

Sistema Socio Sanitario



# PIANO DEI CONTROLLI

## ANNO 2025

## Indice

1. Analisi Epidemiologica di Contesto .....	6
1.1 Demografia.....	6
1.2 Indicatori di Benessere Equo e Sostenibile .....	11
1.1.2 Stato di salute della popolazione generale .....	19
1.1.3 Gli assistiti cronici.....	21
1.3 Confronti con altri territori.....	23
1.4 Focus sulla patologia tumorale.....	25
1.5 Analisi degli indicatori di performance e di qualità .....	27
1.5.1Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali.....	27
1.5.2Il Programma Nazionale Esiti (PNE).....	30
2. Area Sanitaria .....	33
2.1 Contesto di riferimento Strutture sanitarie di Ricovero e Cura .....	33
2.2.Vigilanza delle Strutture Sanitarie Accreditate-Programmazione 2024 .....	35
2.2.1 Modalità operative di esecuzione .....	39
2.2.2. Composizione equipe.....	40
2.3 Controlli NOC Ricoveri - Programmazione 2025 .....	41
2.3.1 Modalità e numerosità dei controlli .....	41
2.3.2 Modalità operative di esecuzione .....	43
2.3.4 Modalità di campionamento.....	43
2.3.4.1 Autocontrollo di congruenza.....	43
2.3.4.2. Autocontrollo della qualità documentale (3%).....	44
2.3.4.3 Verifiche di concordanza .....	44
2.3.4.4 Controlli di Congruenza (6%) .....	45
2.3.4.5 Attività di verifica delle prestazioni di ricovero presso i reparti di Cure Subacute .....	47
2.3.4.6 Attività di verifica delle prestazioni di ricovero presso i reparti di Riabilitazione .....	47
2.3.4.7 Tipologia, numerosità dei controlli SDO in relazione ai fattori di rischio .....	48
2.3.4.8. Attivazione del percorso di Screening Nutrizionale.....	49
2.4 Controlli Noc ambulatoriali - Programmazione 2025.....	50
2.4.2 Verifiche di tipo statistico formale .....	50
2.4.3 Verifiche sul campo.....	52
2.4.1 Modalità e numerosità dei controlli .....	52
2.4.4 Modalità operative di esecuzione .....	53
2.4.5 Composizione dell'equipe del Nucleo Operativo di Controllo Area Sanitaria .....	54
2.4.6 Cronoprogramma .....	54
2.5. Controlli presso gli Ambulatori di Medicina Sportiva .....	55
2.6 Monitoraggio dei Tempi e Liste di Attesa .....	55
2.6.1 Monitoraggio ex ante – nuovo flusso MTA.....	55

2.6.2 Monitoraggio ex ante istituzionale e ALPI Volumi .....	56
2.6.3 Monitoraggio sospensioni .....	57
2.6.4 Interventi formativi per la riduzione delle Liste di Attesa .....	57
2.6.5 Ricetta dematerializzata –DEM .....	58
2.6.6 Appropriately prescrittiva .....	58
2.6.7 Monitoraggio siti WEB .....	58
2.6.8 Gestione delle liste di attesa – Percorso di tutela .....	59
2.6.9 Piano Operativo Regionale per il contenimento dei tempi di attesa .....	59
2.6.10 Monitoraggio ricoveri chirurgici programmati .....	59
2.6.11 Piano Operativo DGR n. XII/511 del 26 giugno 2023.....	60
2.6.12 Digitalizzazione liste di attesa dei ricoveri.....	60
2.7 Negoziazioni e contratti sanitari-programmazione 2025 .....	61
2.7.1. Attività di controllo: Requisiti di accesso alla contrattualizzazione .....	61
2.7.2 Modalità .....	61
2.7.3 Risorse.....	61
2.7.4 Numerosità dei controlli programmati .....	61
2.7.5 Modalità di campionamento .....	63
2.7.6 Modalità operative di esecuzione e cronoprogramma .....	63
3. Area Sociosanitaria.....	66
3.1. Analisi di contesto dell'Area Sociosanitaria .....	66
3.2. Programmazione Attività anno 2025.....	67
3.2.1 Piani programma in area socio-sanitaria .....	67
3.2.2 Unità di offerta sociosanitarie interessate da interventi di efficientamento energetico, antisismici e installazione di impianti fotovoltaici (es. superbonus 110%) .....	68
3.2.3 Autorizzazione e accreditamento in area sociosanitaria .....	68
3.2.4 Attività di vigilanza e controllo di appropriatezza in ambito sociosanitario .....	69
3.3 Analisi di contesto socioassistenziale .....	72
3.3.1 Programmazione Attività area socioassistenziale anno 2025 .....	72
3.4 Attività non programmabili .....	74
3.5 Negoziazioni e contratti socio sanitari-programmazione 2025 .....	75
3.5.1 Attività di controllo: Requisiti di accesso alla contrattualizzazione .....	75
3.5.1.1. Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.) .....	75
3.5.1.2 Certificazione antimafia (art. 94, commi 2 e 3 d.lgs. 36/2023) .....	75
3.5.1.3 Ulteriori requisiti: .....	76
3.5.1.4 Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013) .....	76
3.5.1.5 Incompatibilità del personale (L. 190/2012) .....	77
3.5.2 Modalità .....	77
3.5.3 Risorse.....	77

