



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. 133/DGi
DEL 26/02/2026

IL DIRETTORE GENERALE: LORELLA CECCONAMI

OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO CONTROLLI 2026 IN ATTUAZIONE DELLA DGR N. 5366 DEL 24/11/2025.

Codifica n. 1.1.02

Acquisiti i pareri di competenza del:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO	SILVIA LIGGERI
DIRETTORE SANITARIO	STEFANO BONI
DIRETTORE SOCIO SANITARIO	LAURA DA PRADA

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/5589 del 30/12/2025 avente ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della salute (A.T.S.) delle Aziende SocioSanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale di Emergenza e Urgenza (A.R.E.U.) anno 2026", che ha definito le regole di governo per la gestione del Servizio Sociosanitario;

PREMESSO che la programmazione annuale delle attività di verifica, monitoraggio e controllo di competenza di ATS è formalizzata nel Piano dei controlli, previsto dalla DGR n. XII/5366 del 24/11/2025 avente ad oggetto "Approvazione del Piano dei controlli e dei protocolli 2024-2026";

PRESO ATTO che la nota dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS), acquisita a prot. ATS di Pavia n. 9833 del 06/02/2026, indica il termine ultimo del 28/02/2026 per la trasmissione del Piano dei Controlli e fornisce indicazioni operative per la predisposizione del documento e, pertanto, per ciascuna area di controllo, è stata inserita un'analisi del contesto con riferimento al sistema di offerta e una parte di programmazione ove sono esplicitati gli elementi chiave del controllo stesso (l'ampiezza ovvero la numerosità dei controlli, i criteri di campionamento, le metodologie e gli strumenti utilizzati);

RITENUTO, pertanto, necessario adottare il documento "Piano annuale dei controlli anno 2026", (Allegato 1, quale parte integrante, formale e sostanziale al presente provvedimento), con trasmissione dello stesso alla Direzione Generale Welfare e all'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS);

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

SU PROPOSTA del Direttore del Dipartimento PAAPSS, il quale, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta la legittimità e regolarità tecnico/amministrativa, nella forma e nella sostanza, del presente provvedimento;

ACQUISITO, 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 2026", di cui all'Allegato1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;



2. di demandare ai Dipartimenti e alle Strutture Complesse dell'ATS di Pavia, 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 né costi né 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 2026";
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 2026

Premessa	3
Attività formativa.....	5
Vigilanza Accreditamento e Contrattualizzazione	6
Vigilanza Sanitaria.....	6
Vigilanza sociosanitaria.....	15
Vigilanza sociale.....	19
Requisiti contrattualizzazione.....	22
Controlli di appropriatezza	26
Appropriatezza Ricoveri.....	26
Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato e ambulatoriali	31
Monitoraggio comportamenti prescrittivi e verifica dell'appropriatezza dell'attribuzione classi di priorità.....	31
Appropriatezza Salute mentale e delle dipendenze.....	33
Assistenza farmaceutica e protesica	37
Assistenza protesica ed integrativa	43
Farmacia dei servizi	46
Area Cure Primarie	47
Area Sanità digitale	50
Presa in carico dei pazienti cronici/fragili	50
Adempimenti L.R n. 15/2020: Monitoraggio episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie	51
Monitoraggio della coerenza degli assetti contrattualizzati	52
Allegati	53

Premessa

Il presente piano dei controlli è redatto in riferimento alle indicazioni fornite dalla DGR 5589 del 30/12/2025 *“Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende socio sanitarie territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia regionale emergenza urgenza (A.R.E.U.) anno 2026”* e dalla DGR n. 5366 del 24/11/2025 *“Approvazione del Piano dei controlli e dei protocolli 2024-2026”*.

Il documento descrive l'attività di controllo programmata per il 2026 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, sociosanitario, sociale, area farmaceutica, area protesica, tempi di attesa, percorso di presa in carico, monitoraggio quali-quantitativo delle reti di patologia, monitoraggio degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e dei comportamenti prescrittivi; 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 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 gli iter istruttori autorizzativi e di accreditamento riferiti a tutte le strutture sanitarie compresi i 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 2 medici, 3 infermieri, 3 tecnici e 1 amministrativo;
 - S.C. Vigilanza e Controllo:
 - garantisce la vigilanza sul mantenimento dei requisiti di:
 - esercizio e di accreditamento degli erogatori sanitari, sociosanitari;
 - esercizio del trasporto sanitario (sedi, mezzi e personale);
 - esercizio (anche in caso di CPE, su specifica richiesta del Comune) delle Unità di offerta sociali;
 - garantisce l'attività di controllo sanitario (NOC ambulatoriale e di ricovero) e il controllo di appropriatezza sociosanitaria.

Gli operatori che collaborano a queste attività sono 6 medici, 4 infermieri, 4 tecnici della prevenzione, 2 assistenti sociali, 1 educatore professionale, 1 dirigente delle professioni sanitarie – area prevenzione, n. 2 dirigenti delle professioni sanitarie – area infermieristica, 2 amministrativi. Il Direttore, dirigente medico, di tale SC è anche responsabile facente funzione della SC Programmazione e Negoziazione;
 - S.C. Appropriatazza 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, i requisiti quali-quantitativi delle reti di patologia e i dati sui comportamenti prescrittivi, 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 nonché la gestione dell'URP. Gli operatori che collaborano a queste attività sono 1 medico, 2 infermieri, 1 tecnico della prevenzione, 1 biologo e 1 dirigente delle professioni sanitarie – area infermieristica; le unità di personale di tale SC partecipano alle attività di vigilanza in capo alla SC Vigilanza e Controllo, SC Programmazione e Negoziazione e al Servizio farmaceutico;
 - S.C. Programmazione e negoziazione: analizza, valuta e programma, dal punto di vista quali-quantitativo 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 delle autocertificazioni da reddito per prestazioni sanitarie attraverso il gestionale ministeriale Tessera Sanitaria con avvio dei processi sanzionatori.

Gli operatori che collaborano a queste attività sono 15 amministrativi;

- 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.

Gli operatori che collaborano a queste attività sono 1 Dirigente amministrativo.

- Dipartimento PIPSS: effettua il governo della domanda di prestazioni socio sanitarie e sociali; 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. Gli operatori che collaborano a queste attività sono: 2 dirigenti medici, 1 dirigente psicologo, 1 assistente sociale, 1 infermiere, 2 amministrativi e 2 tecnici informatici.
- SC 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, 6 amministrativi.

Attività formativa

Per il 2026 sono stati proposti eventi di formazione alcuni dei quali rivolti a personale interno altri anche a personale esterno delle strutture erogatrici del territorio sanitarie e sociosanitarie. Di seguito si riporta l'elenco.

Tabella 1: Proposte formative rivolte al personale interno e agli erogatori sanitari e sociosanitari

Titolo del corso	Tipologia	N. edizioni	N. giornate	N. tot. ore	Partecipanti	Obiettivo
<i>Flussi di rendicontazione obbligatori delle strutture sociosanitarie: approfondimenti, criticità e azioni di miglioramento</i>	Residenziale	1	1	4	Erogatori sociosanitari	1. fornire agli erogatori una completa mappatura dei flussi obbligatori evidenziando sia le principali criticità riscontrate sia i fattori utili a migliorare la tenuta della documentazione sociosanitaria; 2. migliorare la rendicontazione e conseguentemente mettere a disposizione dell'Agenzia dati che rappresentano la qualità dei servizi erogati
<i>Iter di cui all'art. 27 quinquies della L.R. 33/2009 e Sanzioni amministrative L. 689/81</i>	formazione sul campo gruppo di miglioramento	1	2	6	Operatori del Dipartimento PAAPSS	Approfondimento della normativa vigente e condivisione delle modalità di applicazione della stessa con particolare riguardo al tema dei provvedimenti conseguenti all'accertamento di assenza e/o mancato mantenimento di requisiti autorizzativi e/o di accreditamento di cui all'art. 27 quinquies della L.R. 33/2009, con aggiornamento, revisione, implementazione della modulistica in uso
<i>Requisiti soggettivi - gestori di unità d'offerta sanitarie e sociosanitarie a contratto</i>	blended	1	4	12	Operatori del Dipartimento PAAPSS	• armonizzare e regolamentare il processo di verifica dei requisiti soggettivi, uniformando le modalità in uso per l'ambito sanitario e sociosanitario • garantire omogeneità, tracciabilità ed efficacia del processo di verifica
<i>VADEMECUM - armonizzazione della lettura dei dati dell'ente gestore</i>	formazione sul campo	1	4	12	Personale amministrativo e medico SC PAAPSS	uniformare e armonizzare la circolarità delle informazioni sullo stato degli Enti erogatori al fine di consentire l'utilizzo delle informazioni a tutti i livelli del dipartimento
<i>Vademecum - requisiti strutturali e tecnologici generali</i>	formazione sul campo	1	4	12	Personale tecnico SC del PAAPSS	Analizzare la normativa vigente e condivisione trasversale tra le SC del Dipartimento PAAPSS delle modalità di valutazione dei requisiti, con definizione di un vademecum dipartimentale ad uso interno finalizzato anche ad un più agevole inserimento di personale di nuova assunzione
<i>Revisione ed approfondimento dei requisiti di accreditamento le riclassificazioni in ambito sanitario e sociosanitario</i>	formazione sul campo	1	4	16	Operatori SC Accredimento	Approfondimento della normativa vigente in merito ai requisiti di accreditamento delle UdO sanitarie e sociosanitarie per le quali è previsto, nell'anno corrente, un aggiornamento normativo (area delle dipendenze, consultori familiari e riabilitazione sociosanitaria)
<i>Tableau Server come strumento per il monitoraggio attivo di indicatori qualitativi e delle abitudini prescrittive</i>	Residenziale analisi dei casi e lavori di gruppo	5	1	4	Enti Erogatori Ricovero e Cura e Cure primarie Operatori ATS	Supportare l'utilizzo efficace della piattaforma regionale "Tableau" di monitoraggio degli indicatori e delle abitudini prescrittive, rafforzando le conoscenze delle specifiche dashboard dello strumento, favorendo la corretta interpretazione dei dati e promuovendo un approccio orientato al miglioramento continuo della qualità ed appropriatezza
<i>Portale erogatori- estensione ad altre UdO area anziani (CDI), UdO area della disabilità, della salute mentale e delle cure palliative</i>	formazione sul campo	1	3	12	Operatori SC Accredimento e Vigilanza e Controllo	• aggiornamento del portale di dialogo con gli erogatori in analogia a quanto già avvenuto negli anni precedenti per le RSA • uniformità delle verifiche presso le UdO sociosanitarie che saranno inserite nello specifico portale erogatori di ATS

Vigilanza Accreditamento e Contrattualizzazione

Vigilanza sanitaria

Contesto di riferimento

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. 2 e nella tab. 3.

Tabella 2: Strutture Sanitarie pubbliche (dati estratti dal portale regionale SIGAUSS al 31/12/2025)

ENTI/STRUTTURE PUBBLICHE	POSTI_LETTO	POSTI_TECNICI_CULLE
ASST DI PAVIA	1070	331
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	969	171
Policlinico "San Matteo"	969	171
Totale complessivo	2039	502

Tabella 3: Strutture Sanitarie private (dati estratti dal portale regionale SIGAUSS al 31/12/2025)

ENTI/STRUTTURE PRIVATE	POSTI_LETTO	POSTI_TECNICI_CULLE
LA CITTADELLA SOCIALE SRL	36	26
Casa di Cura Villa Esperia S.p.A.	122	4
Fondazione Istituto Neurologico Nazionale Casimiro Mondino	136	24
ISTITUTI CLINICI DI PAVIA E VIGEVANO SPA	312	19
ISTITUTO CLINICO BEATO MATTEO	173	11
ISTITUTO DI CURA CITTA' DI PAVIA	139	8
ISTITUTI CLINICI SCIENTIFICI MAUGERI SPA SB	575	143
Centro Medico di Montescano	203	9
Centro Medico di Pavia	328	130
Istituto Scientifico di Pavia - sede di via Boezio	44	4
Totale complessivo	1181	216

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 inserita in strutture ospedaliere pubbliche, mentre quelli riabilitativi nelle strutture afferenti a Enti privati. 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. 4).

Tabella 4: Strutture Area neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (dati estratti dal portale regionale SIGAUSS al 31.12.2025)

STRUTTURE NEUROPSICHIATRIA	AREA	N° STRUTTURE	POSTI ACCREDITATI A CONTRATTO	POSTI ACCREDITATI NO CONTRATTO	POSTI TOTALI
STRUTTURE PRIVATE	RESIDENZIALI	4	42	28	70
TOTALE RESIDENZIALI		4	42	28	70
STRUTTURE PUBBLICHE	SEMIRESIDENZIALI	1	14	0	14
STRUTTURE PRIVATE	SEMIRESIDENZIALI	1	20	0	20
TOTALE SEMIRESIDENZIALE		2	34	0	34

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. 5).

Tabella 5: Strutture area psichiatria adulti (dati estratti dal portale regionale SIGAUSS al 31.12.2025)

STRUTTURE AREA PSICHIATRIA	N° STRUTTURE	POSTI ACCREDITATI A CONTRATTO	POSTI ACCREDITATI NON A CONTRATTO	POSTI TOTALE
STRUTTURE RESIDENZIALI PUBBLICHE	6	93	0	93
STRUTTURE RESIDENZIALI PRIVATE	6	91	19	110
TOTALE RESIDENZIALE	12	184	19	203
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI PUBBLICHE	2	35	0	35
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI PRIVATE	6	100	0	100
TOTALE SEMIRESIDENZIALI	8	135	0	135

Strutture ambulatoriali accreditate

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 29 di cui:

- 6 dedicate esclusivamente all'attività di Fisiokinesiterapia;
- 1 dedicata esclusivamente all'attività di Diagnostica per Immagini;
- 1 dedicata esclusivamente all'attività di Oculistica;
- 6 Strutture che erogano esclusivamente attività di odontoiatria.

Medicina dello Sport ambulatori accreditati

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.

Laboratori clinici accreditati

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 24 Laboratori Clinici di cui 16 collocati in Strutture di Ricovero e Cura e 8 afferenti ai Servizi di Medicina di Laboratorio.

L'offerta dei punti prelievi, anch'essa ampia sul territorio della provincia, è composta da 59 punti prelievi la cui afferenza è distribuita equamente tra Strutture di Ricovero e Cura e Strutture non di Ricovero e Cura.

Trasporti sanitari

In merito ai trasporti sanitari, ai sensi della DGR 5165/2016, risultano operativi 23 Enti (22 privati e la Croce Rossa Italiana organizzata in comitati) e registrati 298 mezzi.

Programmazione annuale

1. Verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento

a. Verifica ambulatori di odontoiatria monospecialistica accreditati e a contratto

Sul territorio sono presenti 6 ambulatori di odontoiatria monospecialistica privati accreditati e a contratto afferenti a 3 enti gestori.

La verifica sarà condotta su di un campione pari a 1 ambulatorio per ciascun ente.

