorso degli utenti nonché tracciabilità e rintracciabilità delle fasi del processo Compilazione della Check list
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	Almeno due operatori tra le seguenti professionalità: medico, infermiere, TDP e Dirigente delle professioni sanitarie tecniche
CRONOPROGRAMMA	Marzo-Dicembre

Tabella 10: Schema di programmazione vigilanza medicina dello sport

Verifica del governo del percorso del paziente chirurgico programmato

Considerato il recepimento, con DGR 1827/2024, delle "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" e quanto stabilito con DGR 3720/2025 (punto 8.1.7 pag. 128) l'ATS di Pavia intende intraprendere, relativamente agli Enti che erogano prestazioni chirurgiche programmate, le seguenti azioni:

- analisi dei volumi erogativi e delle liste di attesa degli EE;
- verifica dello stato di avanzamento delle Procedure aziendali mirate alla gestione del processo di ricovero per le liste di attesa dei ricoveri programmati, che gli Enti Erogatori sono stati invitati a rendere operative entro il primo trimestre 2025;

- collaborazione/supporto operativo agli EE nella pulizia cadenzata delle liste di attesa;
- utilizzo del cruscotto di monitoraggio relativo alla gestione delle liste di attesa che la Regione implementerà nel corso del 2025 e che sarà reso disponibile all'ATS.

Le eventuali criticità emergenti dalle predette azioni, saranno oggetto di ulteriore approfondimento, anche con sopralluoghi, al fine di valutarne una possibile correlazione con i requisiti di autorizzazione e accreditamento.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Verifica dei requisiti di autorizzazione e accreditamento e dell'applicazione delle linee di indirizzo per il governo del paziente chirurgico programmato
MODALITÀ	Documentale da remoto e sul campo
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	6 Enti Erogatori
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	SIGAUSS e utilizzo del cruscotto di monitoraggio relativo alla gestione delle liste di attesa
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Temporalità delle verifiche e livello di ottemperanza ai TdA dei ricoveri programmati
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Osservazione diretta del percorso nonché tracciabilità e rintracciabilità delle fasi del processo Compilazione della Check list
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	Almeno 2 operatori tra le seguenti professionalità: medico, infermiere, TdP e dirigente delle professioni sanitarie tecniche
CRONOPROGRAMMA	Marzo-Dicembre

Tabella 11: Schema di programmazione attività di vigilanza percorso paziente chirurgico

Verifiche Dotazione organica Strutture Accreditate a contratto

L'accertamento degli standard di dotazione organica viene puntualmente effettuato nell'ambito dei procedimenti di autorizzazione all'esercizio/accreditamento e di verifica del mantenimento dei requisiti attraverso l'acquisizione degli elenchi aggiornati del personale, delle turnistiche e delle timbrature. Stessa verifica è effettuata per le strutture oggetto di vigilanza. La verifica del possesso dei titoli abilitanti viene effettuata attraverso controlli dell'iscrizione agli ordini o richiesta di dichiarazione sostitutiva di certificazione per il possesso dei titoli di studio.

Per le autocertificazioni quadrimestrali relative al mantenimento requisiti di dotazione organica sulle strutture di ricovero e cura proseguirà l'attività di monitoraggio degli inserimenti sul portale ASAN, analogamente sarà monitorato il flusso modello EP (elenco personale) delle strutture ambulatoriali e strutture psichiatriche private e accreditate e sarà condotta una verifica a campione sul possesso dei titoli da parte del personale. In questa tipologia di controllo la verifica del possesso dei titoli abilitanti viene effettuata a campione.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Verifiche Dotazione organica
MODALITÀ	- sul campo per le strutture che presentano istanze o che sono oggetto di vigilanza - da remoto per tutte le strutture (obbligo autocertificazione quadrimestrale della dotazione organica)
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	Tutte le strutture sanitarie accreditate e a contratto
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	DDO SIGAUSS, Modello EP, portale CRC, Portali ordini ed Albi
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI	Tutte le strutture che presentano istanze o che sono

ITEM	DESCRIZIONE
DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	oggetto di vigilanza
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	- acquisizione degli elenchi aggiornati del personale, delle turnistiche e delle timbrature - verifica del possesso dei titoli abilitanti
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	Infermieri delle SC preposte
CRONOPROGRAMMA	Gennaio – dicembre

Tabella 12: Schema di programmazione attività di controllo dotazione organica e titoli del personale

Verifiche su sedi e mezzi – trasporto sanitario

L'esercizio dell'attività di trasporto sanitario semplice (TSS) e di trasporto sanitario (TS) sul territorio regionale (DGR 5165 del 16.05.2016 e s.m.i.) è subordinato alla presentazione di una SCIA all'ATS territorialmente competente rispetto all'ubicazione della sede operativa, attestante:

- il possesso di almeno una sede operativa sul territorio della Regione Lombardia;
- il possesso di almeno un mezzo;
- la presenza di personale.

ATS esercita il controllo sull'intero sistema dei trasporti sanitari del territorio di competenza.

Attualmente sul territorio di competenza di questa Agenzia risultano operativi 21 Soggetti\Enti (20 + Croce Rossa Italiana organizzata in comitati) e registrati 339 mezzi.

Il singolo Soggetto\Ente è tenuto a trasmettere con cadenza semestrale (e precisamente al 30 giugno e al 31 dicembre di ogni anno; fatta eccezione per la Croce Rossa Italiana la cui cadenza è annuale, entro il 31 dicembre di ogni anno) l'elenco aggiornato di mezzi e del personale in servizio (personale dipendente e personale volontario) per ogni sede operativa presente sul territorio. Sarà poi compito della S.C. preposta effettuare gli opportuni controlli.

Il piano controlli prevede l'attività di verifica dei servizi di trasporto sanitario semplice (TSS) e trasporto sanitario (TS) secondo le modalità previste dalla DGR 5165/2016.

Per la programmazione dell'attività si prendono in considerazione i seguenti criteri:

- Triennialità delle verifiche;
- Inadempienza nella trasmissione degli elenchi previsti;
- Criticità rilevate nelle attività di vigilanza condotte negli anni precedenti;
- Segnalazioni\esposti.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Trasporti sanitari (sedi e mezzi)
MODALITÀ	- Sul campo per i Soggetti\Enti che presentano SCIA (solo enti privati) o che sono oggetto di vigilanza - Da remoto per le verifiche dell'assolvimento al debito informativo semestrale
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	- Tutte le SCIA - Vigilanza: 7 Soggetti\Enti (6 + Croce Rossa Italiana) verificando per ognuno dei Soggetti individuati almeno una sede operativa e i mezzi ivi presenti al momento dell'accesso per un totale di 6 sedi operative + 1 comitato afferenti a Croce Rossa Italiana

ITEM	DESCRIZIONE
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	- Database interno (anagrafica) e debito semestrale
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	- Soggetti\Enti individuati sulla base della garanzia delle verifiche nell'arco del triennio; inadempienza nella trasmissione degli elenchi previsti; eventuali criticità rilevate nelle attività di vigilanza condotte negli anni precedenti; segnalazioni/esposti
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	- Applicazione delle check list sui requisiti previsti (facenti parte integrante dei verbali di sopralluogo in uso)
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	- SC Autorizzazione e Accreditamento: 2 medici - SC Vigilanza e Controllo: 1 infermiere, 1 TdP
CRONOPROGRAMMA	- Marzo-Dicembre

Tabella 13: Schema di programmazione attività di vigilanza sedi e mezzi di trasporto sanitario

Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato e ambulatoriali

Richiamando il punto 14.1 della DGR 3270/2024 “Governo dei LEA e Valutazione delle performance quali/quantitative” le ATS sono responsabili per le strutture private accreditate nel loro territorio.

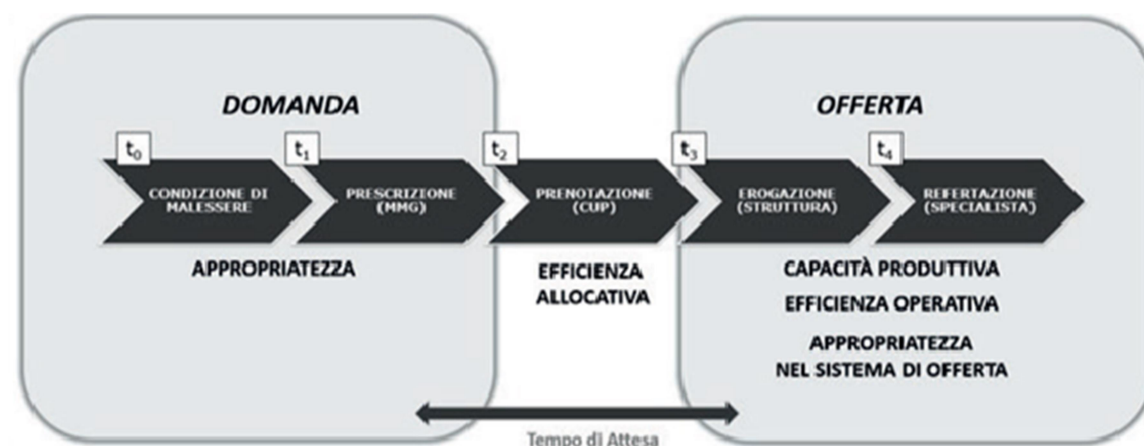
Nell'ottica della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA alla quale possono afferire i seguenti indicatori del NSG aggiornati al Questionario LEA 2024:

- D10Z: percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B;
- EO01: rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche.

La normativa di settore sottolinea come la problematica dei tempi di attesa sia complessa e necessiti di interventi su più livelli:

- Corretto dimensionamento dell'offerta;
- Appropriata della domanda;
- Trasparenza nella disponibilità e nell'accesso alle prestazioni.

ATS pertanto nel corso del 2025 considererà, per sviluppare il suo sistema di controllo, le principali dimensioni critiche per il governo dei tempi di attesa, illustrate nella seguente figura:



Fonte Sda Bocconi

Cruscotto di monitoraggio aziendale dei tempi di attesa

Nel 2025 continuerà la manutenzione del cruscotto in uso a questa ATS dal 2025. Le prestazioni ambulatoriali che il cruscotto permette di monitorare sono quelle ricomprese all'interno del PRGLA (DGR 1865/2019) e quelle che hanno un interesse locale per ATS di Pavia.