3.5.4 Numerosità dei controlli programmati .....	77
4. Area Farmaceutica e protesica .....	81
4.1 Contesto di riferimento .....	81
4.2 Vigilanza Farmaceutica .....	81
4.2.2 Modalità controllo .....	83
4.2.3 Risorse.....	83
4.3 Vigilanza amministrativa.....	83
4.3.1 Commissione Farmaceutica Aziendale .....	83
4.3.2 Note AIFA .....	84
4.3.3. Ricette a favore di pazienti stranieri .....	84
4.3.4 Differenze contabili.....	84
4.3.5 Mobilità Assistenza Integrativa .....	85
4.3.6 Ricette SASN .....	85
4.3.7 Modalità di controllo .....	86
4.3.8 Risorse.....	86
4.4 Controlli File F .....	86
4.4.1 Controllo prezzi .....	86
4.4.2 Controllo farmaci rendicontati in tipologia 3 .....	87
4.4.3 Promozione farmaci equivalenti e biosimilari.....	87
4.4.4 Controllo completezza e chiusura schede registri AIFA.....	87
4.4.5 Controllo acconti .....	87
4.4.6 Modalità di controllo .....	88
4.4.7 Risorse.....	88
4.5 Appropriately prescrittiva e monitoraggio della spesa farmaceutica.....	88
4.5.1 Spesa farmaceutica convenzionata.....	88
4.5.2 Distribuzione per conto .....	89
4.5.3 Piani terapeutici .....	89
4.5.4 Cannabis.....	90
4.5.5 Modalità di controllo .....	90
4.5.6 Risorse.....	90
4.6 Area protesica .....	91
4.6.1 Appropriately Prescrittiva .....	91
4.6.2 Appropriately Erogativa .....	91
4.6.3 Appropriately Prescrittiva, Erogativa e Contabile - Verifiche e controlli ASST (external – auditing).....	92
4.6.4 Modalità di controllo .....	93
4.6.5 Risorse.....	93
5. Area Presa in carico.....	94