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

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

Tabella 6: Schema di programmazione vigilanza medicina dello sport

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. 3 strutture
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	SIGAUSS, flussi di produzione 28 SAN, modelli EP
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
STRUMENTI OPERATIVI	Compilazione della Check list
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	Almeno due operatori tra le seguenti professionalità: medico e Dirigente delle professioni sanitarie tecniche
CRONOPROGRAMMA	Marzo-Dicembre

b. Verifica biennale dei servizi trasfusionali

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

Per tale ambito è stata pianificata un'attività di verifica volta a garantire il controllo a cadenza biennale ed i follow-up, 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 e requisiti del sistema gestione qualità del trasfusionale. La valutazione documentale avviene in remoto. Gli eventuali elementi di non conformità o gli ambiti passibili di miglioramento, saranno riportati nei report finali.

Tabella 7: Schema di programmazione audit attività trasfusionale

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Servizi trasfusionali e Unità di raccolta sangue
MODALITÀ	Verifica sul campo e/o documentale
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	4 Unità di Raccolta e 2 SIMT con 4 articolazione di raccolta
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	SIGAUSS e SISTRA

ITEM	DESCRIZIONE
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 e requisiti del Sistema gestione qualità trasfusionale
STRUMENTI OPERATIVI	Check list e relazione tecnica previste dall'Accordo Stato- Regione 25 marzo 2021, recepito da Regione Lombardia con DGR 6678/2022
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	3 valutatori VSTI (1 infermiere, 1 biologo, 1 dirigente delle professioni sanitarie)
CRONOPROGRAMMA	Da Aprile a Dicembre

c. Verifica biennale delle macroattività di Procreazione medicalmente assistita (PMA)

Sul territorio è presente una macroattività di Procreazione medicalmente assistita di secondo livello che lo scorso anno ha conseguito la certificazione di conformità ai D.Lgs n. 191/2007 e n. 16/2010 da parte del Direttore del Centro Nazionale.

Per tale ambito è stata pianificata un'attività volta a garantire il mantenimento dei requisiti previsti dai Decreti sopra menzionati.

Tabella 8: Schema di programmazione audit PMA

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 BASEDATI UTILIZZATI	SIGAUSS e portale CNT
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Strutture con scadenza verifica biennale
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Osservazione diretta del percorso nonché tracciabilità e rintracciabilità delle fasi del processo e verifica requisiti del sistema gestione qualità e formazione addestramento
STRUMENTI OPERATIVI	Check list Decreti Legislativi 191/2007 e 16/2010 e smi
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	3 valutatori regionali PMA
CRONOPROGRAMMA	Primo semestre

d. Monitoraggio del mantenimento dei requisiti minimi e degli indicatori di processo e qualità delle strutture: Reti di patologia

Regione Lombardia ha da tempo avviato le reti di patologia, modello organizzativo per offrire e garantire percorsi di cura omogenei, appropriati e di alta qualità per specifiche malattie, favorendo l'uniformità di diagnosi, terapie e la condivisione di raccomandazioni, protocolli clinici e PDTA.

La normativa pone in capo ad ATS il monitoraggio del mantenimento delle caratteristiche quali-quantitative dei Centri, nonché del raggiungimento dei volumi di prestazioni.

Nel 2026, in prosecuzione con i lavori intrapresi nell'anno precedente, verrà eseguito il monitoraggio del mantenimento dei requisiti minimi, degli adeguamenti previsti e degli indicatori per le strutture che sono parte delle seguenti reti:

- Pancreas Unit;
- Rete per le Neoplasie Ginecologiche;
- Breast Unit;

- Rete delle Cure Palliative (Potenziamento).

Tabella 9: Schema di programmazione attività di verifica delle reti di patologia

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Monitoraggio degli indicatori, del mantenimento dei requisiti minimi e dello stato di avanzamento degli adeguamenti delle strutture pubbliche e private accreditate e a contatto che sono parte delle reti in oggetto.
MODALITÀ	Monitoraggio da remoto degli indicatori, richiesta di documentazione da parte delle strutture che fanno parte delle reti che attestino il mantenimento dei requisiti minimi e lo stato di avanzamento degli adeguamenti previsti
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	2 report di avanzamento
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Tableau Server, data base amministrativi
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	100% delle strutture che fanno parte delle Reti di Patologia in oggetto
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Monitoraggio continuo degli indicatori, condivisione periodica dei dati aggregati alle strutture di competenza, richiesta di documentazione a prova del mantenimento/aggiornamento dei requisiti, riscontro sulle azioni correttive poste in essere
STRUMENTI OPERATIVI	Check list
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	Dirigenti Medici, Dirigenti sanitari, infermieri, amministrativi delle SC del PAAPSS
CRONOPROGRAMMA	Marzo-Dicembre

e. Monitoraggio delle non conformità segnalate dal Centro Regionale di Coordinamento della medicina di laboratorio

A seguito della riclassificazione della medicina di laboratorio ai sensi della DGR n. 7044/22, sul territorio sono presenti 25 laboratori clinici afferenti a 14 Enti di cui 3 pubblici e 11 privati. La normativa vigente prevede, per tutti i laboratori clinici, l'obbligo di partecipazione ai Programmi di Valutazione esterna della Qualità (VEQ), promossi dalla Regione Lombardia o, in assenza, a programmi validati a livello nazionale ed internazionale. Regione Lombardia ha affidato al Centro Regionale di Coordinamento della medicina di laboratorio l'attivazione diretta dei programmi (ovvero organizzazione e invio dei campioni a tutti i laboratori partecipanti nonché l'analisi dei risultati) o la collaborazione con altri enti con i quali Regione Lombardia ha stipulato accordi. Le non conformità del programma (non conformità legate alle mancate partecipazioni ai suddetti programmi o le anomalie legate all'incongruenza delle performance qualitative e quantitative) sono periodicamente visibili ad ATS per le attività di competenza ovvero monitoraggio del mantenimento dei requisiti al fine dell'individuazione delle azioni di miglioramento.

Tabella 10: Schema di programmazione attività di controllo VEQ

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 BASE DATI UTILIZZATI	Flusso non conformità rese visibili sul portale del Centro regionale di Coordinamento della Medicina di laboratorio (CRCMed)
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	Analisi dei dati e predisposizione/trasmisione di specifica comunicazione a ciascun ente /Struttura che ha evidenziato NC con richiesta di riscontro sulle azioni correttive poste in essere comprensive della documentazione

ITEM	DESCRIZIONE
	attestante l'attività svolta
STRUMENTI OPERATIVI	File xls presenti sulla piattaforma regionale e file di monitoraggio interni
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	1 infermiere, 1 dirigente delle professioni sanitarie, 1 biologo
CRONOPROGRAMMA	Gennaio-Dicembre

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

f. Verifiche su sedi e mezzi – trasporto sanitario

La competenza dell'attività di cui al presente paragrafo verrà trasferita nel corso del primo semestre 2026 dal Dipartimento PAAPSS al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS). In un'ottica di continuità operativa il Dipartimento PAAPSS organizza la programmazione annuale della stessa.

L'esercizio dell'attività di trasporto sanitario semplice (TSS) e di trasporto sanitario (TS) sul territorio regionale (DGR 5165 del 16.05.2026 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.

Il singolo Soggetto/Ente è tenuto a trasmettere con cadenza semestrale (e precisamente al 30 giugno e al 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, fatta eccezione per la Croce Rossa Italiana la cui cadenza è annuale (entro il 31 dicembre di ogni anno), che sarà oggetto di 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.

Tabella 11: Schema di programmazione attività di vigilanza sedi e mezzi di trasporto sanitario

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 sia per nuove sedi sia per nuovi mezzi (entro 60 giorni) - Vigilanza: 8 Enti (7 privati e la 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 7 sedi operative + 1 comitato afferente a Croce Rossa Italiana
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; eventuale inadempienza nella trasmissione degli elenchi previsti; eventuali criticità rilevate nelle attività di vigilanza condotte negli anni precedenti; segnalazioni/esposti
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Sopralluogo presso la sede di trasporto e verifica dei mezzi (nel caso di vigilanza solo i mezzi presenti nel corso dell'ispezione)
STRUMENTI OPERATIVI	- Check list e Applicazione della procedura aziendale redatta nel 2025 "Attività di vigilanza e controllo – Trasporto sanitario" adottata con Decreto del Direttore Generale n. 937 del 19/12/2025

ITEM	DESCRIZIONE
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	- SC Autorizzazione e Accreditamento: 2 medici, 1 Dirigente delle Professioni sanitarie, 1 infermiere - SC Vigilanza e Controllo (con personale in supporto della SC Appropriatezza e Qualità degli erogatori): 1 infermiere, 2 Tecnici della Prevenzione
CRONOPROGRAMMA	Marzo - Dicembre

2. Monitoraggio dell'andamento dei piani di adeguamento tecnologico e strutturale delle strutture sanitarie

Come previsto dalla DGR XI/5806 del 29/12/2021 *"Proroga dei termini per l'adeguamento tecnologico strutturale delle Strutture Sanitarie e per la conclusione dei piani programma delle Unità di Offerta Sociosanitarie"*, si provvederà al monitoraggio annuale dell'andamento dei lavori relativamente alla proroga dei termini per il possesso dei requisiti strutturali, generali e specifici da parte degli Enti Erogatori, da inviare alla DGW nei termini previsti dalla normativa vigente.

3. Verifica del possesso dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento in caso di riclassificazioni

a. Riclassificazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio

Ai sensi della DGR n. 7044/2022 e s.m.i., è iniziata la terza fase della riclassificazione, con la verifica dell'assolvimento dei requisiti prorogati con tempo massimo di assolvimento a 24 mesi. Nello specifico, trattandosi prevalentemente di requisiti strutturali si è provveduto alla richiesta agli Enti gestori, a cui afferiscono le UU.OO LC, degli elaborati planimetrici aggiornati per tutte le macroattività afferenti alle UO. A seguito della valutazione di quanto richiesto, si è resa necessaria la programmazione di tavoli tecnici atti alla conclusione con esito positivo degli iter ancora in corso. L'attività continuerà e si concluderà nel corso del 2026.

Tabella 12: Schema di programmazione attività di controllo terza fase di riclassificazione

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Monitoraggio dei requisiti strutturali e tecnologici
MODALITÀ	Verifica da remoto e, a seconda delle criticità riscontrate, sul campo/tavoli tecnici
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	100% dei laboratori riclassificati ai sensi della DGR 7044/2022 e smi
FLUSSI O BASEDATI UTILIZZATI	SIGAUSS
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Tutti i laboratori riclassificati ai sensi della DGR 7044/2022 e smi
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Richiesta e valutazione elaborati planimetrici aggiornati per tutte le macroattività afferenti al Laboratorio Clinico
STRUMENTI OPERATIVI	Check list
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	2 infermieri, 2 tecnici della prevenzione, 2 medici
CRONOPROGRAMMA	Gennaio-Dicembre

b. Riclassificazione Medicina di Laboratorio Decentrata

Richiamato il Decreto n. 7043 del 20/05/2025, nel mese di luglio 2025, come da indicazioni della DGW, è stato avviato l'iter di riclassificazione, che prevedeva l'invio, da parte degli Enti gestori, di apposita istanza cartacea di riclassificazione entro il termine ultimo del 31 dicembre 2025. Alla data indicata, 6 Enti hanno presentato istanza di riclassificazione, per un totale di 7 Laboratori Clinici che, sul territorio effettuano già attività di

Medicina di Laboratorio Decentrata. Sono in corso le verifiche sulla documentazione pervenuta per consentire la conclusione degli iter di verifica entro i termini definiti dalla normativa e comunque entro la fine del 2026.

Tabella 13: Schema di programmazione attività di controllo requisiti di riclassificazione della Medicina di Laboratorio Decentrata

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Monitoraggio dei requisiti della macroattività di Medicina di Laboratorio Decentrata
MODALITÀ	Verifica da remoto e, a seconda delle criticità riscontrate, sul campo/tavoli tecnici
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	100% dei laboratori che hanno presentato istanza di riclassificazione
FLUSSI O BASEDATI UTILIZZATI	SIGAUS
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Tutti i laboratori che hanno presentato istanza di riclassificazione
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Richiesta e valutazione della documentazione a sostegno delle macroattività di Medicina di Laboratorio Decentrata; atto di riclassificazione
STRUMENTI OPERATIVI	Check list
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	2 infermieri, 2 tecnici della prevenzione, 2 medici
CRONOPROGRAMMA	Gennaio-Dicembre

c. Accreditamento delle Case di Comunità

Con DGR n. 5589 del 30.12.2025 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie Di Tutela Della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) anno 2026" si dà avvio al tracciamento della Case della Comunità.

Nello specifico nella normativa si definisce che:

- verrà identificata all'interno del sistema di accreditamento sanitario e del relativo registro regionale (SIGAUS) una nuova tipologia di Struttura territoriale denominata "Casa della Comunità" che ricomprenda tutte le funzioni previste dal DM77 e smi;
 - verrà definito un modello organizzativo unitario evolutivo rispetto al disposto della DGR 6760/2022 come declinato al capitolo Polo Territoriale;
 - è prevista inoltre la fruizione della proroga dei requisiti strutturali generali correlati all'edificio di riferimento per il quale sia già in essere un piano di adeguamento;
 - si dà mandato alla Direzione Generale Welfare per l'emanazione delle successive indicazioni operative.
- Si rimane dunque in attesa di ulteriori indicazioni operativa da parte della DGW sull'iter procedurale per l'accREDITamento delle CdC che coinvolgerà 11 Case della Comunità previste sul territorio di cui 8 già attive.

4. Verifica quali-quantitativa degli standard di 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 sul possesso dei titoli di studio.

Per le autocertificazioni trimestrali relative al mantenimento dei requisiti di dotazione organica sulle strutture di ricovero e cura proseguirà l'attività di monitoraggio del caricamento dei dati sul portale SIGAUS - DDO, analogamente sarà monitorato il flusso modello EP (elenco personale) delle strutture ambulatoriali e strutture psichiatriche private accreditate e a contratto con una verifica a campione sul possesso dei titoli da parte del personale.