Monitoraggio dei tempi di attesa/liste di attesa (flussi, siti web, formazione)

Per l'anno 2025, come da normativa vigente, sono previste le seguenti attività:

1. monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
2. monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
3. monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
4. monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale

Intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente);

5. monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa: gli Enti SSR dovranno adeguare le sezioni “tempi di attesa” dei propri siti web, come indicato nelle “Linee di indirizzo” approvate dalla CSR, entro il 30 giugno 2025;
6. monitoraggio ricoveri chirurgici programmati: prosecuzione della trasmissione alla DGW, con cadenza almeno trimestrale, dei dati degli EEPA relativi all'attività di riduzione delle liste di attesa, su cui incidono sia le prestazioni erogate, sia fattori quali la scelta di altri erogatori da parte dei pazienti, il mutamento delle loro condizioni cliniche o il loro decesso;
7. incontri di monitoraggio con gli EE: nel corso del 2025, proseguiranno i lavori del GDL aziendale che sfoceranno in incontri di monitoraggio con le direzioni strategiche al fine di coinvolgere attivamente gli erogatori nel processo di negoziazione, fissando obiettivi e target per il raggiungimento di quanto definito dal livello regionale;
8. analisi dati avanzata: nel corso del 2025 continuerà l'analisi dei dati fruibili attraverso le “viste” pertinenti della Dashboard/Modulo di Business Intelligence - Advanced Analytics (di cui alle DGR XII/1827 del 31/01/2024 e XII/514 del 26/06/2023) di Regione Lombardia;
9. raccordo tra Enti nei Percorsi di cura interni: i percorsi di cura interni sono intesi come *“prenotazione ed erogazione di prestazioni necessarie al paziente e prescritte da uno specialista interno all'Ente, a seguito di un primo accesso”*. Ciò detto, la prenotazione dovrà avvenire attraverso:
 - sistemi integrati regionali;
 - convenzioni tra Enti;

che consentano la prenotazione diretta con agende dedicate a specifici percorsi.

In riferimento al secondo punto di cui sopra, l'ATS di Pavia svolgerà, se necessario, una funzione di raccordo tra Enti;

10. interventi formativi D.L. 7 giugno 2024, n. 73 “Misure urgenti per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie”: la DG Welfare ha richiesto ad ATS di prevedere specifiche attività formative certificate nell'ambito delle tematiche di seguito elencate, a titolo esemplificativo e non esaustivo:
 - indicazioni operative per la gestione delle richieste sanitarie, attraverso l'utilizzo di GP++, nei casi di indisponibilità di slot nei tempi previsti dalle classi di priorità all'interno dell'ambito di garanzia;
 - breast unit: agende dedicate per la corretta presa in carico del paziente con carcinoma mammario, in coerenza con la DGR 3548 del 15/11/2024;
 - accesso semplificato: garanzia della prenotazione della prestazione specialistica da parte dell'Ente prescrittore.

Nel corso del 2025 l'ATS di Pavia coinvolgerà i responsabili dell'accoglienza degli EEP e degli EEPA afferenti al proprio territorio, i RUA e gli operatori di front-office del CUP e fornirà trimestralmente alla DG Welfare una sintetica relazione relativa all'elenco e all'oggetto dei corsi svolti nonché al numero dei partecipanti. Tali eventi formativi saranno inseriti nel Piano Formativo;

11. monitoraggio delle performance di rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati: l'ATS, attraverso i report mensili disponibili sul Portale di Governo Regionale, monitorerà il livello di target raggiunto per rilevare eventuali aree critiche e, eventualmente, determinare piani di miglioramento tesi a conseguire i target indicati nella tabella successiva:

	Baseline (da PRSS)	Target 2025	Target 2027 (da PRSS)
% rispetto tda nei ricoveri chirurgici oncologici programmati classe di priorità A	83%	88%	90%
% rispetto tda nei ricoveri chirurgici non oncologici programmati tutte le classi di priorità	79%	85%	90%

Tabella 14: livello di target performance di rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati

Analisi degli indicatori di performance e di qualità

In relazione agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 come indicato da DGR XII/3720, l'ATS valuta e monitora le strutture ospedaliere e l'assistenza territoriale dei propri distretti consultando gli indicatori PNE e NSG al fine di individuare aree di miglioramento e attivare AUDIT mirati da remoto e on-site. Particolare attenzione viene prestata agli indicatori selezionati da Regione Lombardia come principali e altri con maggiori prospettive di miglioramento dell'offerta sanitaria.

Controlli su appropriatezza prescrittiva a livello della specialistica ambulatoriale

Uno dei fattori che pesa maggiormente sul prolungamento dei tempi di attesa è rappresentato dall'inappropriatezza prescrittiva o dalla inadeguata individuazione della classe di priorità.

Sono previsti interventi in previsione dell'inserimento dei criteri RAO (raggruppamenti di attesa omogenei); l'ATS di Pavia inizierà un percorso di confronto a livello dei tavoli relativi ai tempi di attesa, con il coinvolgimento dei rappresentanti dei MMG/Cure primarie di ASST Pavia al fine facilitare una prescrizione più puntuale relativamente all'utilizzo delle classi di priorità. In corso di analisi dati sarà valutata la congruenza tra prestazione erogata e i criteri previsti dal Manuale RAO nonché dalla DGR XII/1568 del 18/12/2023.

Area socio sanitaria

Il presente piano delle attività di vigilanza e controllo, definito in base alle indicazioni della DGR XI/3720 del 31/12/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025”, declina le azioni che verranno perseguite nel corso del 2025.

Contesto territoriale

La rete d'offerta socio-sanitaria nel territorio della provincia risulta ampia e ben articolata nelle diverse aree.

TIPOLOGIA UdO	N. UdO ABILITATE	N. UdO ACCREDITATE	N. UdO A CONTRATTO	N UdO IN PIANO PROGRAMMA	N POSTI ABILITATI	N POSTI ABILITATI E ACCREDITATI	N POSTI ABILITATI, ACCREDITATI E A CONTRATTO	N OSPITI / UTENTI
RSA	90	86	76		6395	6056	5272	7515
RSD	10	10	10		278	278	263	276
CDD	16	15	14		415	385	370	342
CDI	25	24	24		655	625	509	845
CSS	12	12	12		112	112	110	134
CF	15	15	15					8917
SERT/SMI	3	3	3	3				3166
INT	3	2	2		367	257	257	1415
RIA AMB	4	3	3					1223
RIA MIN	2	2	2					359
HOSPICE	3	3	3		30	30	30	436
C-DOM	29	29	29					7465
UCP-DOM	7	7	7	1				964
UOCP	4	4	4	1	55	55	55	771
Post Acuti	3				60			348
Dipendenze Comunità	14	14	14		333	318	318	547
Dipendenze – BIA Bassa intensità assistenziale	0	0	0		0	0	0	0
CSGM: comunità socio-sanitaria giustizia minorile	1				9			Nuova Attivazione
Ospedali di Comunità	2	2	0	0	30	30	0	240
CDC	3	3	2		40	40	25	290
RIA DOM	2	2	2					152
SRM	1	1	1		15	15	15	19
Subtotale	249	237	223	5	8794	8201	7224	35116
RSA Aperta	24	24	24					1202
Residenzialità Assistita Religiosi	1	1	1		12	12	12	15
Residenzialità Leggera	16	16	16		322	322	322	40
Case Management								
Minori Gravissimi								

TIPOLOGIA UdO	N. UdO ABILITATE	N. UdO ACCREDITATE	N. UdO A CONTRATTO	N UdO IN PIANO PROGRAMMA	N POSTI ABILITATI	N POSTI ABILITATI E ACCREDITATI	N POSTI ABILITATI, ACCREDITATI E A CONTRATTO	N OSPITI / UTENTI
Altra Misura Sperimentazione: Progetti Sperimentali	4	4	4		4	4	4	324
Altra Misura /Voucher Sociosanitario Misura B1	12	12	12					179
Altra Misura/ Voucher Autismo	3	3	3					24
<i>Subtotale</i>	<i>61</i>	<i>41</i>	<i>41</i>	<i>0</i>	<i>338</i>	<i>338</i>	<i>338</i>	<i>1438</i>
Totale	310	278	264	5	9132	8539	7562	38338

Tabella 15: Rete dell'offerta socio sanitaria

Completa la rete territoriale la presenza di 2 Ospedali di Comunità afferenti alla ASST di Pavia, accreditati come tali in ASAN ai sensi della DGR XI/6760/2022 e collocati nei Comuni di Mede e Casorate Primo, ognuno dei quali costituito da 15 pl per un totale di 30 posti attivi.

Sono inoltre già attive 8 Case di Comunità nei Comuni di Broni, Casorate Primo, Belgioioso, Pavia, Mede, Mortara, Voghera e Vigevano. La DGR XII/1827/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024” aveva previsto l'avvio dell'iter di accreditamento. Si rimane tuttora in attesa di ulteriori indicazioni da parte della DGW sull'iter procedurale per l'accREDITamento delle nuove unità di offerta sociosanitarie.

In riferimento alle UdO sociosanitarie in Piano programma, è stato aggiornato l'elenco in seguito a specifiche indicazioni regionali.