Tabella 14: Schema di programmazione attività di controllo dotazione organica e titoli del personale

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 BASEDATI UTILIZZATI	DDO SIGAUSS, Modello EP, portale CRC MED, Portali ordini ed Albi
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Tutte le strutture che presentano istanze Tutte le strutture sanitarie a contratto
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	- acquisizione degli elenchi aggiornati del personale, delle turnistiche e delle timbrature - verifica del possesso dei titoli abilitanti
STRUMENTI OPERATIVI	DDO e modelli EP portale CRC Med Portali ordini ed Albi file XLS
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	Infermieri delle SC preposte
CRONOPROGRAMMA	Gennaio – Dicembre

Vigilanza sociosanitaria

Contesto di riferimento

La rete d'offerta sociosanitaria nel territorio della provincia risulta ampia e ben articolata nelle diverse aree, così come rappresentato nella seguente tabella:

Tabella 15: Rete dell'offerta sociosanitaria dati estratti da SIGAUSS al 31.12.2025

TIPOLOGIA UdO	N UdO ABILITATE	N UdO ABILITATE E ACCREDITATE	N UdO ABILITATE, ACCREDITATE E 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	N OSPITI / UTENTI A CARICO FSR (1/1-31/12/2022)
RSA	90	86	76		6395	6056	5272	9232	7733
RSD	10	10	10		278	278	263	291	280
CDD	15	15	15		385	385	378	379	363
CDI	25	24	24		654	624	487	986	843
CSS	12	12	12		112	112	110	120	117
CF	15	15	15					7656	7656
SERT/SMI	3	3	3	3				621	621
INT	3	2	2		367	257	257	1417	1417
RIA AMB	6	5	4					1952	1952
RIA DOM	2	2	2						
RIA CDC	4	3	2		70	40	25		

TIPOLOGIA UdO	N UdO ABILITATE	N UdO ABILITATE E ACCREDITATE	N UdO ABILITATE, ACCREDITATE E 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	N OSPITI / UTENTI A CARICO FSR (1/1-31/12/2022)
HOSPICE	3	3	3		30	30	30	427	427
HOSPICE IN UOCP	4	4	4		55	55	55	817	817
UCP-DOM	7	7	7					1238	1238
C-DOM	27	27	27					8208	8208
POST ACUTI	3						60	357	357
DIP-COM (RES)	12	12	12		298	283	283	595	593
DIP-COM (SEMIRES)	2	2	2		33	33	33		
DIP-BIA	0	0	0						
ALTRA UDO: CSGM	1	1	1		9	9	9	13	13
ALTRA UDO: ODC	2	2	2		30	30	30	183	183
ALTRA UdO: SRM	1	1	1		15	15	15	17	17
<i>Subtotale</i>	247	236	224	3	8731	8207	7307	34509	32835
RSA APERTA	24	24	24					1439	1439
RESID. ASSISTITA REL	1	1	1		12	12	12	50	50
RESID. LEGGERA	9	9	9		273	273	273	36	36
CASE MANAGEMENT	0	0	0		0	0	0	0	0
MINORI GRAVISSIMI	0	0	0		0	0	0	0	0
ALTRA MISURA / SPERIMENTAZIONE: PROGETTI SPERIMENTALI	4	4	4					450	450
<i>Subtotale</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	285	274	262	3	9016	8492	7592	36484	34810

Durante l'anno 2025, la rete di offerta sociosanitaria è stata oggetto di alcune modifiche previste da specifici atti regionali. Nello specifico:

- ai sensi della DGR n. XII/2676 del 01/07/2024, nei primi mesi del 2025 si è concluso l'iter di accreditamento della nuova UdO CSGM;
- ai sensi della DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 è stata avviata la revisione del sistema della riabilitazione che porterà alla definizione della riabilitazione in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo per minori nonché alla stabilizzazione delle sperimentazioni RIA minori e case management (DGR n. 3239/2012). Si è dunque provveduto ad autorizzare ed accreditare una nuova UdO RIA ambulatoriale, mentre si concluderà nei primi mesi del 2026 il perfezionamento dell'accREDITamento di un nuovo Servizio diurno per la Riabilitazione (Centro Diurno Continuo) già abilitato all'esercizio.

L'area anziani e disabili non ha subito variazioni significative: nell'ambito delle cure domiciliari ha cessato l'attività un'unità di offerta C-DOM, mentre sono state autorizzate e accreditate due nuove unità d'offerta UCP-DOM.

Programmazione annuale

Le attività di vigilanza sono programmate nel rispetto di quanto indicato nella DGR XII/5589/2025 "Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine degli obiettivi

delle Agenzie Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) anno 2026", nella DGR XII/5366/2025 "Approvazione del piano dei controlli e dei protocolli 2024-2026" e nella DGR n. 2569/2014 "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo (a seguito di parere della commissione consiliare relativamente all'allegato 1)".

1. Verifica del possesso dei requisiti di abilitazione all'esercizio ed accreditamento

Per quanto attiene l'attività di accreditamento per il 2026, tutte le unità d'offerta oggetto di SCIA e/o di istanza di accreditamento verranno sottoposte a verifica del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento, soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici. Stesso procedimento verrà attuato per la verifica del possesso dei requisiti di autorizzazione e accreditamento per le eventuali riclassificazioni che verranno deliberate dalla giunta regionale, tra cui l'attesa riclassificazione dei servizi RIA.

a. Riclassificazione Unità di offerta area dipendenze

Ai sensi della DGR n. 5696/2026 "Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologiche: riordino del sistema ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale":

- entro il 31/3/2026 verrà effettuata, con il supporto delle ATS, una ricognizione con i gestori di comunità residenziali e semiresidenziali dell'area dipendenze al fine di definire il nuovo possibile assetto a seguito delle modifiche apportate al sistema dal presente provvedimento. ATS dovrà trasmetterne l'esito secondo modalità e tempistiche definite dalla U.O. Polo Territoriale - DG Welfare.

- Regione Lombardia, in collaborazione con il Tavolo Tecnico Dipendenze, procederà in parallelo ad effettuare un'analisi del fabbisogno regionale di posti letto distinti nelle diverse intensità di cura e tipologie di trattamento.

-All'esito della ricognizione e della valutazione del fabbisogno si procederà alla riclassificazione dei posti letto. Il nuovo assetto, secondo quanto previsto dal detto provvedimento, verrà implementato dal 1/1/2027.

Si rimane in attesa delle ulteriori comunicazioni regionali per consentire l'avvio delle attività previste sulle UdO dell'area delle dipendenze.

b. Riclassificazione delle UdO di riabilitazione in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo per minori

Nel corso del 2025 è stato svolto un lavoro che ha coinvolto tutte le sperimentazioni RIA Minori attive, propedeutico al perfezionamento dell'iter previsto per il 2026 relativamente alla definizione della nuova unità di offerta riabilitazione in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo. A tal proposito, nel corso dell'anno 2026, si attendono le indicazioni operative regionali in merito, per consentire la conclusione del percorso che porterà alla stabilizzazione delle attività afferenti all'area della riabilitazione sociosanitaria dei minori.

c. Verifica del mantenimento dei requisiti

Le attività di vigilanza e controllo sulle Unità di Offerta Sociosanitaria sono condotte in recepimento ed applicazione delle disposizioni emanate da Regione Lombardia con le DGR sopra richiamate.

La percentuale minima delle strutture su cui effettuare le verifiche di vigilanza e di appropriatezza è pari al 33% del totale delle UdO sociosanitarie. Le azioni che verranno sviluppate nel corso dell'anno riguarderanno i seguenti ambiti:

- Vigilanza ordinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle UdO Sociosanitarie pubbliche/private, indipendentemente dal loro status erogativo (abilitate all'esercizio-accreditate-contrattualizzate), ai sensi della DGR 2569/2014 e della normativa di riferimento per ogni tipologia di UdO nella misura del 33% di tutte le UdO;
- Vigilanza sulle misure applicative della DGR X/7769 del 17/01/2018;
- Gestione della totalità delle segnalazioni pervenute (sia da privati sia da Autorità), inerenti presunte criticità nei servizi offerti dalle strutture sociosanitarie operanti nel territorio;
- Verifiche a 90 giorni a seguito di aggiornamento del Registro Regionale delle unità di offerta sociosanitarie

accreditate;

- 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;
- Verifica a 10 giorni dall'inserimento dello stato vegetativo (DGR 4222/2012).

Tabella 16: Schema di programmazione attività di vigilanza ordinaria strutture sociosanitarie

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Vigilanza
MODALITÀ	Verifiche di mantenimento dei requisiti (in presenza e da remoto per la valutazione della documentazione pervenuta)
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	33% per ogni tipologia di UdO
FLUSSI O BASEDATI UTILIZZATI	SIGAUSS, database locale, verbali anni precedenti
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Temporalità per tipologia di UdO RSA con Nucleo Alzheimer UdO con criticità
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Modelli verbali regionali con relativa check list per tipologia di UdO osservazione diretta
STRUMENTI OPERATIVI	Verbali e check list regionali
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	Equipe multiprofessionale composta da 1 Infermiere, 1 Educatore Professionale Sociosanitario, 2 Tecnici della Prevenzione, 1 Dirigente Professioni Sanitarie (area infermieristica), 1 Dirigente Medico e 1 Dirigente Professioni Sanitarie (area prevenzione). A seconda della tipologia di UdO e della disponibilità, l'equipe sarà composta da minimo 2 operatori tra le figure professionali.
CRONOPROGRAMMA	Gennaio – Dicembre con programmazione settimanale dei sopralluoghi

La programmazione delle UdO da verificare nel 2026, ha tenuto conto di quanto indicato nell'Allegato A punto 8 Polo Territoriale punto 8.6 "Attività di vigilanza e controllo di appropriatezza in ambito Sociosanitario" che indica come criterio di base "la rotazione storica delle verifiche, nonché su indicatori di rischio definiti nel presente piano, anche nel quadro delle determinazioni dell'Agenzia dei Controlli".

L'attività di vigilanza prevede la verifica contestuale del mantenimento 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 per ogni tipologia di UdO.

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. Nel primo semestre di quest'anno tutte le RSA potranno volontariamente caricare la documentazione come presentato nel corso di formazione tenutosi nel Dicembre 2025.

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

Tabella 17: Riepilogo campione di controllo di vigilanza 2026 UdO sociosanitarie

TIPOLOGIA UDO	N. TOT. UDO	CAMPIONE 33%	N. UDO CAMPIONATE
RSA	90	29,7	29
RSD	10	3,3	4
CDI	25	8,25	9
CSS	12	9,96	4
CDD	16	5,28	6
HOSPICE	3	0,99	2
UOCP	4	1,32	1

TIPOLOGIA UDO	N. TOT. UDO	CAMPIONE 33%	N. UDO CAMPIONATE
C-DOM	27	8,91	10
UCPDOM	7	2,31	4
CURE INTERMEDIE	3	0,99	1
RIA AMB/CDC/DOM	6	1,98	1
RIA MINORI	1	0,33	1
DIP. COM.	14	4,62	5
CONSULTORI	15	4,95	5
SERD	3	0,99	2
CSGM	1	0,33	1
ODC	2	0,66	1
TOTALE	239	84,87	86

Vigilanza Sociale

Contesto di riferimento

Al 01.01.2026 la rete d'offerta sociale presente sul territorio di competenza dell'ATS di Pavia risulta essere costituita come definito nella tabella seguente.

Tabella 18: Rete dell'offerta strutture sociali

Area di competenza	Tipologia Struttura	Nr. Udo	Nr. Posti
Area Prima infanzia	Asili Nido	103	2992
	Micronido	14	137
	Nido Famiglia	11	55
	Centro prima infanzia	1	20
	subtotale	129	3204
Area Minori	Centro Aggregazione Giovanile (CAG)	2	115
	Comunità Familiare (CF)	7	30
	Comunità Educativa (CE)	42	379
	Comunità Educativa (CE) Genitori-Figli	10	98
	Centro Educativo Diurno	0	0
	Comunità Educativa Diurna	0	0
	Alloggio per l'autonomia	20	48
	Alloggio per l'autonomia Genitore-Figli	11	48
	Alloggio per l'autonomia di tipo educativo	9	28
	subtotale	101	746
Area Disabili	Comunità Alloggio Disabili (CAH)	8	70
	Centro Socio-Educativo (CSE)	4	60
	Servizio di Formazione all'Autonomia per Persone Disabili (SFA)	4	89
	subtotale	16	219
Area Anziani	Centro Diurno Anziani (CDA)	2	36
	Alloggio Protetto Anziani (APA)	22	442
	Comunità Alloggio Sociale Anziani (CASA)	86	922
	subtotale	110	1400
Totale		376	5569

Lo svolgimento delle attività di vigilanza viene programmato in aderenza alla DGR XII/5589/2025 "Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine degli obiettivi delle Agenzie Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia

Regionale Emergenza Urgenza (AREU) anno 2026", ed alla DGR XII/5366/2025 "Approvazione del piano dei controlli e dei protocolli 2024-2026".

Tabella 19: Schema di programmazione attività di vigilanza 2025 UdO Sociali

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	VIGILANZA
MODALITÀ	Verifiche del possesso/mantenimento dei requisiti di autorizzazione effettuate in presenza e da remoto per la verifica documentale
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	25% per ogni tipologia di UdO 100% CPE in ordine all'attivazione di nuove unità di offerta sociali 100% segnalazioni da privati, Autorità, Comuni, Carabinieri Tutela della Salute.
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Applicativo SIGAUSS, database locale (anagrafica interna), verbali anno precedente
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	Temporalità per tipologia di UdO UdO risultate critiche nelle verifiche precedenti (over campione) UdO che nel corso del 2025 hanno presentato CPE
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Verbali in uso con relativa Check list per tipologia di unità di offerta Osservazione diretta
STRUMENTI OPERATIVI	Verbali e check list
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	équipe multiprofessionale composta da n. 1 Infermiere, n. 2 Assistenti Sociali, n. 2 Tecnici della Prevenzione e n. 1 Tecnico della Prevenzione a scavalco con altra SC Dipartimentale. L'equipe, a seconda della tipologia di UdO, sarà composta da minimo 2 operatori pertinenti alla tipologia di UdO
CRONOPROGRAMMA	Programmazione sopralluoghi settimanali da Gennaio a Dicembre

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

Tabella 20: Riepilogo campione di controllo di vigilanza 2026 UdO sociosanitarie

Tipologia UdO	n. Totale UdO	N. UdO campionate (25%)
ASILO NIDO	103	23
MICRONIDO	14	4
NIDO FAMIGLIA	11	2
CENTRO PRIMA INFANZIA	1	1
Subtotale	129	30
CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE (CAG)	2	1
COMUNITA FAMILIARE	7	2
COMUNITA EDUCATIVA	42	11
COMUNITA EDUCATIVA GENITORI E FIGLI	10	2
ALLOGGIO PER L'AUTONOMIA	20	5
ALLOGGIO PER L'AUTONOMIA GENITORE-FIGLI	11	4
ALLOGGIO PER L'AUTONOMIA DI TIPO EDUCATIVO	9	2
Subtotale	121	27
COMUNITA' ALLOGGIO DISABILI (CAH)	8	2
CENTRO SOCIO EDUCATIVO	4	1
SERVIZIO DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA PER PERSONE DISABILI (SFA)	4	1

Tipologia UdO	n. Totale UdO	N. UdO campionate (25%)
Subtotale	16	4
CENTRO DIURNO ANZIANI (CDA)	2	1
ALLOGGIO PROTETTO ANZIANI (APA)	22	6
COMUNITA ALLOGGIO SOCIALE ANZIANI (C.A.S.A.)	86	36
Subtotale	110	43
Totale	376	104

In applicazione delle indicazioni regionali, l'azione di controllo sulle Unità d'Offerta Sociali, anche per il 2026, verrà garantita come previsto per:

- 100% delle Comunicazione Preventive di Esercizio su richiesta dei Comuni;
- 25% delle strutture in esercizio a carattere non temporaneo (area prima infanzia, minori, disabili e anziani);
- strutture per le quali si riceve segnalazione o si verificano eventi straordinari.

Utilizzo delle risorse delle Funzioni trasferite

Con Decreto n. 17122 del 26/11/2025 "*Riparto tra ATS e Ambiti Territoriali del Fondo Regionale per l'anno 2025 per il finanziamento delle funzioni trasferite in materia di vigilanza e controllo per la verifica dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle strutture socioassistenziali. Impegno di spesa e contestuale liquidazione della somma complessiva di euro 1.248.900,00*", sono state assegnate ad ATS Pavia risorse pari a euro 47.587,00.

ATS Pavia ha provveduto ad assegnare la quota di euro 38.199,00 spettante agli Ambiti Territoriali con Decreto n. 957/DGi del 24/12/2025. La rendicontazione, riferita al 2025, dell'utilizzo delle risorse assegnate, verrà effettuata entro giugno 2026 da ATS dopo aver raccolto entro Aprile 2026 anche le relazioni degli ambiti.

Parte delle risorse assegnate ad ATS saranno utilizzate per supporto amministrativo e acquisto materiale informatico all'attività di 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.

Requisiti soggettivi di contrattualizzazione

Per l'anno 2026 è prevista la sottoscrizione della sola scheda budget per i contratti con gli Enti Gestori sanitari non essendo prevista la sottoscrizione giuridica del testo contrattuale e la sottoscrizione dei contratti con gli enti gestori sociosanitari, come previsto dalla DGR n. XII/5589/2025.

Per poter accedere alla contrattualizzazione il Gestore contraente accreditato deve essere in possesso di specifici requisiti soggettivi, da attestare con dichiarazioni sostitutiva, ex DPR 445/2000, da trasmettere ad ATS entro il mese di febbraio di ogni anno, così come specificato negli stessi format contrattuali adottati da Regione Lombardia.

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 sia piattaforme dedicate, sia acquisizione di certificati da parte della PA competenti.

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 sociosanitario. Sul sito dell'agenzia sono resi disponibili i modelli da produrre come autocertificazione e comunque vengono trasmessi annualmente agli erogatori interessati.

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

Tabella 21: n. degli Enti erogatori di diritto pubblico e privato

Area	NATURA GIURIDICA (Pubblico/Privato)	N° ENTI A CONTRATTO
Sanitaria	Pubblico	1
	Privato	27
Sociosanitaria	Pubblico	9
	Privato	85
Entrambi (Enti aventi strutture che erogano sia prestazioni sanitarie che sociosanitarie)	Pubblico	3
	Privato	9

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, tramite Sistema MASSIVE/CERPA (certificati pubbliche amministrazioni);
- Carichi pendenti e sanzioni amministrative tramite lettera ai Tribunali
- 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 2026 i controlli antimafia sono previsti su tutti gli enti erogatori privati sanitari e sociosanitari 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 sociosanitari 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 91333 del 15/12/2025 per gli Enti Sanitari e n 90960 del 15/12/2025 per gli Enti Socio Sanitari è stato trasmesso alle strutture il nuovo modello di dichiarazione, aggiornato con i nuovi riferimenti del codice appalti.

Moralità professionale dei legali rappresentanti

Nel 2026 proseguiranno i controlli per la quota pari al 50% degli enti sanitari e al 25% degli enti sociosanitari. Si evidenzia inoltre che, verrà richiesta la verifica tramite il portale Anagrafe delle Sanzioni Amministrative dipendenti da reato 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. Il nuovo DURC viene contestualmente caricato sul gestionale aziendale di verifica delle fatture per la contestuale visualizzazione alla S.C. Bilancio programmazione finanziaria e contabilità, unità competente per la liquidazione delle fatture.

Nel caso in cui il DURC presenti anomalie o non possa essere rilasciato dall'INPS/INAIL, per mancato versamento dei contributi, si procede a dare comunicazione all'S.C. Bilancio programmazione finanziaria e contabilità competente per procedere alla sospensione del pagamento alla struttura risultata irregolare. Si procede inoltre ad inviare una nota/comunicazione all'ente gestore, segnalando l'impossibilità di procedere al pagamento della fattura richiesta a causa di DURC irregolare, chiedendo di provvedere, 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 (procedura del "sostituto di imposta").

Per il 2026 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 da effettuarsi entro il 31/12/2026:

- 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 o soggetti di unità d'offerta con capacità ricettiva pari o superiore agli 80 posti letto – controllo su tutti gli enti aventi diritto;
- b) Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.): controllo ricezione documentazione e assenza di criticità nella regolarità e continuità gestionale, del 100% degli enti contrattualizzati con fatturato > 800.000 euro o soggetti di unità d'offerta con capacità ricettiva pari o superiore agli 80 posti letto – controllo su tutti gli enti aventi diritto. Si precisa che verrà effettuato il controllo sul 15% di tutti gli enti a contratto per la verifica iscrizione al registro revisori MEF dei revisori dichiarati;
- 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" controllo sul 50% degli enti sanitari e 25% degli enti sociosanitari;
- d) Regolarità contributiva di imposte, tasse (art. 94, comma 6 del d.lgs. 36/2023): richiesta certificato all'Agenzia Entrate controllo sul 50% degli enti sanitari e 25% degli enti sociosanitari;
- e) Obblighi in materia di sanzioni amministrative e carichi pendenti dipendenti da reato (art. 94 comma 5, lett. A del d.lgs. 36/2023) per gli enti gestori istanza, su apposita modulistica, alla Procura della Repubblica del Tribunale di competenza dell'ATS di Pavia del certificato delle sanzioni amm.ve dipendenti da reato;
- f) Rispetto degli obblighi di trasparenza (d.lgs. n. 33/2013): controllo sull'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 a 500.000 euro e che svolgono funzioni amministrative, erogano servizi pubblici, oltre agli enti con un bilancio inferiore ai 500.000 euro,

che svolgono attività di produzione di beni e servizi a favore di pubbliche amministrazioni (Enti Privati). Nel corso dell'anno 2026 proseguirà l'attività di controllo per l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione su tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie a contratto con l'ATS di Pavia.

Di seguito si riportano i documenti 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 al Tribunale di residenza del soggetto (per gli enti sanitari per una quota pari al 50% e sociosanitari per una quota pari al 25%).
- 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 2026 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 riferito all'anno precedente. Non è possibile effettuare una verifica attiva di questo requisito se non accedendo a banche dati (protette da specifiche normative) che potrebbero far emergere tale tipo di incompatibilità.

Tabella 22: Destinatario del controllo contratti: Enti Sanitari e Socio Sanitari

ATTIVITA' DI CONTROLLO	AZIONE DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO	INDICATORI PROPOSTI controlli da effettuarsi nell'anno 2026	
			Sanitari	Sociosanitari
REQUISITI DI ACCESSO ALLA CONTRATTUALIZZAZIONE	Adozione del codice etico comportamentale e corretta applicazione del modello di organizzazione e gestione (D.lgs. 231/2001)	Soggetti privati accreditati che sono nelle condizioni di accedere ad accordi contrattuali o a finanziamenti per prestazioni rese per il Servizio Sanitario Regionale di valore pari o superiore a 800.000 € per anno Il soggetto gestore di unità d'offerta con capacità ricettiva pari o superiore agli 80 posti letto, o di unità di offerta che abbiano una capacità contrattuale complessiva in ambito sociosanitario pari o superiore a € 800.000 annui a carico del Fondo Sanitario Regionale lombardo.	22	59
	Regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità dell'ente (art. 2409 c.c.)		22	59
	Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze penali di condanna (art. 94, comma 1 del d.lgs. 36/2023)	Per tutti gli erogatori e/o gestori di UdO: Legale rappresentante Soggetti indicati nell'art. 94 comma 3 del D.lgs. 36/2023 Per tutti gli erogatori e/o gestori di UdO: Legale rappresentante Soggetti comma 3 del D.lgs. 50/2016 (diversi a seconda della natura giuridica dell'ente e compresi i soggetti cessati dalla carica nell'anno precedente)	22	28
	Acquisizione Certificazione antimafia	Secondo le indicazioni di cui al D.lgs 159/2011 e al D.lgs 36/2023 </ 150.000 € nessuna documentazione > 150.000 € e < 221.000 € comunicazione antimafia > 221.000 € informazione antimafia	5 2 36	7 1 84
	Regolarità contributiva di imposte tasse e contributi previdenziali	Per tutti gli erogatori e/o gestori di UdO	43	112

ATTIVITA' DI CONTROLLO	AZIONE DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO	INDICATORI PROPOSTI controlli da effettuarsi nell'anno 2026	
			Sanitari	Sociosanitari
	Assolvimento obblighi in materia di sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato	Per tutti gli erogatori e/o gestori di UdO	43	112
	Rispetto obblighi di trasparenza (d.lsg 33/2013)	Erogatori privati con bilancio >500.000 €	31	61
	Incompatibilità del personale, in caso di Pantouflage (L. 190/2012)	Per tutti gli erogatori e/o gestori di UdO	v. nota	v. nota
	Ulteriori requisiti	Per tutti gli erogatori e/o gestori di UdO	7	17

Metodologia di campionamento

Considerando il numero complessivo degli enti gestori da verificare (accreditati per l'area sociosanitaria e solo contrattualizzati per l'area sanitaria) si effettua il calcolo del numero corrispondente alla percentuale da verificare (arrotondato per eccesso all'unità) secondo quanto previsto dalle singole voci della tabella 22 - colonna "Indicatori proposti".

Dall'elenco generale dei soggetti da sottoporre a controllo, si escludono quelli campionati e verificati nell'anno precedente. Dalla lista degli enti rimanenti si procede a verificare il numero dei soggetti pari a quello ottenuto dal calcolo sopra specificato, adottando il criterio dell'ordine alfabetico, fino al raggiungimento dello stesso.

Controlli di appropriatezza

Appropriatezza sui ricoveri

Contesto di riferimento

Le strutture sanitarie di ricovero e cura del territorio dell'ATS Pavia accreditate per il SSN sono in totale 16, appartenenti a due Enti erogatori pubblici e a 5 erogatori di diritto privato, che nel corso del 2025 hanno prodotto un totale di 82.909 prestazioni (dato non definitivo) come rappresentato nella tabella seguente:

Tabella 23: Attività di ricovero 2025 (finanziamento F-E)

Codice Struttura	Descrizione Struttura	RO	DH	Totale
030190	S.O. Casorate Primo	479	0	479
030191	S.O. Mede	912	0	912
030192	S.O. Varzi	798	0	798
030193	S.O. Vigevano	5.570	1.050	6.620
030194	S.O. Voghera	6.782	1.237	8.019
030203	S.O. Mortara	1.292	508	1.800
030383	S.O. Broni-Stradella	1.513	818	2.331
030197	Casa di Cura "Villa Esperia"	1.354	113	1.467
030198	Istituto Clinico "Beato Matteo"	4.553	908	5.461
030202	Istituto Clinico "Città di Pavia"	3.177	1.188	4.365
030201	Casa di Cura "La Cittadella Sociale"	328	1.297	1.625
030924	Policlinico San Matteo	28.077	5.980	34.057
030939	Fondazione "C. Mondino"	3.889	144	4.033
030416	Fondazione "S. Maugeri" via Boezio	233	0	233
030938	Fondazione "S. Maugeri" Pavia	5.975	2.949	8.924
030940	Fondazione "S. Maugeri" Montescano	1.785	0	1.785
Totale		66.717	16.192	82.909

L'attività di controllo per l'esercizio 2025 ha avuto come obiettivo quantitativo atteso complessivo almeno 10.466 episodi di ricovero pari al 12,5% della produzione dell'annualità 2024 cioè 83.724 ricoveri.

Il controllo secondo la modalità mirata, con verifica di congruenza della codifica della SDO e della appropriatezza generica, ha riguardato, in generale, le prestazioni segnalate dai provvedimenti regionali e le tipologie e gli esiti dei controlli svolti negli anni precedenti. Si tratta in quest'ultimo caso di diverse tipologie che sono andate strutturandosi nel tempo, mediante valutazioni sull'attività locale e che attualmente costituiscono la quota prevalente di controllo mirato.

Tabella 24: DRG contemporaneamente più frequenti e maggiormente modificati nel 2025

DRG	Descrizione	Attività 2024	SDO controllate	A	B	D	E	F	K	M	X	Tot. SDO modificate
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	1248	51	47		2	1	1				4
288	Interventi per obesità	862	91	80			2			8	1	11
266	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere senza CC	802	57	53			2			1	1	4
576	Setticemia senza ventilazione meccanica per 96 ore o più, età>17 anni	734	18	15			1				2	3

DRG	Descrizione	Attività 2024	SDO controllate	A	B	D	E	F	K	M	X	Tot. SDO modificate
149	interventi maggiori su intestino crasso e tenue, senza CC	711	85	80			3				2	5
320	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	440	45	40			2				3	5
347M	T.M. app. riproduttivo maschile senza CC + intervento 6011 (agobiopsia prostata) + Tipo Tar. SDO = "M" (spec. Mapping prostatico)	383	76	65			11					11
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	257	25	20		2	3					5
172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente, con CC	241	27	23		1	3					4
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	147	18	15			3					3
011	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	139	21	17		3	1					4
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	135	27	23			3				1	4
423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	91	38	27			9			1	1	11
064	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	82	15	9		1	4	1				6
417	Setticemia, età < 18 anni	30	6	1							5	5
420	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	24	12	8			4					4
546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	16	7	3			4					4
		6342	619	526	0	9	56	2	0	10	16	93

La costruzione del campione mirato segue alcuni passaggi fondamentali:

- analisi dell'attività delle strutture relativamente alla produzione dell'anno precedente. In particolare, viene analizzata la distribuzione percentuale di tutti i DRG prodotti. Questo parametro è utile ad identificare le aree di maggiore/minore impegno delle singole strutture e ad evidenziare eventuali anomalie e/o attività non coerenti con gli assetti accreditati nonché l'individuazione di andamenti che indichino la possibile presenza di fenomeni distorsivi;
- monitoraggio dei 108 DRG ad elevato rischio di appropriatezza;
- Individuazione DRG ad alto costo.

Programmazione annuale

La DGR XII/ 5589 del 30/12/2025 indica che le ATS svolgano il campionamento e il controllo delle SDO come stabilito dalle regole di sistema (6% mirato di congruenza, 3,5% autocontrollo di congruenza, 3% autocontrollo di qualità) ed inoltre, come previsto dal Decreto-legge 25 giugno 2008 n. 112, si proceda all'interno del 12,5% dei controlli sui ricoveri, al controllo del 10% delle SDO riferibili al singolo anno solare di produzione per Ente erogatore, come registrato nel flusso HSP 11.

Controlli ricoveri ospedalieri

L'esercizio di controllo terrà conto di effettuare durante l'anno almeno due visite presso ogni struttura ospedaliera, con le seguenti indicazioni principali:

- svolgere il controllo di congruenza sulla annualità 2025,
- procedere con la verifica di concordanza per l'annualità 2026 sugli autocontrolli di congruenza e di qualità documentale, quest'ultimo nel 2026 rispettando l'Appendice 11 della DGR 5589/2025 (Aggiornamento della DGR n. 621/2010).