Attività di vigilanza

Le attività di vigilanza e controllo sulle Unità di Offerta Sociosanitaria sono condotte in recepimento ed applicazione delle disposizioni emanate da Regione Lombardia con DGR 2569/2014 e DGR 3720 del 30/12/2024 e sulla scorta delle indicazioni contenute nella DGR 1827/2024. La percentuale minima delle strutture su cui effettuare le verifiche di vigilanza e di appropriatezza deve essere pari al 33% del totale delle UdO sociosanitarie. Le azioni che verranno implementate nel corso dell'anno riguarderanno i seguenti ambiti:

- Vigilanza sul mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle UdO Sociosanitarie pubbliche/private, indipendentemente dal loro status erogativo (abilite all'esercizio-accreditate-contrattualizzate), ai sensi della DGR 2569/2014 e alla normativa di riferimento per ogni tipologia di UdO;
- Vigilanza sulle misure applicative della DGR X/7769 del 17/01/2018;
- Gestione della totalità delle segnalazioni (sia da privati sia da Autorità) pervenute, inerenti presunte criticità nei servizi offerti dalle strutture sociosanitarie operanti nel territorio; tali verifiche sono escluse dal campione di vigilanza;

- Verifiche a 90 giorni a seguito di aggiornamento del Registro Regionale delle unità di offerta sociosanitarie accreditate; tali verifiche sono escluse dal campione di vigilanza;
- In ottemperanza alla DGR XII/1435/2024 che ha previsto l'inquadramento dell'attività erogata dagli OdC e dalle CdC nell'area dell'assistenza territoriale distrettuale e il conseguente inserimento delle due tipologie di struttura nella rete sociosanitaria, saranno effettuate le verifiche previste dalla DGR 2569/2014 fermo restando che gli ambulatori di specialistica presenti all'interno delle Case di Comunità rimangono nell'offerta sanitaria;
- Controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate (DGR 1765/2014);
- Verifica a 10 giorni dall'inserimento dello stato vegetativo (DGR 4222/2012); tali verifiche sono escluse dal campione di vigilanza.

ITEM	DESCRIZIONE	
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Vigilanza	Appropriatezza
MODALITÀ	Verifiche di mantenimento dei requisiti (sul campo e da remote per la documentazione)	Verifiche indicatori DGR 1765/2014 (sul campo e da remote per l'autocontrollo)
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	33% per ogni tipologia di UdO	33% per ogni tipologia di UdO campionata per la vigilanza
FLUSSI O BASEDATI UTILIZZATI	AFAM e database locale	SOSIA, SIDI, CDI, SDOFAM, AMB, SIAD, Consultorio, RIA FAM, SERD
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Temporalità per tipologia di UdO RSA con Nucleo Alzheimer Indicatori del flusso S.O.S.I.A. e S.I.D.I. complessità Assistenziale sfera dell'alimentazione e/o sfera comportamentale (DGR XII 1513/2023)	10% per il regime residenziale e semiresidenziale e 2,5 % per regime domiciliare ed ambulatoriale.
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Check list osservazione diretta	Checklist Osservazione diretta
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	A seconda della tipologia di UdO e a seconda della disponibilità dell'equipe-minimo 2 operatori (2 infermieri, 1 Medico, 1TDP)	A seconda della tipologia di UdO e a seconda della disponibilità dell'equipe-minimo 2 operatori (2 infermieri, 1 Medico)
CRONOPROGRAMMA	Gennaio-Dicembre	Febbraio-Dicembre

Tabella 16: Schema di programmazione attività di vigilanza e controllo di appropriatezza strutture sociosanitarie

La programmazione delle UdO da verificare e per le UdO in Piano programma nel 2025, ha tenuto conto di quanto indicato nell'Allegato 5 Area interventi Sociosanitari, punto 5.8.3 *“Attività di vigilanza e controllo di appropriatezza in ambito Sociosanitario e sociale”* che individua come criterio di base la rotazione storica delle verifiche.

L'attività di vigilanza prevede la verifica contestuale dei requisiti organizzativi, gestionali, tecnologici e strutturali. È svolta con sopralluoghi presso le UdO interessate, assicurando la verifica dell'aderenza e della coerenza della documentazione con la situazione di fatto, garantendo l'integrazione fra la verifica degli aspetti organizzativi e gestionali e quella delle componenti strutturali e tecnologiche.

Per quanto riguarda gli strumenti operativi, per ogni tipologia di UdO, verranno utilizzati specifici modelli di verbali regionali, integrati con le relative check list per la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio previsti dalle DGR di riferimento.

Nel corso dell'anno si porterà a sistema sul portale erogatori di ATS Pavia, la possibilità di caricamento, da parte dei Gestori sociosanitari, dei documenti attestanti il possesso dei requisiti di esercizio ed accreditamento. Nella fase iniziale con un campione di RSA verrà valutata la fattibilità e le eventuali difficoltà riscontrate.

TIPOLOGIA UDO	N. TOT. UDO	CAMPIONE 33%	N. UDO CAMPIONATE
RSA	90	30	33
RSD	10	3	3
CDI	25	8	8
CSS	12	4	4
CDD	16	5	5
HOSPICE	3	1	1
UOCP	4	1	1
C-DOM	29	10	10
UCPDOM	6	2	2
CURE INTERMEDIE	4	1	1
RIA AMB.	4	1	1
C.TOX RES.	12	4	4
C.TOX SR	2	1	1
CONSULTORI	15	5	5
SERD	3	1	1
TOTALE	235	77	80

Tabella 17: Riepilogo campione di controllo di vigilanza 2025 UdO sociosanitarie

Verifiche di appropriatezza

Lo svolgimento dei controlli di appropriatezza viene programmato in aderenza alla DGR XII/3720/2024 “Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025”, ed alla DGR XI/7135/2022 “Approvazione del piano dei controlli e dei protocolli 2022-2023”, garantendo il controllo di almeno il 33% delle UdO attive nel territorio ATS:

- con il controllo di appropriatezza sulle medesime strutture individuate per il controllo di vigilanza;
- con il controllo di appropriatezza straordinaria su tutte le segnalazioni;
- con i controlli di appropriatezza delle sperimentazioni sociosanitarie del territorio di ATS: Progetto Ambulatorio di riabilitazione neuro psicomotoria dell'età evolutiva, Progetto Apprendi Meglio - Fondazione Costantino, Case Management per persone con l'autismo, Progetto Centro Diurno per persone con autismo.

Le verifiche vengono svolte come:

- controllo di appropriatezza delle prestazioni erogate in termini di efficacia, efficienza e sicurezza;
- controllo di appropriatezza delle prestazioni erogate, anche rispetto ai parametri individuati, costituenti il sistema di classificazione degli ospiti, e agli indicatori di controllo previsti dalla normativa regionale ed in particolare per i nuclei Alzheimer (DGR 046/2018 e DGR 7758/2022 e Nota R.L. prot. G1.2022.0050097 del 28/11/2022), - indicatori del flusso S.O.S.I.A. e S.I.D.I. complessità Assistenziale sfera dell'alimentazione e/o sfera comportamentale (DGR XII/1513/2023).

Il controllo di appropriatezza viene svolto anche per:

- la verifica della presa in carico di nuovi ospiti in stato vegetativo nelle UdO sociosanitarie;
- la verifica delle misure in atto: Misura RSA aperta, Misura Residenzialità assistita; Voucher autismo e voucher sociosanitario misura B1.

Considerata la variabilità del numero di posti e dei volumi di attività delle diverse UDO, si ritiene comunque utile fissare un numero minimo e massimo di FASAS da controllare, in relazione all'utenza trattata da ciascuna struttura: nel caso in cui il numero di FASAS risultante sia inferiore a n. 3 si richiede che vengano comunque visionati almeno 3 FASAS ,mentre si ritiene possibile limitare il campionamento a 30 FASAS per UDO residenziale e a 50 per UDO ambulatoriale, nel caso che il numero di FASAS previsto fosse superiore,

salvo esigenze particolari sulla base di criticità riscontrate nel campione.

Oltre ai criteri sopra evidenziati, durante il controllo verrà posta attenzione alla valutazione dello stato nutrizionale con le scale di valutazione appropriate e dell'attivazione di eventuali percorsi con ASST.

Continuerà anche per il 2025, da parte dei gestori, l'autocontrollo dei fascicoli secondo i criteri di campionamento indicati nella tabella pubblicata sul sito ATS Pavia.

Per il controllo verranno utilizzate le nuove check list aggiornate per l'anno 2025 e trasmesse dalla DG Welfare (prot. ATS n. 3020 del 17/01/2025).

La numerosità e la tipologia dei controlli di appropriatezza viene descritta di seguito in tabella.

TIPOLOGIA UDO	N. UDO CAMPIONATE	N. TOTALE UTENTI	N. FASAS CAMPIONATI
RSA	33	3130	313
RSD	3	78	8
CDI	8	335	34
CDD	5	85	9
CSS	4	43	12
C.TOX RES.	4	136	17
C. TOX SR.	1	32	3
HOSPICE	1	133	14
UOCP	1	255	26
CURE INTERMEDIE	1	329	33
CONS. FAM.	5	3264	100
RIA AMB	1	419	10
RIA MINORI	1	11	3
SERD	1	914	23
OSPEDALE DI COMUNITÀ	1	85	9
C-DOM	10	In via di definizione	In via di definizione
UCP DOM	2	In via di definizione	In via di definizione
PROGETTI SPERIMENTALI	4	324	13
RSA APERTA	9	207	25
RESIDENZIALITA ASSISTITA	2	4	4
VOUCHER AUTISMO	3	24	9
VOUCHER SOCIO SANITARIO MISURA B1	5	94	13
TOTALE	105	9902 (dato parziale)	678 (dato parziale)

Tabella 18: Riepilogo campione di controllo di appropriatezza 2025 UdO sociosanitarie

Area Sociale

Contesto territoriale

Al 01.01.2025 la rete d'offerta sociale presente sul territorio di competenza dell'ATS di Pavia risulta essere così costituita:

Area di competenza	Tipologia Struttura	Nr. Udo	Nr. Posti
Area Prima infanzia	Asili Nido	96	2843
	Micronido	16	156
	Nido Famiglia	11	55
	Centro prima infanzia	1	20
	subtotale	124	3074
Area Minori	Centro Aggregazione Giovanile (CAG)	3	145
	Comunità Familiare (CF)	7	30
	Comunità Educativa (CE)	39	346
	Comunità Educativa (CE) Genitori-Figli	13	120
	Centro Educativo Diurno	0	0
	Comunità Educativa Diurna	0	0
	Alloggio per l'autonomia	21	50
	Alloggio per l'autonomia Genitore-Figli	11	45
	Alloggio per l'autonomia di tipo educativo	9	26
	subtotale	103	762
Area Disabili	Comunità Alloggio Disabili (CAH)	6	55
	Centro Socio Educativo (CSE)	4	60
	Servizio di Formazione all'Autonomia per Persone Disabili (SFA)	4	89
	subtotale	14	204
Area Anziani	Centro Diurno Anziani (CDA)	2	36
	Alloggio Protetto Anziani (APA)	22	447
	Comunità Alloggio Sociale Anziani (CASA)	85	885
	subtotale	110	1368

Tabella 19: Rete dell'offerta strutture sociali

Attività di Vigilanza

Lo svolgimento delle attività di vigilanza viene programmato in aderenza alla DGR XII/3720/2024 "Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025", ed alla DGR XI/7135/2022 "Approvazione del piano dei controlli e dei protocolli 2022-2023.