A seguito della verifica sulla numerosità dei controlli effettuati in due Strutture riabilitative nel 2024, è emerso che a seguito delle disposizioni regionali del periodo, riguardanti l'introduzione della SDO-R, il controllo delle cartelle cliniche dei dimessi 2024, è rimasto inferiore al 10% quale indicazione ministeriale, si procederà pertanto a regolarizzare il debito previsto nei primi mesi del 2026.

Si riporta nelle tabelle seguenti la programmazione dei controlli:

Tabella 25: attività di controllo NOC Ricoveri (vengono indicate quantità e percentuali provvisorie, chiusura definitiva rilevazione flusso SDO e trasmissione correzioni ancora in corso).

328-ATS DI PAVIA	Ricoveri 2025 (provvisorio)	Atteso controllo ricoveri 12,5% (provvisorio)	Atteso congruenza mirata 6% (provvisorio)	Atteso autocontrollo congruenza 3,5% (provvisorio)	Atteso qualità documentale 3% (provvisorio)
	82.909	10.364	4.975	2.902	2.487

Tabella 26: Programmazione attività di controllo Ricoveri

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	82.909 cartelle cliniche (dato provvisorio calcolato sulla produzione 2025– 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 2026, potrebbe riguardare rispettivamente fino a 2.968 cartelle cliniche per l'autocontrollo di congruenza e fino a 2.544 cartelle cliniche per la qualità documentale
FLUSSI O BASI DATI	flussi SDO anni 2024, 2025, 2026 (qualità documentale: gennaio-marzo; autocontrollo congruenza: gennaio-aprile)
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	- o quota di almeno il 6% in modalità mirata per i controlli di congruenza ed appropriatezza generica sulle prestazioni di ricovero (1); - o 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; - o 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	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 e s.m.i.) per la verifica dell'autocontrollo di qualità documentale, software dedicato.
COMPOSIZIONE ÉQUIPE	2 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	gennaio - dicembre 2026: controllo di congruenza e appropriatezza generica anno

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	2025; luglio – dicembre 2026: verifica autocontrollo di congruenza e autocontrollo di qualità documentale anno 2026.

I criteri di campionamento per la costruzione dei campioni saranno sia le tipologie di campione (ex fattispecie) da “1” a “7” così come declinate nella DGR 12692/2003 e gli indicatori regionali (DGR XI/2633 del 06/12/2011), sia la tipologia “8” per l’area di interesse locale (campione mirato).

In merito all’ultimo punto si precisa che, come indicato nella DGR 5589/2025, a decorrere dal 1° gennaio 2026, la tipologia di campione 8 “Interesse locale” sarà articolata in subcampioni e relativi sub-codici (Appendice 12: Criteri 2026 sub-codici tipo campione 8). Ciò permetterà uniformità e maggiore dettaglio nella classificazione dei controlli di congruenza e appropriatezza generica sulle prestazioni di ricovero selezionate con modalità di campionamento mirato.

Si riportano di seguito i criteri e i sub-codici del campione 8

Tabella 27: Criteri 2026 sub-codici tipo campione 8

Tipo campo	Sub codice	Descrizione sub codice
8	001	Ricoveri ripetuti non tipo 1
8	002	DRG complicati non tipo 2
8	003	DRG Anomalo non tipo 3
8	004	DRG medici brevi non tipo 4
8	005	DH diagnostici, con 0/1 procedure non tipo 5
8	006	DRG chirurgici brevi
8	007	DRG ad alto rischio inappropriatezza
8	008	DRG chemioterapia
8	009	IMA
8	010	Madre nutrice
8	011	DRG ginecologia
8	012	Parti
8	013	Neonati patologici
8	014	DRG mammella
8	015	Neoplasie
8	016	Sepsi/Setticemie
8	017	DRG dermatologici non tipo D
8	018	Ustioni
8	019	Innesti cutanei
8	020	Subacuti
8	021	Ricoveri rinviati
8	022	Procedure BIC
8	023	Endoprotesi
8	024	Artrodesi
8	025	DRG altamente remunerativi
8	026	Stroke
8	027	Riabilitazione non tipo 6 o 7
8	028	Chirurgia bariatrica
8	029	Chirurgia post bariatrica
8	030	Trasferimenti intra-Ente
8	031	PMA
8	032	PTCA
8	033	Psichiatria
8	034	DRG 407 e 408
8	035	Insufficienza respiratoria in DP
8	036	Chirurgia estetica
8	037	Odontostomatologia
8	038	Chirurgia toracica
8	039	Chirurgia robotica
8	040	Appropriatezza del setting assistenziale del DH e del DS

8 041 Indicatori DRG ACSS
8 042 Pompa coassiale
8 100 Altre Aree di interesse locale

I criteri saranno applicati rispettando sia la tipologia di ricovero prodotta dalla Struttura ospedaliera, sia gli esiti dei controlli degli anni precedenti, in particolare verranno presi in considerazione le tipologie di ricovero le cui SDO sono state oggetto di correzione da parte del NOC per errata rappresentazione del ricovero o vi sia stata una decurtazione delle giornate di ricovero.

Nelle SDO dei ricoveri si valuterà inoltre:

- in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR n. XII/3720 del 30/12/2024, nei casi in cui la compilazione del modulo di "Valutazione di pazienti con stenosi valvolare aortica candidati ad impianto di bioprotesi valvolare aortica trans-catetere – TAVI" sia assente o incompleta per la mancanza della sottoscrizione di tutti i componenti dell'Heart Team o per la mancanza della data della sottoscrizione o per la mancanza del parere all'esecuzione di impianto di valvola aortica trans-catetere, si applicherà un abbattimento del 20% della remunerazione del DRG relativo (Decreto n. 9775 del 09/07/2025). Tale attività sarà condotta in riferimento alle verifiche di qualità documentale svolte in autocontrollo da parte degli erogatori e sottoposte a verifica di concordanza da parte delle ATS, l'abbattimento del 20% della remunerazione del DRG relativo, riferito ai casi di non corretta compilazione del predetto modulo come sopra descritti, sarà applicato dal 1° gennaio 2026;
- la presenza della scheda dello screening nutrizionale (DGR XII/3720 del 30/12/2024) compilata per ogni nuovo ingresso, nei casi in cui la compilazione della scheda di screening nutrizionale risulti assente o incompleta per mancanza di firma del compilatore e/o della data di compilazione, si applicherà un abbattimento del 20% della remunerazione del DRG relativo (DGR XII/ 4437 del 26/05/2025).

Controlli specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale

In continuità con le indicazioni fornite dalla DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 - DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2025, il NOC di ATS Pavia avvierà i controlli sulla specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale attenendosi alle regole di sistema in merito, fatte salve diverse indicazioni di Regione Lombardia e/o DGW.

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

Cabina di Regia per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie

La Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia n. XII/5611 (del 12 gennaio 2026) ha istituito una "Cabina di Regia permanente sulle liste di attesa" per la gestione e il monitoraggio degli interventi per il contenimento delle liste di attesa nel sistema sanitario regionale.

La Cabina di Regia svolge funzioni di indirizzo, coordinamento strategico e monitoraggio avanzato:

- utilizzando in modo integrato i dati dei tempi di attesa, delle classi di priorità e dell'offerta disponibile, anche attraverso strumenti digitali regionali di monitoraggio e controllo in fase di implementazione;
- individuando le priorità per l'utilizzo delle risorse aggiuntive, a disposizione della Direzione Generale Welfare su apposito capitolo di bilancio, di cui all'art. 3, comma 4-ter del decreto-legge 156/2025, garantendo la verifica del rispetto dei requisiti e dei limiti di spesa, la cui assegnazione sarà effettuata con successivi decreti da parte della Direzione Generale Welfare;
- formulando indirizzi e priorità per l'impiego delle risorse finanziarie disponibili, ai sensi della normativa nazionale vigente, con particolare riferimento alle prestazioni aggiuntive e alle politiche di reclutamento del personale sanitario ai sensi dell'art. 1, commi 361 e 362 della L. 199/2025;
- supportando la Direzione Generale Welfare nella valutazione dell'opportunità di attivare, in modo selettivo e mirato, interventi di intensificazione delle prestazioni aggiuntive o di assunzione di personale sanitario, nel rispetto delle condizioni, dei limiti e delle finalità previste dalle disposizioni statali richiamate.

Le decisioni assunte dalla Cabina di Regia si traducono in indicazioni operative vincolanti per gli enti del SSR da parte del Direttore Generale Welfare.

Inoltre, la Cabina di Regia, nell'ambito delle proprie funzioni di governance strategica, utilizza i suddetti strumenti digitali regionali di monitoraggio e controllo del CUP quale strumento di supporto alle decisioni, al fine di:

- orientare in modo coerente e basato su evidenze gli indirizzi regionali sulla programmazione dell'offerta;
- favorire l'allocazione efficiente delle risorse disponibili, nel rispetto dei vincoli normativi e programmatici;
- supportare la Direzione Generale Welfare, nell'allocazione delle risorse finalizzate all'abbattimento delle liste di attesa, nei limiti e secondo le modalità previste dalla normativa vigente e dalla legge di bilancio 2026 e dal D.L. n. 156/2025, assicurandone l'impiego mirato sulle aree di maggiore criticità rilevate.

L'ATS Pavia coopera in raccordo con la Cabina di Regia regionale garantendo:

- tempestiva disponibilità dei dati richiesti;
- partecipazione ai flussi di monitoraggio integrato;
- applicazione delle indicazioni operative vincolanti, emanate dal Direttore Generale Welfare;
- allineamento tra controlli territoriali e indirizzi regionali.

Nell'ambito della Cabina di Regia, il Referente Aziendale per i Tempi di Attesa di ATS Pavia svolge il ruolo di referente per la Macroarea Ovest – ATS Pavia e per la Macroarea Est – ATS Val Padana e ATS Montagna con funzione di valutazione dell'offerta e rapporto con gli Erogatori Privati.

Tale funzione comporta il presidio della valutazione dell'offerta sanitaria, monitoraggio degli erogatori pubblici e privati e raccordo sistematico tra livello territoriale e indirizzo regionale.

La sezione Tempi di Attesa del Piano Controlli 2026 configura un sistema strutturato, permanente e integrato di controllo e monitoraggio, finalizzato a garantire trasparenza, appropriatezza e accessibilità delle prestazioni sanitarie per i cittadini del territorio pavese, in coerenza con la governance regionale multilivello.

Specialistica ambulatoriale e Ricoveri

Per tale ambito si richiama il punto 2 della DGR 5589/2025 "Monitoraggio delle liste di attesa".

Monitoraggio comportamenti prescrittivi e verifica dell'appropriatezza della attribuzione delle classi di priorità

In linea con il percorso avviato nell'ultimo quadrimestre del 2025, ATS di Pavia proseguirà l'attività di monitoraggio dei comportamenti prescrittivi dei Medici Specialisti delle Strutture Pubbliche e Private

Accreditate e a Contratto. Per tale tipologia di attività sarà utilizzata dashboard dedicata disponibile sul portale Tableau Server di Regione Lombardia.

Le prescrizioni saranno monitorate considerando:

- La numerosità netta delle prescrizioni eseguite dagli specialisti;
- La percentuale di attribuzione delle classi di priorità per le diverse prescrizioni, con particolare attenzione all'eventuale presenza di attribuzione di classi di priorità per le quali non sono previste indicazioni cliniche da Manuale RAO.

Tabella 29: Schema di programmazione attività di monitoraggio comportamenti prescrittivi

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Comportamenti Prescrittivi Medici Specialisti delle Strutture Pubbliche e Private Accreditate e a Contratto
MODALITÀ	Monitoraggio da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	2
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Tableau Server – Dashboard Comportamenti Prescrittivi
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	100% delle Strutture Pubbliche e Private Accreditate e a Contratto
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Analisi dei dati aggregati, trasmissione dei risultati agli enti di competenza, richiesta di analisi della appropriatezza prescrittiva e riscontro sulle azioni correttive poste in essere.
STRUMENTI OPERATIVI	Report e file in formato xls
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	Gruppo di lavoro Dirigenti medici, Dirigenti sanitari, infermieri, amministrativi
CRONOPROGRAMMA	Marzo-Dicembre

Appropriatezza in ambito sociosanitario

In linea con le indicazioni della DGR XII/5589/2025 “*Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine degli obiettivi delle Agenzie Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) anno 2026*”, e della DGR XII/5366/2025 “*Approvazione del piano dei controlli e dei protocolli 2024-2026*”, sarà garantito il controllo di appropriatezza di almeno il 33% delle UdO attive nel territorio ATS:

- sulle medesime strutture individuate per il controllo di vigilanza;
- straordinaria su tutte le segnalazioni;
- delle sperimentazioni sociosanitarie del territorio di ATS: “Progetto Ambulatorio di riabilitazione neuro psicomotoria dell'età evolutiva”, “Progetto Apprendimeglio”, “Progetto Centro Diurno per persone con autismo”, Case Management per persone con l'autismo.
- della presa in carico di nuovi ospiti in stato vegetativo nelle UdO sociosanitarie;
- delle misure in atto: Misura RSA aperta, Misura Residenzialità assistita; Voucher autismo e Voucher sociosanitario misura B1.

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). Inoltre verrà garantita la verifica di appropriatezza nell'ambito della valutazione delle condizioni cliniche ed assistenziali dell'ospite operata da RSD e CSS in relazione agli indicatori ICA).

Tabella 30: Schema di programmazione attività di controllo appropriatezza sociosanitaria

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Appropriatezza
MODALITÀ	Verifica in presenza indicatori DGR n. 1765/2014
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	33% per ogni tipologia di UdO campionata per la vigilanza; nel campione sono ricomprese le misure (RSA Aperta, Residenzialità Assistita, Voucher Autismo e Voucher Sociosanitario misura B1) e le sperimentazioni
FLUSSI O BASEDATI UTILIZZATI	SOSIA, SIDIWEB, CDI, SDOFAM, CONS, RIA FAM, FLUSSO CP
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	10% regime residenziale e semiresidenziale e 2,5 % regime domiciliare ed ambulatoriale. 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)
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Checklist regionale per tipologia di UdO Osservazione diretta
STRUMENTI OPERATIVI	Verbali e Check list
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	Equipe multiprofessionale (stessa equipe che si occupa anche della vigilanza) composta da n. 1 Infermiere, n. 1 Educatore Professionale Sociosanitario, n. 1 Dirigente Professioni Sanitarie (area infermieristica), n. 1 Dirigente Medico. A seconda della tipologia di UdO e a seconda della disponibilità l'equipe sarà composta da minimo 2 operatori
CRONOPROGRAMMA	Marzo – Dicembre con programmazione settimanale dei sopralluoghi

Le percentuali di campionamento sono il 10% dei Fasas per il regime residenziale e semiresidenziale e 2,5% per il regime ambulatoriale e domiciliare. 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 (DGR n. 5589/2025 Allegato A punto 8.6).