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	VIGILANZA
MODALITÀ	Verifiche di possesso/mantenimento dei requisiti di esercizio (sul campo e da remoto per la documentazione)
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	25% per ogni tipologia di UdO 100% CPE 100% segnalazioni da privati, Autorità, Comuni, NAS.
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	AFAM e database locale

ITEM	DESCRIZIONE
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Temporalità per tipologia di UdO UdO risultate critiche nelle verifiche precedenti (over campione)
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Check list Osservazione diretta
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	un'équipe multiprofessionale a seconda della tipologia di UdO - minimo 2 operatori (1 infermiere, 1 Assistente Sociale, 2 TDP)
CRONOPROGRAMMA	Febbraio Dicembre

Tabella 20: Schema di programmazione attività di vigilanza 2025 UdO Sociali

La numerosità e la tipologia dei controlli di vigilanza presso le UdO sociali viene descritta di seguito in tabella.

Tipologia UdO	n. Totale UdO	N. UdO campionate (25%)
ASILO NIDO	96	24
MICRONIDO	16	4
NIDO FAMIGLIA	11	4
CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE (CAG)	3	1
COMUNITA FAMILIARE	7	2
COMUNITA EDUCATIVA	39	9
COMUNITA EDUCATIVA GENITORI E FIGLI	13	4
ALLOGGIO PER L'AUTONOMIA	21	5
ALLOGGIO PER L'AUTONOMIA GENITORE-FIGLI	11	2
ALLOGGIO PER L'AUTONOMIA DI TIPO EDUCATIVO	9	3
COMUNITA' ALLOGGIO DISABILI (CAH)	6	1
CENTRO SOCIO EDUCATIVO	4	1
SERVIZIO DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA PER PERSONE DISABILI (SFA)	4	1
CENTRO DIURNO ANZIANI (CDA)	2	1
ALLOGGIO PROTETTO ANZIANI (APA)	22	5
COMUNITA ALLOGGIO SOCIALE ANZIANI (C.A.S.A.)	85	21

Tabella 21: Riepilogo campione di controllo di vigilanza 2025 UdO sociosanitarie

Utilizzo delle risorse delle Funzioni trasferite

Con Decreto n. 19029 del 05/12/2024 di rettifica del Decreto n. 18216 del 26/11/2024 *“Riparto tra ATS e Ambiti Territoriali del fondo regionale per l'anno 2024 per il finanziamento delle funzioni trasferite in materia di vigilanza e controllo per la verifica dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle strutture socio assistenziali. Impegno di spesa e contestuale liquidazione della somma complessiva di Euro 1.036.000,00”* sono state assegnate ad ATS Pavia risorse pari a Euro 28.549,00.

ATS ha provveduto ad assegnare la quota di Euro 38.188,00 spettante agli Ambiti Territoriali con Decreto n. 6/DGì del 09/01/2025. La rendicontazione, riferita al 2024, dell'utilizzo delle risorse assegnate, verrà effettuata entro giugno 2025 da ATS dopo aver raccolto entro Aprile 2025 anche le relazioni degli ambiti. Parte delle risorse assegnate ad ATS saranno utilizzate per supporto amministrativo all'attività vigilanza sulle UdO della rete sociale in capo al PAAPSS e supporto amministrativo e professionale (commercialista) alla Commissione aziendale interdipartimentale di vigilanza e controllo ex artt. 23 e 25 del Codice Civile sulle persone giuridiche di diritto privato.

Area farmaceutica

Contesto territoriale

L'unità di offerta farmaceutica sul territorio pavese risulta ampia e diversificata:

- 206 sono le *farmacie* presenti sul territorio pavese di cui una momentaneamente chiusa: 193 sono private mentre 13 sono comunali. Le farmacie sono uniformemente distribuite sui 3 distretti: Pavese (74), Oltrepò (63) e Lomellina (68);
- 43 *dispensari farmaceutici*;
- 57 *parafarmacie*;
- 13 *grossisti e depositi*;
- 6 *esercizi autorizzati alla vendita online* di cui 5 farmacie e 1 parafarmacia.

La farmaceutica convenzionata erogata dalle farmacie ha impattato nel 2024 per un totale di spesa (da distinta contabile) pari ad euro 102.904.192,06.

L'offerta farmaceutica del territorio si amplia grazie alle strutture di ricovero e cura che garantiscono l'erogazione di farmaci tramite File F (tracciato record dei farmaci ospedalieri erogati/somministrati l'ospedale). In totale sono 9 le strutture ospedaliere che garantiscono l'erogazione di farmaci sia interna alla struttura che sul territorio (File F 6), di cui 6 private accreditate e 3 pubbliche:

- ASST Pavia (sede di Voghera, Vigevano e territoriale di Pavia);
- IRCCS Policlinico San Matteo;
- Fondazione Istituto Neurologico C. Mondino;
- Istituto Maugeri IRCCS Pavia;
- IRCCS Montescano – ICS Maugeri;
- Istituto Clinico Beato Matteo;
- Istituto di Cura Città di Pavia;
- Villa Esperia;
- Cittadella Sociale.

L'impatto di spesa della farmaceutica ospedaliera per il 2024 è pari a euro 119.026.861,35.

Oltre all'erogazione di farmaci, sul territorio viene assicurata la fornitura di alimentazione particolare per un totale di euro 1.778.496,19. Tale distribuzione viene assicurata, oltre che dalle farmacie anche da 40 tra negozi e GDO (grande distribuzione).

Programmazione monitoraggio dell'area farmaceutica

Vigilanza farmaceutica:

La programmazione dell'attività di vigilanza farmaceutica prevede l'esecuzione di ispezioni presso:

- Farmacie;
- Parafarmacie (nuove aperture);
- Dispensari;
- Distributori all'ingrosso di medicinali e depositi;
- Strutture sociosanitarie (per gestione ed affido stupefacenti);
- Strutture sanitarie (controlli file F);

- Siti on-line autorizzati alla vendita di medicinali senza obbligo di ricetta;
- Siti internet e pagine social per verifica pubblicità/vendita non autorizzata.

Per il 2025 è prevista l'attività di vigilanza come dettagliato in tabella:

Attività di controllo	Modalità	Numerosità dei controlli programmati	Flussi o base dati utilizzati	Modalità di campionamento e criteri di selezione del campione	Modalità operative di esecuzione	Personale coinvolto	Cronoprogramma
Ispezioni ordinarie	In loco	90 farmacie e dispensari	Registro dei verbali	Temporalità delle verifiche di precedenti non conformità sul verbale ed accorpate per zona	Verbale regionale online -sistema di programmazione regionale delle attività (DGR XI/1046 del 17-12-18)	1 farmacista 1 amministrativo 1 titolare di farmacia di privata 1 TDP	trimestrale
Ispezioni preventive / straordinarie parafarmacie	In loco	Non applicabile	Istanze registrate al protocollo di ATS	100% Parafarmacie di nuova apertura e a seguito di segnalazioni	Verbale regionale	1 Farmacista 1 amministrativo 1 TDP	annuale
Ispezioni preventive farmacie e dispensari	In loco	Non applicabile	Istanze registrate al protocollo di ATS	100% delle richieste pervenute di apertura/ trasferimento locali	Verbale regionale online -sistema di programmazione regionale delle attività (DGR XI/1046 del 17-12-18)	1 farmacista 1 amministrativo 1 titolare di farmacia privata 1 TDP	annuale
ispezioni straordinarie farmacie, e dispensari	In loco	Non applicabile	Segnalazioni registrate al protocollo di ATS o alter segnalazioni ricevute	100% vigilanza ispettiva di natura straordinaria a seguito di segnalazioni	Verbale regionale	1 farmacista 1 amministrativo 1 titolare di farmacia privata	annuale
Vigilanza sui siti autorizzati alla vendita on line	Da remoto	6	Soggetti autorizzati da ATS	100% soggetti autorizzati (farmacie + parafarmacie)	checklist regionale	1 farmacista	annuale
Vigilanza sui siti internet e pagine social per verifica pubblicità/ vendita non autorizzata farmacie e parafarmacie	Da remoto	206 farmacie 57 parafarmacie	Siti internet, pagine facebook e instagram delle strutture	Tutti i soggetti con siti internet o pagine social attive	Analisi dei siti autorizzati/pagine social per verifica presenza pubblicità non autorizzata di farmaci o vendita on line non autorizzata	1 farmacista 1 amministrativo	Annuale
Vigilanza ispettiva preventive (depositi e grossisti)	In loco	Non applicabile	Istanze registrate al protocollo di ATS	100% dei grossisti /depositi che presentano domanda	Verbale regionale	1 farmacista 1 amministrativo	Annuale
Controllo ed affido sostanze stupefacenti a RSA e Strutture ospedaliere	In loco	Strutture che hanno fatto richiesta nell'anno	Istanze registrate al protocollo di ATS	50% delle strutture che presentano domanda nell'anno	Verbale di affido ATS	1 farmacista 1 amministrativo	Annuale

Tabella 22: Area di Controllo: Vigilanza Farmaceutica

Appropriatezza prescrittiva e Monitoraggio della spesa farmaceutica

La programmazione dell'attività prevede l'analisi della spesa farmaceutica con identificazione degli ATC che maggiormente impattano sulla spesa territoriale (picchi prescrittivi) e il monitoraggio dei consumi dei farmaci biosimilari. L'evidenza dei dati porta da un lato all'elaborazione di report e comunicazioni con invio ai MMG/PLS e dall'altra all'analisi (in collaborazione con S.C. Epidemiologia e il Dipartimento Cure Primarie di ASST Pavia) degli scostamenti prescrittivi dei MMG/PLS (con identificazione dei medici iperprescrittori) e pubblicazione delle schede medico al fine di riportare gli MMG/PLS ad un congruo percorso prescrittivo. In particolare per il 2025 è previsto il monitoraggio delle prescrizione dei farmaci a base di PUFA- N3.