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

Continuerà anche per il 2026, 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, trasmesse dalla DG Welfare (prot. ATS n. 3020 del 17/01/2025).

Per gli Ospedali di Comunità verranno utilizzati, per il controllo di appropriatezza, gli indicatori specificati nell'**Appendice 1** della sopra citata DGR per le prese in carico iniziate nell'anno 2026.

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

Tabella 31: Riepilogo campione di controllo di appropriatezza 2026 UdO sociosanitarie

TIPOLOGIA UDO	N. UDO CAMPIONATE	N. TOTALE UTENTI	N. FASAS CAMPIONATI
RSA	29	2647	265
RSD	4	131	14
CDI	9	327	35
CDD	6	168	17
CSS	4	43	12
DIP COM	5	151	16
CSGM	1	13	3
HOSPICE	2	307	31
UOCP	1	96	10
CURE INTERMEDIE	1	1057	30
CONS. FAM.	5	3412	85
RIA AMB/CDC/DOM	1	1026	26
RIA MINORI	1	355	9
SERD	2	402	10
OSPEDALE DI COMUNITÀ	1	115	12
C-DOM	10	2701	79
UCP DOM	4	131	8
PROGETTI SPERIMENTALI	4	450	16
RSA APERTA	9	443	27
RESIDENZIALITA ASSISTITA	2	22	4
VOUCHER AUTISMO	3	38	12
VOUCHER SOCIO SANITARIO MISURA B1	5	121	15
TOTALE	108	14156	736

Inoltre nel corso dell'anno si procederà ad implementare quanto previsto dalla DGR n. 5665 del 26/01/2026 *“Attuazione del secondo livello di complessità assistenziale nell'ambito delle RSD (ICA 2 – RSD) in ordine alla DGR n. 1513 del 13/12/2023 e alla DGR n. 2229 del 22/04/2024”*.

Nel corso del 2026 si procederà con l'accompagnamento degli enti gestori alla corretta applicazione dei principi e delle modalità previste dalla sopracitata DGR. Entro l'anno verranno verificati gli ospiti che saranno inseriti dal 1° marzo 2026 in poi (già individuati ICA 2 – RSD nella fase iniziale in SIDIWEB) e dal 1° aprile 2026 verranno verificati i nuovi ospiti riconosciuti ICA 2 – RSD. Il controllo di appropriatezza verrà effettuato utilizzando il modello di verbale e di check list elaborata dal tavolo regionale a cui partecipano i rappresentanti delle ATS.

Il controllo si svilupperà in due fasi:

1 – Coerenza “valutazione ICA 2 RSD” con quanto rilevato nei FASAS i cui esiti devono essere dettagliati per

ogni fasas con le eventuali indicazioni di item da modificare;

2 – Conformità del FASAS rispetto a quanto previsto dalla DGR 5665/2026, utilizzando la scheda Excel che dovrà essere compilata per ciascuna persona con riconoscimento ICA 2 RSD da monitorare.

Continua la stretta collaborazione con il Dipartimento PIPSS sui Progetti Sperimentali e sulle verifiche relative ai Voucher Autismo e voucher sociosanitari Misura B1.

Nello specifico il Dipartimento PIPSS collabora con la SS Vigilanza sociosanitaria e sociale del PAAPSS fornendo annualmente i codici fiscali per il campionamento volto alla verifica di appropriatezza da effettuare nonché segnalando eventuali criticità riscontrate al fine di gestione integrata.

In merito al voucher sociosanitario misura B1 sono inoltre stati avviati degli incontri di confronto tra gli operatori del Dipartimento PIPSS, quelli della SS Vigilanza sociosanitaria e sociale del PAAPSS e della SS Presa in carico Fragilità e Disabilità di ASST Pavia. Gli incontri hanno la finalità di condividere le difficoltà emerse durante il controllo sia ad individuare azioni correttive e di miglioramento.

Relativamente alle sperimentazioni sociosanitarie riferite alle aree "Riabilitazione minori" e "Case-management" il controllo viene effettuato ogni anno tramite visita congiunta tra operatori della SS Vigilanza sociosanitaria e sociale del PAAPSS, che svolgono i controlli di appropriatezza, e un operatore del Dipartimento PIPSS, il quale verifica la parte economica relativa alle spese sostenute dai singoli Enti.

Appropriatezza Salute mentale e delle dipendenze

In riferimento all'area della Psichiatria adulti e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), in continuità con gli anni precedenti il Dipartimento PIPSS prosegue l'attività di valutazione di appropriatezza delle proposte di inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali sia in regime di 43- SAN, sia 46-SAN, monitorando anche l'andamento della spesa rispetto al budget assegnato annualmente per tali interventi.

La documentazione riferita alle richieste di inserimento in regime di 43- SAN pervenuta dall'ASST di Pavia viene verificata al 100% tramite il processo autorizzativo di inserimento in struttura, così come da procedura condivisa con il DSMD di ASST di Pavia e in aderenza alle DGR n. XI/6387/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022", DGR n. XI/7758/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023", DGR n. XII/1827/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2024", DGR n. XII/2966/2024 "Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2024" e alla Nota R.L. prot. G1.2025.008845 del 13/05/2025.

In particolare, al fine di favorire la presa in carico individuale coerente con i bisogni rilevati, prosegue anche nel 2026 l'attività di rivalutazione periodica (semestrale circa) e di monitoraggio degli utenti in 43 SAN, con l'intento di favorirne il rientro nel territorio di origine.

Al fine di garantire il monitoraggio dei costi vengono verificati mensilmente i flussi relativi alle giornate di ricovero in strutture residenziali e semiresidenziali in regime di 43 SAN della Psichiatria e NPIA mantenendo aggiornato il dato relativo alla spesa sostenuta da ATS ai fini del caricamento corretto del flusso su SMAF

Attraverso i flussi 46-SAN viene effettuata trimestralmente la verifica dei tempi di permanenza nelle strutture residenziali di Psichiatria e NPIA e del livello di intensità riabilitativa erogato.

Tabella 32: Schema di programmazione verifica di appropriatezza Area salute mentale

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Verifica appropriatezza Area salute mentale
MODALITÀ	- 43/san: verifica da remoto della documentazione prodotta da ASST per la richiesta di inserimento dell'ospite in struttura residenziale e semiresidenziale fuori regione; - 43/san e 46/san: verifica di congruenza dei dati inseriti nei flussi informativi
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	- 100 % delle richieste di inserimento pervenute da ASST - 100% dei record dei flussi informativi
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	flussi 43 san e 46 san
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	100%
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	43 san: verifica mensile dei flussi relativi alla spesa sostenuta da ATS per i ricoveri in strutture residenziali e semiresidenziali in regime 43 san (n. di giornate di ricovero inserite nelle fatture confrontate con report presenze dell'ospite trasmessi dagli Enti gestori di ciascuna struttura); 46 san: verifica trimestrale dei tempi di permanenza e dei livelli di intensità riabilitativa erogati
STRUMENTI OPERATIVI	Procedura Aziendale condivisa con il DSMD di ASST Format excel ATS-Dip. PIPSS di esito dei controlli effettuati
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	1 medico, 1 assistente sociale, 1 infermiere, 1 informatico
CRONOPROGRAMMA	Gennaio - Dicembre

Nell'ambito dei controlli NOC dei ricoveri ospedalieri vengono valutati anche la congruenza e appropriatezza generica dei ricoveri di SPDC e NPIA.

La numerosità dei controlli di appropriatezza dei SERT sono riportati nella tabella 30.

Assistenza farmaceutica e protesica

Farmaceutica

Contesto di riferimento

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;
 - 106 sono le farmacie rurali (meno di 5.000 abitanti) mentre le restanti 100 sono classificate come "urbane";
 - 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.

L'offerta farmaceutica del territorio si amplia grazie alle strutture di ricovero e cura che garantiscono l'erogazione di farmaci tramite File F, che rappresenta il tracciato record dei farmaci ospedalieri erogati/somministrati in ospedale o in dimissione. 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.

Nel territorio provinciale sono inoltre presenti 90 RSA e 10 RSD presso le quali vengono effettuati affidi di stupefacenti.

Oltre all'erogazione dei farmaci, sul territorio è garantita, a carico del SSR, anche l'erogazione di alimenti senza glutine per pazienti affetti da celiachia, tramite 48 fornitori tra negozi specializzati e GDO.

Programmazione annuale

Vigilanza:

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 2026 è prevista l'attività di vigilanza come dettagliato in tabella:

Tabella 33: Area di Controllo: Vigilanza Farmaceutica

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	70 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 online	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 online non autorizzata	1 farmacista 1 amministrativo	Annuale
Vigilanza ispettiva preventiva (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 affidamento sostanze stupefacenti a RSA e Strutture ospedaliere	In loco	Strutture che hanno fatto richiesta nei 12 mesi precedenti	Istanze registrate al protocollo di ATS	100% delle strutture che presentano domanda nei 12 mesi precedenti	Verbale di affidamento ATS	1 farmacista 1 amministrativo	Annuale

Tabella 34: Area di Controllo: riepilogo soggetti ispezionati

DESTINATARI CONTROLLO	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Farmacie/dispensari	64	5	11	53	98	90	82
Depositi	/	/	2	/	1	2	
Grossisti	/	/	3	/	1		2

Appropriatezza prescrittiva e Piani terapeutici

La programmazione dell'attività prevede l'analisi della spesa farmaceutica territoriale, con identificazione delle classi ATC a maggiore impatto economico (picchi prescrittivi), nonché il monitoraggio dei consumi dei farmaci biosimilari. L'analisi dei dati consente, da un lato, l'elaborazione di report periodici con trasmissione ai MAP/PLS; dall'altro, l'approfondimento degli scostamenti prescrittivi, in collaborazione con la S.C. Epidemiologia e il Dipartimento Cure Primarie di ASST Pavia, con individuazione di eventuali medici iperprescrittori e pubblicazione delle schede medico, finalizzate al riallineamento verso un percorso prescrittivo appropriato e congruo. Verrà inoltre garantita la continuità dei controlli sulle prescrizioni di farmaci a rischio di abuso, spaccio o utilizzo non terapeutico, anche attraverso la collaborazione con i NAS.

Prosegue per l'annualità 2026 il monitoraggio dell'utilizzo appropriato degli antibiotici da parte dei MAP, secondo la classificazione AWaRe definita da AIFA.

Tabella 35: Area di Controllo: Appropriatezza Prescrittiva e Monitoraggio Piani terapeutici

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
Medicinali biologici e relative biosimilari	Da remoto	Report trimestrale	Flussi farmaceutici (FUR e Consolidato) DWH Farmavision	Prescrizioni effettuate da medici afferenti ad ATS Pavia. ATC B01AB05 enoxaparina M05BX04 Denosumab	redazione di report da condividere con ASST con le percentuali di utilizzo di biosimilari.	1 farmacista	Annuale
Farmaci di cui alle note AIFA a maggior induzione sul territorio	Da remoto	analisi semestrale	Flussi farmaceutici (FUR e Consolidato) DWH Farmavision	Farmaci GLP1 e doppi agonisti GIP/GLP1. Prescrizioni effettuate da medici afferenti ad ATS Pavia	Analisi per la verifica dei criteri di rimborsabilità (scheda nota 100) e	1 farmacista	Annuale
Utilizzo delle ricette dematerializzate	Da remoto	Report trimestrale	DWH Farmavision Portale TS	ATC B01AB05 enoxaparina M05BX04 Denosumab Farmaci GLP1 e doppi agonisti GIP/GLP1	Analisi delle prescrizioni da parte di MAP/PLS e strutture di ATS Pavia condivisione dei report	1 farmacista	Annuale
Monitoraggio pt online vs cartaceo	Da remoto	Pt cartacei ricevuti	Piattaforma PT online	Tutti i PT cartacei ricevuti	Analisi semestrale dei pt cartacei e segnalazione alle strutture coinvolte	1 farmacista 1 amministrativo	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, inclusi farmaci A/PHT farmaci brevetto scaduto	1 farmacista	Annuale
Analisi degli scostamenti prescrittivi di MAP/PLS	Da remoto	Report semestrale	DWH	Tutti gli indicatori scheda medico per 100% MAP e 100% PLS che include Omega 3, PPI, antibiotici accesi, betabloccanti, BPCO	Analisi su indicatori di prescrizione ed identificazione dei medici iperprescrittori	1 farmacista In collaborazione con S.C. Osservatorio Epidemiologico	Annuale

Controlli tecnico-contabili

Al fine di monitorare la spesa farmaceutica, vengono effettuati controlli contabili sulle prescrizioni (RUR e DEM), con verifica delle differenze contabili, dei CFA, delle ricette prive di note e dei PUF, nonché sui moduli WebCare relativi all'assistenza protesica. L'analisi dei dati così raccolti costituisce la base per la revisione dei percorsi erogativi, anche sotto il profilo economico e di sostenibilità della spesa.

È inoltre prevista la prosecuzione, anche per l'anno 2026, dei controlli sulle prescrizioni di farmaci a base di cannabinoidi, con particolare riferimento alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva e del rispetto dei requisiti formali previsti per le ricette di cannabis terapeutica, sia in regime privato sia in regime SSN.

Tabella 36: Area di Controllo: Controlli tecnico-contabili spesa farmaceutica

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
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 durante le sedute della CFA	2 farmacisti ATS 1 amministrativo con funzione di segreteria 2 farmacisti titolari di farmacia private e 2 farmacisti collaboratori di farmacie comunali	Semestrale
Contabili online tramite sistema Workflow (PUF): Verifiche contabili e controllo sul rispetto della farmaceutica convenzionata	Da remoto	100% delle squadrature contabili riferite ai mesi contabili che vengono messe a disposizione 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 sottoporre eventuali richieste di approfondimento che vengono accolte o respinte da ATS	1 farmacista 1 amministrativo	Annuale
Analisi ricette senza note Aifa	Da remoto	100% ricette senza nota segnalati sul portale	Farmavision, farma 2017, farma imaging	Tutte le farmacie pubbliche e private, interessate da ricette irregolari	Verifica degli errori richiesta di giustificativo alle farmacie o correzione (ricette). Le ricette non giustificate/corrette vengono addebitate	1 farmacista 1 amministrativo	Annuale
Verifiche contabili della DCR	Da remoto	Controllo mensile secondo calendario regionale: 12 DCR-FUR/206 farmacie/ mese	DCR-FUR mensili, Farma 2017	100% DCR ricevute	Riconciliazione fatture; verifica rimborsi SSS; analisi acconti; Controllo di congruità tra i dati esposti in DCR e quanto effettivamente erogato	1 farmacista 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	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 passiva pervenute	Autorizzazioni ASST	100% delle richieste di mobilità protesica passiva pervenute	Monitoraggio autorizzazioni/erogazioni di prodotti di pazienti residenti in ATS Pavia ma domiciliati fuori Regione	1 farmacista 1 amministrativo	Annuale

Controllo File F

In linea con i principi di analisi del rischio e di definizione delle priorità in materia di vigilanza, proseguirà per l'anno 2026 l'attività di controllo da remoto sui farmaci rendicontati in File F, con verifica del rispetto dei prezzi massimi AIFA e analisi degli eventuali scostamenti rilevati per singolo principio attivo e per singola struttura erogatrice.

Proseguirà inoltre il monitoraggio dei farmaci innovativi oncologici e non oncologici soggetti a registro AIFA, con verifica delle dosi rendicontate e della corretta tipologia di esposizione (tipologia 30 e 40), nonché l'estensione del controllo ai farmaci "Reserve" con scheda AIFA rientranti nei fondi dedicati.

I controlli programmati saranno effettuati con cadenza indicativa di 2–3 volte l'anno (in base alla disponibilità dei dati e alle chiusure dei flussi di rendicontazione), con redazione di verbale conclusivo riportante le risultanze emerse.

Ai controlli già consolidati si aggiunge, per tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano File F, la verifica della chiusura delle schede di registro AIFA attive nel 2025 per le quali non risultino dispensazioni di farmaco da oltre quattro mesi in assenza di motivazione clinica, come evidenziato dai report regionali.

Per l'anno 2026 viene altresì rafforzata la promozione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari. Il monitoraggio prevede una ricognizione puntuale delle percentuali di impiego rispetto ai prodotti originator per singola struttura, con particolare riferimento alle molecole target individuate dalle vigenti regole di sistema.

Sarà inoltre condotta un'attività di riscontro sulle note di credito relative ai farmaci soggetti a MEAs (Managed Entry Agreements), al fine di garantire la piena corrispondenza tra i rimborsi attivati tramite i registri di monitoraggio AIFA e quanto effettivamente rendicontato nel File F.

Tabella 37: Area di Controllo: Controllo File F

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 e Reserve	Da remoto	75% 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	75% 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

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 biosimilari	Da remoto	75% record	flusso file F DWH	record File F per originator e biosimilari	Report di monitoraggio sull'utilizzo dei farmaci biosimilari di molecole individuate da regione	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
Verifica note di credito per i farmaci MEAs	Da remoto	50% record	Farmavision	Record file f tipologia 15	Corrispondenza tra record file F e note di credito in possesso alle strutture	1 farmacista	Annuale

Assistenza protesica ed integrativa

Contesto territoriale

Per quanto riguarda l'ambito della prescrizione di presidi e ausili di protesica maggiore, sul territorio di ATS Pavia insiste un'unica ASST, l'ASST di Pavia, che svolge anche funzioni di SUPI.

I 349 specialisti prescrittori abilitati alla prescrizione di protesica afferiscono a nove enti differenti, di cui tre pubblici e sei privati accreditati.

Nel territorio provinciale sono inoltre presenti 86 RSA e 10 RSD a contratto; di queste strutture, 53 dispongono di almeno un medico prescrittore di protesica abilitato.

Con riferimento agli ausili su misura erogati da officine ortopediche, audioprotesisti e ottici (Elenco 1 ex D.M. n. 332/1999), risultano presenti 48 fornitori sul territorio, prevalentemente concentrati nei Comuni sedi dei principali centri di ricovero e cura (Pavia, Vigevano e Voghera).

Programmazione annuale

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.

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 su un campione del 5% dei fornitori attivi o a seguito di evidenze o segnalazioni ricevute in aggiunta alle verifiche operate dalla ASST in fase di liquidazione.

Tabella 38: Area di Controllo: ATS Appropriately Prescrittiva

Attività di controllo	Modalità	Numero- sità dei controlli pro- gram- mati	Flussi o base dati utilizzati	Modalità di cam- pionamento e criteri di selezione del campione	Modalità opera- tive di esecuzione	Person- ale coin- volto	Cronopro- gramma
Controllo requi- siti centri di prescrizione	Da remoto	annuale	Assistant- RL, elenchi ATS	CDP individuate dalla nota H1_2013_7354_04.0 3.2013	Ricognizione annuale dei requisiti previsti dalla normativa tramite certificazione su mod- ulistica interna ATS. Richiesta di trasmiss- ione di eventuali con- venzioni	1 farmacista	annuale
Requisiti centri di prescrizione	Da remoto	100% istanze per- venute per abilitazione di nuovi CDP	Documenta- zione trasmessa, anagrafiche assist@nt RL, modulis- tica interna, elenchi ATS	Tutte le istanze per- venute	Modulistica interna, riscontro formale entro 30 gg, aggiornamento puntuale	1 farmacista	annuale
Requisiti prescrittori	Da remoto	100% istanze per- venute per l'abilitazioni di medici da parte di strutture pri- vate accredi- tate	Documenta- zione trasmessa, anagrafiche assist@nt RL, modulis- tica interna, elenchi ATS	Tutte le istanze per- venute	Modulistica interna, riscontro formale entro 30 gg, aggiornamento puntuale e Da remoto	1 farmacista	annuale
gestione elen- chi prescrittori	Da remoto	Ricog- nizione se- mestrale	Assistant- RL, elenchi ATS	prescrizioni presenti in Assist@nt- RL e medici iscritti nell'albo ATS. Prescrittori con cre- denziale multipla	Confronto tra le pre- scrizioni presenti in as- sistant RL e l'elenco dei prescrittori di ATS. Ricognizione con le strutture del territorio per revisione dell'elenco	1 farmacista	annuale
Controllo con- venzioni con RSA	Da remoto	1 verifica an- nuale	Prescrizioni in assistant RL e elenco prescrittori	Prescrizioni in favore di ospiti di RSA da parte di medici con doppio ruolo	Analisi delle pre- scrizioni e richiesta di convenzione alla strut- tura	1 farmacista	annuale
Verifica piani formativi azien- dali	Da remoto	1 verifica an- nuale	Documenta- zione trasmessa dalle strut- ture	Tutte le Strutture di ricovero e cura con prescrittori attivi	Ricognizione con le- gali rappresentanti delle strutture sui PFA	1 farmacista	annuale
Accredita- mento nuovi fornitori aggiornamento/ can- cellazione	Da remoto	100% istanze per- venute	documenta- zione trasmessa, anagrafiche assist@nt RL, modulis- tica interna, elenchi ATS	Tutte le istanze per- venute	Modulistica interna, riscontro formale entro 30 gg, aggiornamento puntuale	1 farmacista	annuale

Attività di controllo	Modalità	Numero- sità dei controlli pro- gram- mati	Flussi o base dati utilizzati	Modalità di cam- pionamento e criteri di selezione del campione	Modalità opera- tive di esecuzione	Person- ale coin- volto	Cronopro- gramma
Gestione elen- chi fornitori, mantenimento requisiti	Da remoto	1 verifica an- nuale	documenta- zione trasmessa, anagrafiche assist@nt RL, modulis- tica interna, elenchi ATS	Tutti I fornitori attivi	Aggiornamento an- nuale delle autocertifi- cazioni con il pos- sesso dei requisiti	1 farmacista 1 amminis- trativo	annuale
coerenza forni- ture con requi- siti fornitori	Da remoto	1 verifica an- nuale e	prescrizioni in As- sista@nt- RL	5% dei fornitori attivi selezionati (affidenti a diversi distretti e 1 per categoria-ottico ortopedico acustico)	verifica che i presidi erogati siano correlati alla tipologia di forni- tore dichiarata in fase di accreditamento.	1 farmacista	annuale

Tabella 39: Area di Controllo: Funzione di Coordinamento/External Auditing

Attività di controllo	Modalità	Numerosità dei controlli pro- grammati	Flussi o base dati uti- lizzati	Modalità di campi- onamento e criteri di selezione del campione	Modalità opera- tive di esecuzione	Personale coinvolto	Cronopro- gramma
Appropriatezza prescrittiva	In sede ASST	1 AUDIT	Erogazioni Assistant RL	Verifica a campione delle erogazioni	Verifica dei con- trolli effettuati da ASST Pavia per la verifica dell'ap- plicazione dei cor- retti percorsi prescrittivi	1 farmacista	secondo semes- tre

Farmacia dei servizi

Contesto territoriale

A livello nazionale il D.Lgs. n. 153/2009 ha introdotto in Italia la "Farmacia dei servizi" come modello organizzativo per le farmacie pubbliche e private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Con questa normativa, la farmacia non è più solo luogo di dispensazione di farmaci, ma può svolgere attività di assistenza sanitaria complementari alle funzioni tradizionali (servizi di assistenza domiciliare integrata, prenotazioni CUP, supporto per test diagnostici di primo livello, ecc.).

La normativa nazionale, arricchita ultimamente con la Legge 2 dicembre 2025, n. 182, non definisce in modo puntuale tutti i servizi possibili, ma dà un quadro generale e lascia alle Regioni la possibilità di integrare e attuare localmente.

A livello regionale La Delibera della Giunta Regionale Lombardia n. XII/848 dell'8 agosto 2023 approva il documento "Indicazioni sulla Farmacia dei Servizi", definendo sul territorio lombardo i criteri organizzativi e operativi per l'erogazione, anche esterni alla farmacia, di servizi e prestazioni sanitarie di prossimità quali analisi di prima istanza (es. test per glicemia, colesterolo, parametri urinari), prestazioni strumentali non invasive (es. misurazione della pressione arteriosa, saturimetria, autospirometria), monitoraggi con dispositivi in collegamento con centri specialistici (es. ECG, Holter cardiaco e pressorio), nonché altre attività professionali di supporto alla salute del cittadino, integrando così la farmacia nel sistema sociosanitario regionale come presidio territoriale di cura e prevenzione.

Da analisi delle attività delle 206 farmacie del territorio pavese ad oggi vengono svolti i seguenti servizi (suddivisi tra SSR e non SSR):

Tabella 40: Tipologia di Servizi SSR nelle farmacie del territorio

TIPOLOGIA DI SERVIZI SSR	NUM. FARMACIE
Screening Colon Retto	204
Vaccinazione antinfl SSR	95
Vaccinazione anticovid	57
Vaccinazione antipneumo SSR	41
ECG (Telemedicina SSR)	92
Holter Pressorio (Telemedicina SSR)	100
Holter Cardiaco (Telemedicina SSR)	98

Tabella 41: Tipologia di Servizi non SSR nelle farmacie del territorio

TIPOLOGIA DI SERVIZI NON SSR	NUM. FARMACIE
Tamponi rapidi protocollo nazionale	114
Vaccinazione antinfl extra SSR	92
Vaccinazione antipneumo extra SSR	6
ECG (Telemedicina privata)	108
Holter Pressorio (Telemedicina privata)	129
Holter Cardiaco (Telemedicina privata)	123
Spirometria (Telemedicina privata)	4

Ad oggi non sono stati definiti i controlli in termini di vigilanza e di requisiti e di appropriatezza clinica delle prestazioni erogate pertanto si resta in attesa di indicazioni regionali e di ACSS.

Area Cure Primarie

A partire dal primo gennaio 2024, in attuazione della legge regionale 14 dicembre 2021 - n. 22 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33", e in coerenza con il percorso stabilito da Regione Lombardia (DGR n. XI/7758/2022, note prot. n. G1.2023.0009226/2023 e n. G1.2023.37357/2023), le funzioni afferenti al Dipartimento di Cure Primarie sono state trasferite in capo all'ASST di Pavia, territorialmente competente.

Personale

Tale passaggio ha compreso anche il trasferimento del personale (amministrativo, medico, ecc.) afferente al Dipartimento Cure Primarie competente su relativi processi (Decreto DG Welfare del 29/12/2023 n. 20881 "Assegnazione del personale del Dipartimento delle Cure Primarie all'ASST Pavia").

Cespiti

Con nota protocollo regionale n. A1.2024.0672058 del 19/11/2024, Regione Lombardia ha fornito "Indicazioni per il trasferimento delle immobilizzazioni utilizzate dai Servizi Cure Primarie" al fine di completare anche il processo di trasferimento dei cespiti.

Nel rispetto di quanto disposto con la succitata nota è stato sottoscritto dai Direttori Generali di ATS e ASST di Pavia (Prot. ATS n. 2200 del 14.01.2025), verbale di accordo in merito al trasferimento di 289 cespiti, con data contabile 30/11/2024 (ultimo giorno ATS) e 01/12/2024 (primo giorno ASST), afferenti alle Cure Primarie. L'allegato al verbale conteneva l'elenco dei cespiti ceduti, con precisa evidenza dei valori contabili dell'attivo e del passivo ceduto, in necessaria quadratura.

Mobilità sanitaria

Con nota regionale G1.2024.0001924 del 18/01/2024, successiva all'avvenuto trasferimento, la Direzione Generale Welfare ha disposto che alcune attività, già trasferite ad ASST, rimangano di competenza dell'ATS: mobilità attiva, mobilità passiva, cure di alta specializzazione all'estero – DM 3/11/89, cure transfrontaliere Dlgs 38/2014, gestione dell'attività legata al DPR 618/80.

Tale passaggio ha rappresentato una delle maggiori criticità poiché ATS è ormai priva di personale che possieda le conoscenze necessarie per la trattazione di tale materia. Pertanto è stata costretta a stipulare specifica convenzione con ASST Pavia, ente al quale sono state trasferite le risorse di personale di cui sopra, al fine di poter garantire continuità di gestione.

Con Decreto n. 53/Dgi del 24/01/2025 avente ad oggetto "Convenzione tra ATS di Pavia e ASST di Pavia per l'erogazione di prestazioni sanitarie e non sanitarie di interesse di entrambi gli enti rinnovata con Decreto n. 550/DGi del 04-07-2024 - Ulteriori determinazioni in merito all'accordo specifico Cure Primarie" è stato approvato l'Accordo n. 7 "Cure Primarie", al fine di dare attuazione alle disposizioni regionali. Il suddetto accordo ha sostituito il precedente atto rubricato "Mobilità sanitaria internazionale". In data 30/01/2025, come richiesto dalla DG Welfare di Regione Lombardia, è stato individuato il referente aziendale per la mobilità sanitaria internazionale dell'ATS.

Nel corso del 2026 ATS intende attivare le necessarie azioni (mobilità, concorsi) al fine di ricostituire al proprio interno un pool di nuovi operatori formati per riportare la gestione, oggi esternalizzata tramite la convenzione con ASST, all'interno dell'ATS che ne mantiene la competenza nonché la responsabilità di trattazione.

Delegazione trattante

La L.R. n. 33/2009, modificata dalla L.R. n. 22/2021, all'art. 6, comma 3, attribuisce alle ATS, tra le altre funzioni, il coordinamento e il governo dell'attività necessaria per la stesura e sottoscrizione, unitamente alle ASST di riferimento, degli accordi con i MMG e i PLS del territorio di competenza.

Con DGR n. XII/2653 del 01/07/2024 sono stati istituiti il Comitato Regionale e la Delegazione Trattante, individuando le linee di indirizzo ai fini della costituzione dei Comitati Aziendali della Medicina Generale, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale entrato in vigore il 04/04/2024.

Con DGR n. XII/3121 del 30/09/2024 sono stati istituiti il Comitato Regionale e la Delegazione Trattante, individuando le linee di indirizzo per la costituzione dei Comitati Aziendali della Pediatria di Libera Scelta.