E' prevista la prosecuzione anche per il 2025 dei controlli sulle ricette dei farmaci a base di cannabinoidi (verifica dell'appropriatezza prescrittiva e rispetto dei formalismi prescrittivi delle ricette di cannabis terapeutica spese sia in regime privato che in regime SSN). Verrà data continuità anche ai controlli sulle prescrizioni di farmaci a rischio di abuso, di spaccio o ad utilizzo non terapeutico e alla collaborazione con i NAS.

Al fine di monitorare la spesa farmaceutica vengono svolti i controlli contabili (differenze contabili, CFA, moduli web care, ricette senza note, PUF) sulle ricette (RUR/ DEM) e sui moduli web care per la protesica. L'analisi permette di avere le basi per revisionare i percorsi erogativi anche in termini economici.

Obiettivo strategico per l'annualità 2025 sarà la formazione per il corretto utilizzo degli antibiotici secondo il manuale AWaRe di AIFA alle farmacie del territorio.

Attività di controllo	Modalità	Numerosità dei controlli programmati	Flussi o base dati utilizzati	Modalità di campionamento e criteri di selezione del campione	Modalità operative di esecuzione	Personale coinvolto	Cronoprogramma
Monitoraggio pt online vs cartaceo	Da remoto	Pt cartacei ricevuti	Piattaforma PT online	Tutti i PT cartacei ricevuti	Analisi dei pt cartacei e segnalazione alle strutture coinvolte	1 farmacista	Annuale
Monitoraggio farmaceutica convenzionata e picchi prescrittivi	Da remoto	Report trimestrale	DWH Farmavision	Analisi del flusso e identificazione aree con maggiore scostamento rispetto a media regionale	Analisi dati spesa farmaceutica con identificazione dei picchi prescrittivi	1 farmacista	Annuale
Analisi degli scostamenti prescrittivi di MMG/PLS	Da remoto	Tutti gli indicatori scheda medico per 100% MMG e 100% PLS	DWH	Indicatori scheda medico: -aderenza bpco -% prescrizione antibiotici aware - enoxaparinabiosimilare	Analisi su indicatori di prescrizione ed identificazione dei medici iperprescrittori	1 farmacista In collaborazione con S.C. Osservatorio Epidemiologico	Annuale
Commissione Farmaceutica Aziendale (CFA)	Da remoto	100% delle ricette irregolari dal punto di vista tecnico. Elaborazione /mese contabile	Report elaborati da Aria Farmavision. Flusso di riferimento: FUR/Consolidato	Tutte le farmacie pubbliche e private, interessate da ricette irregolari	Verifica degli errori e del rispetto dei formalismi erogativi tramite la CFA	1 farmacista 1 amministrativo 1 farmacista Titolare di farmacia privata	Semestrale

Attività di controllo	Modalità	Numerosità dei controlli programmati	Flussi o base dati utilizzati	Modalità di campionamento e criteri di selezione del campione	Modalità operative di esecuzione	Personale coinvolto	Cronoprogramma
Contabili online tramite sistema Workflow (PUF): Verifiche contabili e controllo sul rispetto della farmaceutica convenzionata	Da remoto	100% delle squadrature e contabili riferite ai mesi contabili che vengono messe a disposizione e sul sistema Workflow	PUF Workflow-flusso di riferimento: FUR,SAR	100% delle differenze contabili caricate da Aria sul PUF	Gli esiti delle verifiche vengono resi visibili alle farmacie interessate su portale PUF. I farmacisti possono sottomettere eventuali richieste di approfondimento che vengono accolte o respinte da ATS	1 farmacista 1 amministrativo 1 infermiere/amministrativo	Annuale
Analisi moduli web care, ricette senza note Aifa	Da remoto	100% dei moduli webcare errati (senza firma, senza fustelle, fuori data,...) e ricette senza nota segnalati sul portale	Farmavision, farma 2017, Webcare, farma imaging	Tutte le farmacie pubbliche e private, interessate da ricette/moduli irregolari	Verifica degli errori richiesta di giustificativo alle farmacie o correzione (ricette). I moduli/ricette non giustificati/corretti vengono addebitati	1 farmacista 1 amministrativo 1 infermiere /amministrativo	Annuale
Riconciliazione contabile e Distinta Contabile Riepilogativa -Flusso Unico di Rendicontazione elettronica (DCR-FUR)	Da remoto	Controllo mensile secondo calendario regionale: 12 DCR-FUR/206 farmacie/ mese	DCR-FUR mensili, Farma 2017	100% DCR ricevute	Controllo dell'importo esposto in DCR-FUR e riconciliazione delle fatture Siss, webcare e DPC per tutte le farmacie del territorio al fine di liquidare gli importi dovuti per l'attività svolta per il SSN	1 amministrativo	Mensile
Ricette cannabis	Da remoto	100% delle ricette di cannabis pervenute nell'anno	Ricette pervenute	100% delle ricette disponibili	verifica dell'appropriatezza / formalismi prescrittivi sulle ricette di cannabis	1 farmacista ATS	Annuale
controlli su sistema di erogazione DPC	Da remoto	Erogazioni mensili	webdpc	Ricette aperte da più di 30 gg	Controllo erogazioni mensili registrate in DPCweb e fatturate da ATS Bergamo; controllo ricette aperte da più di 30 gg	1 farmacista 1 amministrativo	Annuale

Attività di controllo	Modalità	Numerosità dei controlli programmati	Flussi o base dati utilizzati	Modalità di campionamento e criteri di selezione del campione	Modalità operative di esecuzione	Personale coinvolto	Cronoprogramma
Mobilità protesica	Da remoto	100% delle richieste di mobilità protesica	Farma imaging, farmivision	100% delle richieste di mobilità protesica	Monitoraggio autorizzazioni/erogazioni di prodotti per celiachia, diabetica, nefropatia, stomie, cateteri e medicazioni per pazienti residenti in altre Regioni e domiciliati in ATS Pavia o residenti ATS Pavia domiciliati in altre Regioni con i relativi pagamenti/fatturazioni	1 infermiere /amministrativo	Annuale

Tabella 23: Area di Controllo: Appropriatezza Prescrittiva e Monitoraggio Spesa

Controllo consumi File F

In linea con i principi di analisi del rischio e definizione delle priorità in materia di vigilanza proseguirà il controllo da remoto per l'anno 2025 dei farmaci rendicontati in File F vs i prezzi massimi di AIFA con gli scostamenti rilevati per singolo principio attivo e per singola struttura, il controllo sui farmaci innovativi oncologici e non oncologici con scheda AIFA in termini di dosi e tipologia di rendicontazione (tipologia 30 e 40) ed il controllo dei farmaci di fascia C agli aventi diritto.

Inoltre prosegue il nuovo controllo inserito da settembre 2024 delle dispensazioni dei farmaci di fascia A, a brevetto scaduto e di sintesi non più erogabili in File F. I controlli programmati sono previsti 2/3 volte all'anno con il rilascio di un verbale finale su quanto riscontrato.

Si aggiungono ai consolidati controlli anche la verifica su tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano il File F la chiusura delle schede di registro AIFA attive nel 2024 per cui non risultano dispensazioni di farmaco da oltre 4 mesi senza motivazione clinica come da report regionali.

Inoltre per il 2025 si rinalda la promozione dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto (equivalenti e biosimilari) agli specialisti e ai medici del territorio da parte delle farmacie ospedaliere in collaborazione con le farmacie ATS. Il monitoraggio comprende l'attuazione di una puntuale ricognizione sulle percentuali di utilizzo dei farmaci biosimilari vs originator per singola struttura, così come previste dalla DGR XII/3720 del 20/12/2024.

Attività di controllo	Modalità	Numerosità dei controlli programmati	Flussi o base dati utilizzati	Modalità di campionamento e criteri di selezione del campione	Modalità operative di esecuzione	Personale coinvolto	Cronoprogramma
monitoraggio Farmaci innovativi	Da remoto	100% record	flusso file F DWH schede monitoraggio AIFA	record file f tipologia 30 e 40	corretta rendicontazione tipologia 30 e 40 secondo elenco AIFA	1 farmacista	Annuale
controllo prezzi massimi SSN	Da remoto	100% record	Flusso file F/DWH/prezzi massimi AIFA	record con scostamento superiore ad 1 euro	record analizzati attraverso l'incrocio del File F con il file prezzi massimi SSN. Invio alle strutture dei record con scostamento	1 farmacista	Annuale
controllo erogazione farmaci di fascia C	Da remoto	100% record	Flusso file F/DWH	record con erogazione farmaci di fascia c	corretta rendicontazione delle erogazioni dei farmaci di fascia C agli aventi diritto	1 farmacista	Annuale
controllo erogazione farmaci di fascia A	Da remoto	100% record	Flusso file F/DWH	record con erogazione farmaci di fascia A a brevetto scaduto	Assenza di rendicontazione delle erogazioni dei farmaci di fascia A a brevetto scaduto	1 farmacista	Annuale
monitoraggio biosimilari	Da remoto	100% record	farmavision	record File F per originator e biosimilari	analisi percentuale dell'andamento della spesa e dei consumi ospedalieri	1 farmacista	Annuale
chiusura delle schede di registro AIFA attive	Da remoto	100% record	Report regionali	Report schede AIFA	Richiesta e monitoraggio della chiusura delle schede di registro AIFA attive per cui non risultano dispensazioni di farmaco da oltre 4 mesi senza motivazione clinica	1 farmacista	Annuale

Tab. 24: Area di Controllo: Controllo File F

Area protesica

Contesto territoriale

Per quanto riguarda l'ambito relativo alla prescrizione di presidi e ausili di protesica maggiore sul territorio di ATS Pavia insiste un'unica ASST, l'ASST di Pavia, che riveste anche funzioni di SUPI. I 374 specialisti prescrittori abilitati per la protesica afferiscono a nove enti diversi, 3 pubblici e 6 privati accreditati.

Nella provincia di Pavia sono presenti anche 76 RSA e 10 RSD a contratto, di cui 52 hanno almeno un medico prescrittore di protesica abilitato.

Per quanto attiene gli ausili prescritti su misura da officine ortopediche, audioprotesisti, ottici (elenco 1 ex DM n. 332/99) sono presenti 48 fornitori sul territorio, concentrati nei comuni ospitanti i maggiori centri di ricovero e cura (Pavia, Vigevano e Voghera).

Programmazione monitoraggio per l'area protesica

In attuazione della DGR 6917/2017 le ATS sono incaricate del monitoraggio e controllo in termini di appropriatezza in ambito di assistenza protesica. I controlli effettuati sono quindi mirati sia alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva che dell'appropriatezza erogativa.

Appropriatezza prescrittiva

In fase autorizzativa sono previsti i seguenti controlli:

- verifica documentale del 100% delle autocertificazioni presentate da parte delle direzioni sanitarie delle strutture per l'abilitazione dei medici alle prescrizioni protesiche riportanti i requisiti generali e specifici previsti dalla normativa;
- verifica documentale del 100% delle autocertificazioni presentate da parte delle direzioni sanitarie delle strutture riportanti i requisiti organizzativi/strutturali dei centri di prescrizione.

A seguito della verifica documentale ATS fornisce riscontro alla struttura, provvede all'aggiornamento degli elenchi pubblicati sul proprio sito istituzionale che vengono periodicamente rivisti.

Verrà monitorata la percentuale di prescrizioni ricevute in cartaceo.

Appropriatezza erogativa

Per quanto concerne l'appropriatezza erogativa sono previsti controlli in fase autorizzativa dei fornitori:

- verifica documentale del 100% delle autocertificazioni presentate dai fornitori sul possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale;
- aggiornamento dell'elenco fornitori (presente in Assista@nt-RL e pubblicato sul sito istituzionale di ATS) a seguito delle verifiche documentali.

La coerenza della tipologia delle forniture rispetto ai requisiti di accreditamento dichiarati viene verificata a campione a seguito di evidenze o segnalazioni ricevute in aggiunta alle verifiche operate dalla ASST in fase di liquidazione.

Verifica controlli programmati effettuati dalle ASST

In continuità con gli anni precedenti al fine di verificare le attività di controllo della ASST del nostro territorio, è previsto un audit annuale inerente in particolare gli ambiti sotto descritti:

- controllo di appropriatezza / congruenza prescrittiva, verificando la corrispondenza tra il dispositivo, il

PRI e la diagnosi di invalidità;

- controllo su effettuazioni di collaudo, verificando prescrizioni con collaudo non registrato / data di collaudo anomala;
- controllo sull'effettivo utilizzo delle CPAP anche attraverso, laddove previsti, sistemi di monitoraggio da remoto;
- controlli sulle prestazioni rese dai fornitori della V.M.D. ovvero sulla corretta e compiuta esecuzione del servizio in coerenza alle condizioni contrattuali;
- verifica delle visite specialistiche ambulatoriali per prescrizioni di protesi acustiche;
- recupero del dispositivo dal paziente nei casi di cessato utilizzo e conseguente ricondizionamento.

Attività di controllo	Modalità	Numerosità dei controlli programma ti	Flussi o base dati utilizzati	Modalità di campionamento e criteri di selezione del campione	Modalità operative di esecuzione	Personale coinvolto	Cronoprogramma
Requisiti prescrittori e gestione elenchi	Da remoto	100% istanze pervenute	Documentazione e trasmessa, anagrafiche assist@nt RL, modulistica interna, elenchi ATS	Tutte le istanze pervenute	Modulistica interna, riscontro formale entro 30 gg, aggiornamento puntuale e revisione semestrale dell'elenco	1 farmacista	annuale
Requisiti centri di prescrizione	Da remoto	100%istanze pervenute	Documentazione e trasmessa, anagrafiche assist@nt RL, modulistica interna, elenchi ATS	Tutte le istanze pervenute	Modulistica interna, riscontro formale entro 30 gg, aggiornamento puntuale e revisione semestrale dell'elenco	1 farmacista	annuale
Monitoraggio prescrizioni online vs cartacee	Da remoto	portale Assist@nt RL	prescrizioni in Assist@nt- RL	100% delle prescrizioni inserite sul portale Assist@nt	Estrazione da portale Assist@nt RL delle prescrizioni, analisi per categoria e struttura delle prescrizioni cartacee	1 farmacista	secondo semestre
Gestione elenchi fornitori (aggiornamento o/ cancellazione)	Da remoto	100% istanze pervenute	documentazione e trasmessa, anagrafiche assist@nt RL, modulistica interna, elenchi ATS	Tutte le istanze pervenute	Modulistica interna, riscontro formale entro 30 gg, aggiornamento puntuale	1 farmacista	annuale
Accreditamento nuovi fornitori	Da remoto	100% istanze pervenute	documentazione e trasmessa, anagrafiche assist@nt RL, modulistica interna, elenchi ATS	100%	Modulistica interna, riscontro formale entro 30 gg, aggiornamento puntuale	1 farmacista	annuale

Attività di controllo	Modalità	Numerosità dei controlli programmati	Flussi o base dati utilizzati	Modalità di campionamento e criteri di selezione del campione	Modalità operative di esecuzione	Personale coinvolto	Cronoprogramma
coerenza forniture con requisiti fornitori	Da remoto	non applicabile	prescrizioni in Assista@nt- RL	controlli effettuati sulla base di evidenze o segnalazioni ricevute	verifica che i presidi erogati siano correlati alla tipologia di fornitore dichiarata in fase di accreditamento.	1 farmacista	annuale

Tabella 25: Area di Controllo: ATS Appropriately Prescrittiva

Attività di controllo	Modalità	Numerosità dei controlli programmati	Flussi o base dati utilizzati	Modalità di campionamento e criteri di selezione del campione	Modalità operative di esecuzione	Personale coinvolto	Cronoprogramma
Appropriatezza prescrittiva dispositivo, pri e diagnosi di invalidità	In sede ASST	1 AUDIT	Prescrizioni Assistant RL	verifica su n.10 erogazioni, campionamento o tramite sistemi informatici di estrazione casuale	Report erogazioni, verbale di Controllo ASST	1 farmacista	secondo semestre
Anomalie collaudo	In sede ASST	1 AUDIT	Prescrizioni Assistant RL	verifica su n.10 erogazioni, campionamento o tramite sistemi informatici di estrazione casuale	Report erogazioni, verbale di Controllo ASST	1 farmacista	secondo semestre
Utilizzo delle CPAP	In sede ASST	1 AUDIT	Prescrizioni Assistant RL	verifica su n.10 erogazioni, campionamento o tramite sistemi informatici di estrazione casuale	Report erogazioni, verbale di Controllo ASST	1 farmacista	secondo semestre
Prestazioni V.M.D.	In sede ASST	1 AUDIT	Prescrizioni Assistant RL	verifica su n.10 erogazioni, campionamento o tramite sistemi informatici di estrazione casuale	Report erogazioni, verbale di Controllo ASST	1 farmacista	secondo semestre
Visite specialistiche ambulatoriali per prescrizioni di protesi acustiche	In sede ASST	n. 1 AUDIT	Prescrizioni Assistant RL	verifica su n.10 erogazioni, campionamento o tramite sistemi informatici di estrazione casuale	Report erogazioni, verbale di Controllo ASST	1 farmacista	secondo semestre
Recupero dispositivo e ricondizionamento	In sede ASST	1 AUDIT	Prescrizioni Assistant RL	verifica su n.10 erogazioni, campionamento o tramite sistemi informatici di estrazione casuale	Report erogazioni, verbale di Controllo ASST	1 farmacista	secondo semestre

Tabella 26: Area di Controllo: Funzione di Coordinamento/External Auditing

Requisiti di accesso alla contrattualizzazione

Le attività di verifica e controllo relative ai requisiti contrattuali (art.8 quinquies d.lgs. 502/92) sono effettuate da remoto mediante acquisizione di autocertificazione degli erogatori e verifica degli stessi attraverso le piattaforme dedicate.

Le autocertificazioni sono relative al possesso di specifici requisiti soggettivi, ai sensi di quanto disposto dalla DGR IX/4606 del 28/12/2012 per l'ambito sanitario e dalla DGR X/2569 del 31/10/2014 per l'ambito socio sanitario. Sul sito dell'agenzia sono resi disponibili i modelli da produrre come autocertificazione e comunque vengono trasmessi annualmente agli erogatori interessati.

Per l'anno 2025 non è ancora presente lo schema tipo di contratto da utilizzare per la contrattualizzazione degli erogatori sanitari, così come allegato alle precedenti regole di sistema (DGR XII/7758/2022), pertanto la programmazione dei controlli si basa su quanto previsto dallo schema contrattuale allegato alla DGR del 2024, tenuto conto però che nelle regole di sistema DGR XII/3720/2024 è prevista una validità biennale del testo giuridico.