Con Decreto ATS di Pavia n. 675/DGi del 03/10/2025 è stata deliberata la costituzione della Delegazione Trattante per la Medicina Generale ai fini della stipula degli Accordi Attuativi Aziendali, ai sensi dell'art. 15 dell'ACN, nonché la presa d'atto della DGR n. XII/5287 del 10/11/2025, recante "Approvazione della Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale anno 2025", approvata nella seduta regionale del 25/09/2025.

Con Decreto ATS di Pavia n. 641/DGi del 19/09/2025 è stata costituita la Delegazione Trattante per la Pediatria di libera scelta ai fini della stipula degli accordi attuativi aziendali ai sensi dell'art. 15 dell'ACN.

Da ultimo a gennaio 2026, senza alcun preavviso, è stato tolto agli operatori del Dipartimento di Cure Primarie di ASST il “profilo ATS” per gestire l’anagrafica dei medici specialisti operanti presso le strutture sanitarie (gestionale GAMS - Gestione Anagrafica Medici Specialisti) e dei medici operanti presso le strutture sociosanitarie private accreditate e a contratto, come prescrittori interni. Pertanto è emerso un ulteriore problema che ha portato alla profilazione immediata di operatori interni ad ATS per prendere in carico anche tale attività.

- *Monitoraggi in essere effettuati da ATS in relazione alle attività delle Cure Primarie*

Scheda Medico

In linea con quanto definito nella DGR n. 3720 del 30/12/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025”, ATS svolge un costante monitoraggio delle performance in ambito territoriale, utilizzando le informazioni dei flussi sanitari correnti ai fini del governo della domanda. La Scheda Medico, approvata con DGR n. 5099 del 06/10/2025, include un set minimo essenziale di indicatori funzionali al monitoraggio delle attività dei Medici di Assistenza Primaria in Regione Lombardia, nonché dei loro profili assistenziali e prescrittivi, e ne definisce le specifiche tecniche, le modalità e la frequenza di calcolo. Il set minimo comprende indicatori di inquadramento della casistica assistenziale e indicatori di monitoraggio in ambito farmaceutico, vaccinazioni, screening, ricoveri per patologie croniche.

Nel 2026, a livello locale, saranno calcolati trimestralmente gli indicatori previsti dalla DGR sopracitata, comprensivi di un set di ulteriori indicatori, definiti da ATS e concordati con ASST, utili al monitoraggio, al supporto e allo sviluppo delle attività della Medicina Generale (figura 1).

Figura 1: Indicatori scheda medico

Sistema Socio Sanitario
 Regione Lombardia
ATS Pavia

Indicatori		MMG	AFT	Distretto	ATS
Indicatori di contesto generale	% di assistiti con età >= 65 anni				
	% di assistiti stranieri				
	% di assistiti con almeno una condizione cronica				
	n. assistiti con malattie rare				
	% di assistiti consumatori senza patologie				
Specialistica ambulatoriale	Numero medio di visite specialistiche per assistito prescritte da MMG				
	Numero medio di prestazioni ambulatoriali prescritte da MMG ed erogate ad assistito				
	Spesa media per assistito per prestazioni ambulatoriali prescritte da MMG				
	Spesa media per assistito NON INDOTTA per prestazioni ambulatoriali prescritte da MMG				
	% di assistiti che effettuano esami di radiologia convenzionale, prescritti da MMG				
	% assistiti con età 20-50 anni che eseguono la routine ematochimica				
	% assistiti con età >= 65 anni che eseguono la routine ematochimica				
Pronto Soccorso	Numero medio di accessi in PS per assistito				
Ricoveri	% assistiti con almeno un accesso non urgente in PS in orario ambulatorio MMG				
	Tasso di ricoveri per BPCO in assistiti con età 50-74 anni *10.000				
	Tasso di ricoveri per Diabete in assistiti con età 35-74 anni *10.000				
Farmaceutica	Tasso di ricoveri per Scompenso in assistiti con età 50-74 anni *10.000				
	Spesa media per assistito pesato per prescrizioni di OMEGA 3, effettuate da MMG				
	Spesa media per assistito pesato per prescrizioni di PPI, effettuate da MMG				
	DDD di antibiotici per 1.000 assistiti die				
	% DDD di antibiotici ACCESS prescritte da MMG (obiettivo 60%)				
Prevenzione	% assistiti con scompenso cardiaco con adeguata copertura con farmaci beta-bloccanti				
	% di assistiti con età >= 65 anni vaccinati per virus influenzale				
	% di donne con età 50-74 anni non sottoposte a screening per K mammella				
	% di assistiti con età 50-74 anni non sottoposti a screening per K colon-retto				
	% di donne con età 25-64 anni non sottoposte a screening per K cervice uterina				
	% di donne con mammografia opportunistica (no screening) tra 50 e 74 anni				

Tali report saranno messi a disposizione di ASST ai fini delle opportune azioni correttive di competenza.

Tabella 42: Schema di programmazione attività di monitoraggio indicatori scheda medico

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Elaborazione dei 27 indicatori contenuti nella scheda medico
MODALITÀ	Monitoraggio da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI	4

ITEM	DESCRIZIONE
PROGRAMMATI	
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Datawarehouse aziendale e flussi sanitari farmaceutica convenzionata SDO, 28san ecc.
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	100% dei Medici di Assistenza Primaria MAP e PdF
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Analisi dei dati, pubblicazione della Scheda Medico all'interno dell'area riservata di ciascun Medico; incontri con ASST per la condivisione dei dati.
STRUMENTI OPERATIVI	Report e file in formato xls
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	Gruppo di lavoro SC Epidemiologia
CRONOPROGRAMMA	Gennaio-Dicembre

Inoltre, negli Accordi Attuativi Aziendali sottoscritti dai MAP, le parti, ATS di Pavia e ASST di Pavia e MAP, hanno concordato interventi relativi alle attività di Governo Clinico e di Presa in Carico, tra cui:

- campagna vaccinale antinfluenzale;
- incremento della copertura degli screening oncologici;
- sviluppo di percorsi dedicati ai pazienti cronici e fragili;
- prevenzione della patologia influenzale;
- presenza medica nelle Case di Comunità.

Monitoraggio dei comportamenti prescrittivi dei Medici di Assistenza Primaria

In linea con il percorso avviato nell'ultimo quadrimestre del 2025, ATS di Pavia proseguirà l'attività di monitoraggio dei comportamenti prescrittivi dei Medici di Medicina Generale. Per tale tipologia di attività sarà utilizzata dashboard dedicata disponibile sul portale Tableau Server di Regione Lombardia.

Le prescrizioni saranno monitorate considerando:

- La numerosità delle prescrizioni eseguite in rapporto al numero di assistiti;
- La percentuale di attribuzione delle classi di priorità per le diverse prescrizioni, con particolare attenzione all'eventuale presenza di attribuzione di classi di priorità per le quali non sono previste indicazioni cliniche da Manuale RAO.

Tabella 43: Schema di programmazione attività di monitoraggio comportamenti prescrittivi

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Comportamenti Prescrittivi dei Medici di Assistenza Primaria
MODALITÀ	Monitoraggio da remoto
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	2
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Tableau Server – Dashboard Comportamenti Prescrittivi
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	100% Medici di Assistenza Primaria MAP
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Analisi dei dati aggregati, trasmissione dei risultati agli enti di competenza (ASST Cure Primarie) per analisi della appropriatezza prescrittiva e eventuali azioni correttive.
STRUMENTI OPERATIVI	Report e file in formato xls
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	Gruppo di lavoro Dirigenti medici, Dirigenti sanitari, infermieri, amministrativi del Dipartimento PAAPSS e SC Epidemiologia
CRONOPROGRAMMA	Marzo-Dicembre

I dati estratti da tableau da parte di ATS sono inviati al Dipartimento Cure Primarie di ASST per le azioni di competenza.

Area Sanità digitale – Progetti PNRR

ATS collabora con ASST per lo sviluppo della sanità digitale.

Con nota prot. n. 6144 del 28 gennaio 2025 sono stati identificati i referenti per progettualità regionali.

Presa In Carico dei pazienti cronici/fragili

Nel corso del 2026 prosegue 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”.

ATS verifica la permanenza dei requisiti di idoneità delle Cooperative di MMG/PLS insistenti sul proprio territorio con cadenza annuale.

I controlli si effettuano secondo una modalità condivisa tra tutte le ATS attraverso Audit da remoto o in loco; ogni ATS provvede ad effettuare le verifiche in loco sulle cooperative insistenti sul proprio territorio condividendo, attraverso il collegamento da remoto, i contenuti e gli esiti con le altre ATS su cui l'Ente Gestore opera.

Le cooperative insistenti sul territorio dell'ATS di Pavia sono:

- Cooperativa Medici Milano Centro (CMMC), con sede legale a Milano
- Cooperativa Iniziativa Medica Lombarda (IML), con sede legale a Bergamo
- Cooperativa Medicina e territorio società cooperativa, con sede legale a Ceranova (Pv)

L'oggetto del controllo riguarda:

- 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.

L'ATS ha inoltre il compito di acquisire le nuove istanze di adesione al percorso di presa in carico da parte delle nuove Cooperative e di procedere alla verifica dei requisiti di idoneità.

Sono inoltre in corso da parte di Regione Lombardia, le modalità di verifica dei flussi sui nuovi specifici indicatori di esito previsti dalla DGR n. 2755, atti a monitorare l'efficacia del processo di presa in carico.

Adempimenti LR n. 15/2020: Monitoraggio episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie

ATS assicurerà la collaborazione ad ACSS nella campagna di raccolta di dati ai fini degli adempimenti alla LR 15/2020 e di conseguenza la tempestiva distribuzione e diffusione delle Survey, nonché le attività di monitoraggio delle adesioni, nell'ambito del proprio territorio di competenza, in conformità a quanto previsto dalle disposizioni regionali, mediante l'individuazione di una figura di riferimento dedicata allo scopo, denominata "Referente Survey".

Per quanto attiene agli adempimenti interni ad ATS, proseguiranno per il 2026 le attività connesse alla prevenzione degli atti di violenza su operatore in ottemperanza a quanto disposto dalla DGR n. XII/3672 del 16/12/2024 e dalla successiva DGR n. XII/4182 del 07/04/2025.

Inoltre, il Tavolo di lavoro aziendale, istituito con Decreto n. 801/DGi del 23/12/2022, è stato aggiornato con Decreto n. 972/DGi del 29/12/2025, che costituisce altresì il Piano per la Prevenzione degli Atti di Violenza sugli Operatori Sanitari (PREVIOS).

Nel corrente anno saranno calendarizzati incontri dal suddetto Tavolo al fine di:

- progettare interventi formativi predisposti ad hoc;
- condivisione degli aggiornamenti e disposizioni contenute nel PREVIOS;
- monitoraggio delle segnalazioni in tema di agiti aggressivi inserite sul portale Herm LOMB.

Progetto sperimentale "Clima organizzativo"

Nel 2026 verrà implementato in ATS Pavia il progetto sperimentale riferito al "Clima organizzativo", avviato nel corso dell'anno 2025 e promosso dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS), con l'obiettivo di individuare possibili aree di miglioramento del clima organizzativo aziendale.

Tale progetto consentirà l'individuazione di punti di forza ed eventuali aree di miglioramento, fornendo alle Direzione Strategica elementi utili per lo sviluppo di soluzioni sostenibili nel medio e lungo periodo.

Nello specifico, nell'anno 2026 è prevista la costituzione di focus group interaziendali per la creazione di indicatori specifici e l'implementazione dello strumento di rilevazione, già utilizzato nell'anno 2025.

Monitoraggio della coerenza degli assetti contrattualizzati

Tale attività risulta non più rinviabile in virtù dei contenuti del Decreto ministeriale 19 Dicembre 2022.

1. Verifica dell'allineamento degli assetti accreditati con l'attività effettivamente erogata

L'attività di controllo si sviluppa attraverso l'incrocio dei dati sui posti letto accreditati e a contratto, desunti dagli assetti organizzativi e funzionali presenti in SIGAUSS, suddivisi per tipo di unità operativa con i dati dei ricoveri desunti dalle SDO, con classificazione per tipologia di reparto, codice DRG e tipo di degenza. Ciò consente di valutare la coerenza tra l'organizzazione dichiarata dalle strutture sanitarie e la reale operatività. Questo controllo è fondamentale per rilevare eventuali discrepanze tra assetti organizzativi formalizzati (SIGAUSS) e attività reale SDO ovvero per identificare anomalie o sottoutilizzo dei posti letto al fine di avviare le opportune azioni correttive.

2. Case mix

Allo stesso modo sarà avviato un monitoraggio del case mix delle strutture erogatrici di ricovero e cura attraverso la valutazione del peso dei DRG prodotti sul totale dei dimessi al fine del monitoraggio dei LEA.

3. Valutazione e monitoraggio della qualità delle prestazioni rispetto a standard e sistemi di valutazione nazionali

In linea con il percorso avviato nell'ultimo quadrimestre del 2025, ATS di Pavia proseguirà l'attività di monitoraggio degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, costantemente aggiornati sul Tableau Server (l'aggiornamento degli stessi è notificato tramite e-mail). Saranno prodotti dei report specifici per ciascun responsabile che ha in carico l'obiettivo corrispondente e per ciascun erogatore pubblico e privato con riferimento agli indicatori di pertinenza. Gli stessi saranno pubblicati online sulla piattaforma aziendale "Portale Erogatori" in aree dedicate a ciascuna struttura per la loro esclusiva consultazione e presentati agli enti erogatori pubblici e privati e accreditati e a contratto, a cadenza regolare, in occasione degli incontri calendarizzati sia per monitoraggio delle attività di produzione sia per il raggiungimento degli obiettivi di contratto. Infine, per selezionati indicatori che presentano performance non allineate ai target di riferimento, saranno organizzati audit con le direzioni delle strutture competenti.

Tabella 44: Schema di programmazione attività di monitoraggio della qualità delle prestazioni rispetto a standard e sistemi di valutazione nazionali

ITEM	DESCRIZIONE
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	Monitoraggio degli indicatori di processo e esito
MODALITÀ	Monitoraggio da remoto degli indicatori
NUMEROSITÀ DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	In base agli aggiornamenti notificati del database
FLUSSI O BASE DATI UTILIZZATI	Tableau Server
MODALITÀ DI CAMPIONAMENTO E CRITERI DI SELEZIONE DEL CAMPIONE	100% delle strutture e dei distretti oggetto di monitoraggio per gli indicatori selezionati
MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE	Monitoraggio degli indicatori da remoto, restituzione del dato aggiornato ai responsabili interni all'azienda e alle strutture oggetto di monitoraggio, in caso di scostamento significativo organizzazione di audit
STRUMENTI OPERATIVI	Report e file in formato xls
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE	Gruppo di lavoro Dirigenti medici, Dirigenti sanitari, infermieri amministrativi
CRONOPROGRAMMA	Marzo-Dicembre

Allegati

A completamento del documento di programmazione si allega copia delle procedure emanate nel corso del 2025.



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 la registrazione né di costi né di 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.)