Per meglio dettagliare la suddivisione per tipologia di setting assistenziale si rinvia alla tabella del contesto di riferimento di ATS, di seguito riportata:

Area	NATURA GIURIDICA (Pubblico/Privato)	N° ENTI a contratto
Sanitario	Pubblico	1
	Privato	30
Sociosanitario	Pubblico	20
	Privato	123
Entrambi (Enti aventi strutture che erogano sia prestazioni sanitarie che sociosanitarie)	Pubblico	3
	Privato	9

Tabella 27: n. degli Enti erogatori di diritto pubblico e privato

STRUTTURA SANITARIA	NATURA GIURIDICA (Pubblico/Privato)	N° STRUTTURE	POSTI LETTO/ TECNICI (se pertinente)
		A CONTRATTO	
AMBULATORIO DI MEDICINA SPORTIVA	Pubblico	1	
	Privato	2	
SERVIZIO DI MEDICINA DI LABORATORIO	Pubblico		
	Privato	5	
STRUTTURA AMBULATORIALE	Pubblico	5	
	Privato	20	
STRUTTURA DI CURE SUB ACUTE*	Pubblico	2	35
	Privato	2	36
STRUTTURA DI RICOVERO E CURA	Pubblico	8	2539
	Privato	8	1237
STRUTTURA PSICHIATRICA residenziale	Pubblico	6	93
	Privato	6	91
STRUTTURA PSICHIATRICA non residenziale	Pubblico	2	35
	Privato	6	100
STRUTTURA NEUROPSICHIATRIA residenziale	Pubblico	0	
	Privato	3	38
STRUTTURA	Pubblico	0	

STRUTTURA SANITARIA	NATURA GIURIDICA (Pubblico/Privato)	N° STRUTTURE	POSTI LETTO/ TECNICI (se pertinente)
		A CONTRATTO	
NEUROPSICHIATRIA non residenziale	Privato	3	46

*da intendersi come UO afferenti a strutture di ricovero e cura

Tabella 28: Numero Strutture sanitarie pubbliche e private e relativi posti letto /posti tecnici

TIPOLOGIA DI UDO SOCIOSANITARIA	NATURA GIURIDICA (Pubblico/Privato)	N° UDO	POSTI LETTO/TECNICI (se pertinente)
		A CONTRATTO	
ADI	Pubblico	3	
	Privato	22	
CDD	Pubblico	4	120
	Privato	10	250
CDI	Pubblico	5	112
	Privato	19	397
CONSULTORI	Pubblico	10	
	Privato	5	
CSS	Privato	12	110
CURE PALLIATIVE domiciliare	Privato	7	
CURE PALLIATIVE residenziale	Pubblico	3	25
	Privato	4	60
DIPENDENZE	Privato	14	318
RIABILITAZIONE/CURE INTERMEDIE	Pubblico	1	211
	Privato	4	106
RSA	Pubblico	10	904
	Privato	66	4368
RSD	Pubblico	1	30
	Privato	9	233
SRM	Privato	1	15

Tabella 29: Numero Strutture socio sanitarie pubbliche e private e relativi posti letto

L'attività di verifica sulle autocertificazioni acquisite è relativa alla completezza della stessa e alla veridicità tramite i contatti con le Pubbliche Amministrazioni competenti e accesso alle piattaforme disponibili, in particolare:

- Agenzia delle Entrate;
- Provincia (ove necessario);
- Portale Infocamere per l'acquisizione della visura camerale valida come certificato fallimentare e in alternativa, per gli enti non presenti nel portale lettera al tribunale fallimentare;
- Procura della Repubblica per la richiesta del casellario giudiziale, carichi pendenti e sanzioni amministrative tramite Sistema CERPA (certificati pubbliche amministrazioni);
- INPS/INAIL etc.;
- Consultazione iscrizione revisori all'elenco MEF.

Prima della stipula l'ATS acquisisce la documentazione antimafia attestante l'insussistenza delle cause di divieto, decadenza o sospensione, così come definito nel d.lgs. n. 159/2011 verificando l'inserimento dei dati raccolti nella Banca Dati Nazionale Unica per l'Antimafia del Ministero degli Interni per acquisire la certificazione antimafia necessaria per ogni erogatore.

Per l'anno 2025 i controlli antimafia sono previsti su tutti gli enti erogatori privati sanitari e socio sanitari per gli importi contrattuali complessivi determinati dalla normativa stessa ovvero: per importi contrattuali compresi tra 150.000 euro e 221.000 euro comunicazioni antimafia e per importi superiori a 221.000 euro informazioni antimafia.

Controllo requisiti degli enti privati a contratto sanitari e socio sanitari previsti dal Codice degli Appalti (ex art. 94/95/96/97/98 d.lgs. n.36/2023 e successive modifiche e integrazioni)

Prima della sottoscrizione dei contratti viene richiesta la compilazione della Dichiarazione sostitutiva di Certificazione in merito ai requisiti soggettivi del Legale Rappresentante ai sensi della succitata legge.

Si precisa che con note protocollo ATS n. 90791 del 20/12/2024 e n. 1473 del 10/01/2025 è stato trasmesso alle strutture il nuovo modello di dichiarazione, aggiornato con i nuovi riferimenti del codice appalti.

Moralità professionale dei legali rappresentanti

Nel corso dell'anno 2024, sulle autocertificazioni prodotte è stato effettuato il 100% dei controlli sia sugli enti sanitari e il 50% per gli enti sociosanitari, inclusi quegli enti gestori sociosanitari, per i quali, mediante l'interrogazione del Sistema CERPA (Certificati Pubbliche Amministrazioni), è stata fatta la consultazione diretta e l'acquisizione dei certificati del Casellario Giudiziale.

Nel 2025 proseguiranno i controlli per la quota pari al 100% degli enti sanitari e al 50% degli enti sociosanitari.

Si evidenzia inoltre che, verrà attivata la richiesta di verifica tramite il portale Anagrafe delle Sanzioni Amministrative dipendenti da reato del Sistema Informativo del Casellario Giudiziale (SIC) da parte delle Amministrazioni Pubbliche.

Controlli del DURC delle strutture ove vengono inseriti i pazienti

L'ATS all'atto della verifica dei requisiti soggettivi, ai sensi del nuovo art. 94 del d.lgs. 36/2023, interroga la banca dati INPS/INAIL per la verifica della regolarità contributiva.

Per poter effettuare il pagamento delle singole fatture, in applicazione dell'art. 31 comma 7° del d.lgs. 69/2013 (DURC semplificato), si procede a richiedere un nuovo DURC se il precedente è stato rilasciato da oltre 120 gg. che viene contestualmente inviato alla S.C. Bilancio programmazione finanziaria e contabilità, unità competente per la liquidazione delle fatture.

Nel caso in cui il DURC presenti anomalie o che non possa essere rilasciato dall'INPS/INAIL, per mancato versamento dei contributi, si procede a dare comunicazione all'S.C. Bilancio programmazione contabilità finanziaria competente per procedere alla sospensione del pagamento alla struttura risultata irregolare e ad inviare una nota/comunicazione all'ente gestore, segnalando l'impossibilità di procedere al pagamento della fattura richiesta a causa di DURC irregolare, chiedendo che lo stesso provveda, nel termine di 15 gg. alla regolarizzazione del versamento dei contributi; diversamente si provvederà a segnalare, all'INPS competente del territorio, il debito riscontrato nei confronti dell'ente gestore per gli adempimenti di cui al comma 3 dell'art. 31 del d.lgs. n. 69/2013, e procedere con il sostituto di imposta.

Per il 2025 si proseguirà con le richieste del CIG per ogni singolo contratto con gli enti gestori, al fine di

assicurare la tracciabilità, per le ipotesi individuate nell'aggiornamento di cui alla Determina n. 4/2011 sulla tracciabilità dei flussi finanziari, ai sensi di quanto previsto nelle Delibere ANAC n. 582/584/585 del dicembre 2023.

Di seguito si dettagliano per singola voce i controlli richiesti dall'art. 2 del modello contrattuale adottato, rinviando ai singoli paragrafi sopra riportati per i controlli antimafia, DURC:

- a) Adozione del codice etico comportamentale e applicazione modello organizzativo (d.lgs. 231/2001): controllo ricezione relazione ODV verifica di assenza evidenza / criticità del 100% degli enti contrattualizzati con fatturato > 800.000 euro;
- b) Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.): controllo ricezione documentazione e assenza di criticità nella regolarità e continuità gestionale, si precisa che verrà effettuato il controllo sul 15% di tutti gli enti a contratto per la verifica iscrizione registro revisori MEF entro il 31/12/2025;
- c) Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art.94, comma 1 d. lgs. 36/2023): verifica dei nominativi di cui all'art 94 c. 3. con richiesta al casellario del tribunale, tramite il gestionale "Massive";
- d) Regolarità contributiva di imposte, tasse (art. 94, comma 6 del d.lgs. 36/2023): richiesta certificato all' Agenzia Entrate;
- e) Obblighi in materia di sanzioni amministrative e carichi pendenti dipendenti da reato (art. 94 comma 5, lett. A del d.lgs. 36/2023); istanza, su apposita modulistica, alla Procura della Repubblica del Tribunale del certificato delle sanzioni amm.ve dipendenti da reato (31 enti sanitari da controllare , n. 109 enti sociosanitari da controllare) tale misura verrà controllata entro il 31/12/2025;
- f) Rispetto degli obblighi di trasparenza (d.lgs. n. 33/2013):controllo sulla assoggettabilità dell'Ente agli obblighi di pubblicazione e controllo in Amministrazione trasparente dei dati di pubblico interesse tramite accesso ai siti aziendali delle associazioni, fondazioni e altri enti di diritto privato di cui all'art. 2-bis, co. 3, secondo periodo del d.lgs.33/2013 che hanno un bilancio superiore ai 500.000 euro che svolgono funzioni amministrative, erogano servizi pubblici, svolgono attività di produzione di beni e servizi a favore di pubbliche amministrazioni (Enti Privati): nel corso dell'anno 2025 proseguirà l'attività di controllo per l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie a contratto con l'ATS di Pavia (verifica che verrà effettuata entro il 31/12/2025).

Dal controllo effettuato nel 2024 è emerso che la quasi totalità degli Enti ha sul proprio sito internet una sezione dedicata all'amministrazione trasparente.

Di seguito si riportano gli ambiti interessati al controllo:

- Pubblicazione dell'ultimo bilancio
- Carta dei servizi
- Liste attese
- Attestazione e griglia di rilevazione
- Registro degli accessi e indicazioni per accesso civico semplice e generalizzato.

In caso di incompletezza dei dati, verrà inviata comunicazione, tramite protocollo, alle strutture segnalando le anomalie riscontrate nel loro sito per le opportune integrazioni/modifiche.

- g) Ulteriori requisiti. Art. 95 c. 1 lett. e del d.lgs. 36/2023. Carichi pendenti: verifica dei nominativi di cui all'art. 94 c. 3 mediante richiesta del certificato del carico pendente. Tale misura di controllo verrà effettuata entro il 31/12/2025 (per gli enti sanitari e socio sanitari per una quota pari al 50%);

- h) Incompatibilità del personale, in caso di Pantouflage (l. 190/2012): per quanto attiene a questo requisito si specifica che il potere di accertamento della violazione è in capo ad ANAC e non ad ATS.

Per il 2025 sarà possibile procedere ad un controllo sommario dei dati limitatamente alle UDO Sociosanitarie attraverso la verifica del flusso Scheda Struttura che ha cadenza annuale ed è riferita all'anno precedente; non è possibile effettuare una verifica attiva di questo tipo se non accedendo a banche dati che possano far emergere tale tipo di incompatibilità e al momento è possibile solo in casi di conoscenza diretta del personale interessato e tale verifica sarà effettuata entro il 31/12/2025.

Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione destinatari del controllo	Tipologia di controllo	Indicatori di misurazione dei controlli
Certificazione antimafia	documentazione antimafia attestante l'insussistenza delle cause di divieto, decadenza o sospensione, così come definito nel d.lgs. n. 159/2011	Tutti gli enti sanitari e sociosanitari con importi contrattuali compresi tra 150.000–221.000 euro per le comunicazioni antimafia; per gli importi superiori a 221.000 euro per informazioni antimafia	Documentale con accesso alla Banca Dati Nazionale Unica per l'Antimafia del Ministero degli Interni verificando l'inserimento dei dati raccolti	100% degli Enti Gestori privati- da effettuare nei termini previsti da Regione per la sottoscrizione del contratto
Applicazione modello organizzativo (d.lgs. n. 231/2001)	relazione annuale dell'organismo di vigilanza, previsto dal d.lgs. n.231/2001, attestante, in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità	del 100% degli enti contrattualizzati con fatturato > 800.000 euro	Documentale Relazione ODV	100% degli enti contrattualizzati sanitari e sociosanitari rientrabili nel controllo da effettuare nei termini previsti da Regione per la sottoscrizione del contratto
Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 94, comma d.lgs. 36/2023)	Rinvio al par. "Moralità professionale dei legali Rappresentanti"	Rinvio al par. "Moralità professionale dei legali Rappresentanti"	Documentale controllo dei nominativi di cui con richiesta al casellario del tribunale, tramite il gestionale "Massive"	Verifica: -100% enti sanitari -50% enti sociosanitari controllo da effettuare nei termini previsti da Regione per la sottoscrizione del contratto
Regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità dell'ente (art. 2409 bis C.C.);	relazione sull'ultimo bilancio approvato dall'organo di controllo con funzioni di revisione contabile, che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura	- 100% degli Enti gestori privati di ricovero e cura con contratto superiore a 800.000 euro e 100% degli enti gestori sociosanitari - 15% degli enti gestori contrattualizzati sia sanitari sia sociosanitari con selezione a campione. Estrazione casuale mediante sorteggio	1.Documentale relazione ultimo bilancio approvato 2.Verifica iscrizione registro revisori MEF	-5 enti sanitari e 65 enti sociosanitari controllati, verifica effettuata nei termini previsti da Regione per la sottoscrizione del contratto - effettuare il controllo sul 15% di tutti gli enti a contratto per la verifica iscrizione registro revisori MEF entro il 31/12/2025 - redazione di apposito verbale
Regolarità contributiva (art. 94, comma 4 d.lgs. 36/2023)	1.Regolarità contributiva di imposte, tasse 2.Conferma regolarità contributiva richiesta del DURC (le modalità operative sono dettagliate nel par. dedicato)	100% degli enti contrattualizzati per entrambe le casistiche	Documentale per entrambi i requisiti: -richiesta certificato all' Agenzia Entrate -interrogazione della banca dati INPS/INAIL	Verifica: 1A- 100% degli enti sanitari 1B- 50% degli enti sociosanitari 2 -100% per entrambe le casistiche
Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (Art. 94, comma 1 del D. Lgs. 36/2023)	Assenza di sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile per uno dei reati previsti dal codice appalti	15% degli enti contrattualizzati sia sanitari sia sociosanitari con selezione a campione. Estrazione casuale mediante sorteggio con redazione di apposito verbale	Documentale istanza, su apposita modulistica, alla Procura della Repubblica del Tribunale del certificato delle sanzioni amm.ve dipendenti da reato	Numero richieste trasmesse alla procura della repubblica del tribunale

Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione destinatari del controllo	Tipologia di controllo	Indicatori di misurazione dei controlli
Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013)	Controllo sulla assoggettabilità dell'Ente agli obblighi di pubblicazione e controllo in Amministrazione trasparente dei dati di pubblico interesse amministrazioni – vedi elenco dettagliato sopra riportato punto F.	Almeno il 95% degli enti contrattualizzati sia sanitari sia sociosanitari con selezione a campione. Estrazione casuale mediante sorteggio con redazione di apposito verbale	Documentale accesso ai siti aziendali degli enti delle associazioni, fondazioni e altri enti di diritto privato di cui all'art. 2-bis, co. 3, secondo periodo del d.lgs.33/2013	
Incompatibilità del personale (l. 190/2012)	Per quanto attiene a questo requisito si specifica che il potere di accertamento della violazione è in capo ad ANAC e non ad ATS.	Obbligo contrattuale di difficile controllo per mancato accesso alle apposite banche dati dedicate (es. Flu.per)		Per il 2025 sarà possibile procedere ad un controllo sommario dei dati limitatamente alle UDO Sociosanitarie attraverso la verifica del flusso Scheda Struttura che ha cadenza annuale ed è riferita all'anno precedente; non è possibile effettuare una verifica attiva di questo tipo se non accedendo e a banche dati che possano far emergere tale tipo di incompatibilità e al momento è possibile solo in casi di conoscenza diretta del personale interessato e tale verifica sarà effettuata entro il 31/12/2025.
Ulteriori requisiti. Art. 95 c. 1 lett. e del d.lgs. 36/2023	Carichi pendenti: verifica dei nominativi di cui all'art. 94 c. 3 mediante richiesta del certificato del carico pendente	Almeno il 15% degli enti contrattualizzati sia sanitari sia sociosanitari con selezione a campione. Estrazione casuale mediante sorteggio con redazione di apposito verbale		Numero richieste inviate di certificato di carico pendente
Ulteriori requisiti art. 94 c. 5 del d.lgs 36/2023 certificazione ottemperanza (L. 68/1999)	Verifica ottemperanza requisito di collocamento mirato	100% enti contrattualizzati sanitari e 50% enti contrattualizzati sociosanitari	Documentale: Richiesta del rilascio del certificato di ottemperanza tramite richiesta via pec al collocamento mirato provinciale	100 % enti contrattualizzati sanitari e 50 % enti contrattualizzati sociosanitari
Ulteriori requisiti art. 94 c. 5 del d.lgs 36/2023 Verifica stato fallimentare	Verifica di eventuale stato fallimentare	100% enti contrattualizzati sanitari e 50% enti contrattualizzati sociosanitari	Documentale: Verifica di eventuale stato fallimentare tramite portale Infocamere o lettera al Tribunale fallimentare per enti non iscritti alla Camera di Commercio	100 % enti contrattualizzati sanitari e 50 % enti contrattualizzati sociosanitari

Tabella 29: Destinatario del controllo contratti: Enti Sanitari e Socio Sanitari

Presa In Carico dei pazienti cronici/fragili

Nel corso del 2025 proseguirà il percorso del modello di presa in carico del paziente cronico ai sensi della DGR n. 2755 del 15 luglio 2024 “Evoluzione del percorso di Presa In Carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR N. XII/1827 del 31 Gennaio 2024”.

I controlli si effettueranno attraverso Audit in loco presso le sedi legali delle Cooperative di MMG/PLS e da remoto per le Cooperative con sedi fuori provincia e riguarderanno:

- il monitoraggio sulla corretta esecuzione del servizio ed i controlli sull'assolvimento degli obblighi contrattuali;
- la verifica della permanenza dei requisiti di idoneità delle Cooperative con cadenza annuale;
- la verifica delle nuove istanze ,

Sono inoltre in via di definizione, da parte di Regione Lombardia, le modalità di verifica dei flussi sui nuovi specifici indicatori di esito, atti a monitorare l'efficacia del processo di presa in carico.

Legge Regionale 8 luglio 2020 n. 15: Sicurezza del Personale Sanitario e Socio sanitario

Proseguiranno per il 2025 le attività connesse alla prevenzione degli atti di violenza su operatore anche in relazione a quanto disposto nella DGR n. 3672 del 16/12/2024.

Il Tavolo di lavoro aziendale, appositamente individuato con Decreto n. 801/DGi del 23/12/2022, verrà aggiornato e saranno calendarizzati incontri per la valutazione:

- degli esiti della survey condotta nel mese di novembre-dicembre 2024 alla quale hanno partecipato gli operatori ATS;
- dei contenuti della DGR sopra indicata e condivisione degli strumenti proposti;
- delle eventuali integrazioni da apportare alla procedura aziendale di segnalazione e gestione degli agiti aggressivi (PR S - VIOPSAN 01 rev. 0 del 23/12/2022 comprensiva della Policy aziendale e di una Locandina che invita gli utenti al dialogo),
- dell'attivazione della piattaforma regionale HERM Lomb;
- della progettazione di interventi formativi ad hoc.



AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DI PAVIA

(DGR n. X/4469 del 10.12.2015)

Via Indipendenza n. 3 - 27100 PAVIA

Partita I.V.A. e Cod. Fiscale N° 02613260187

ATTESTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Il Direttore della SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità attesta che il presente provvedimento non comporta né costi né ricavi.

Il Direttore

SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità

ROSARIA MARIA ROMINA CHESSA

(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. n 82/2005 e s.m.i.)