6. Allegato 1 .....95

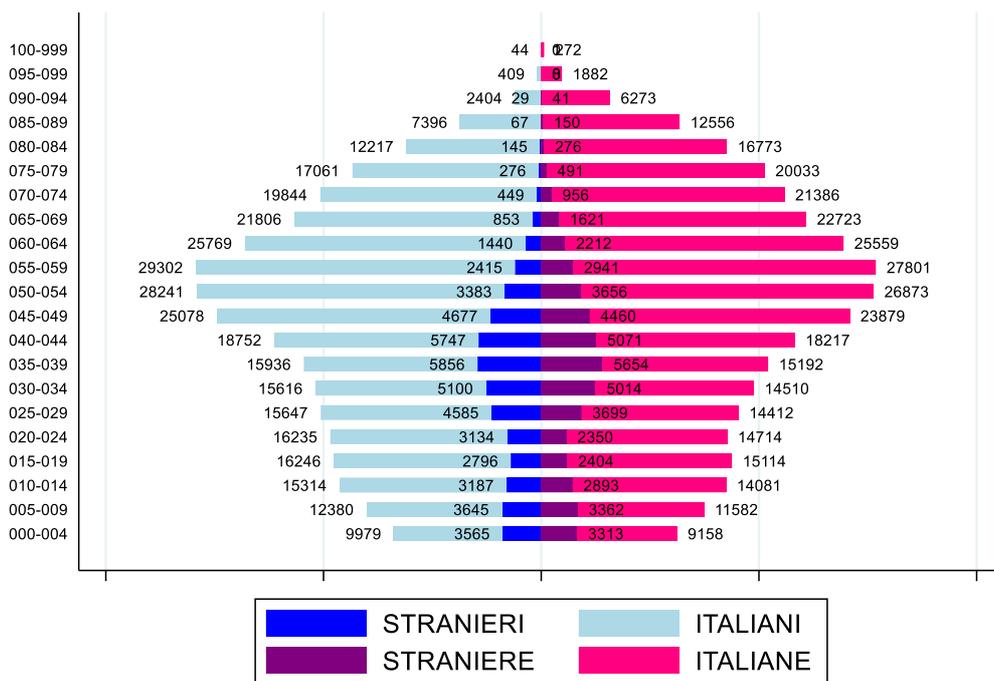
# 1. Analisi Epidemiologica di Contesto

## 1.1 Demografia

I residenti nelle province di Mantova e Cremona al 01/01/2024 da fonte Istat sono 760.588 di cui poco più del 50% sono femmine (383.563).

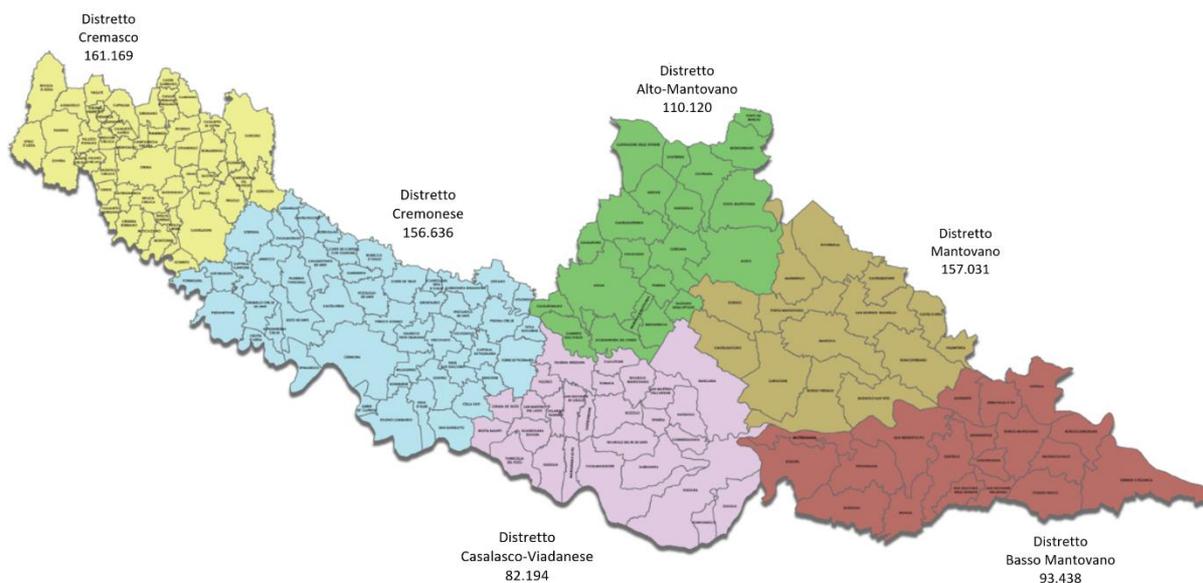
La struttura per età della popolazione residente mostra la configurazione classica che si riscontra nei Paesi Occidentali, ovvero una minore rappresentatività della popolazione nelle fasce estreme, a fronte di una maggiore presenza di popolazione nelle fasce centrali.

Se si osservano i dati differenziati per cittadinanza, si nota che la tendenza all'invecchiamento della popolazione italiana è leggermente più marcata. Per quel che concerne la popolazione straniera, si evidenzia come la classe in età lavorativa ed in età feconda sia quella più rappresentata, seguita da quella 0-14, con una lieve "strozzatura" delle classi 15-19 e 20-24. Il pattern della struttura per età testimonia come il fenomeno migratorio nella nostra area sia relativamente recente

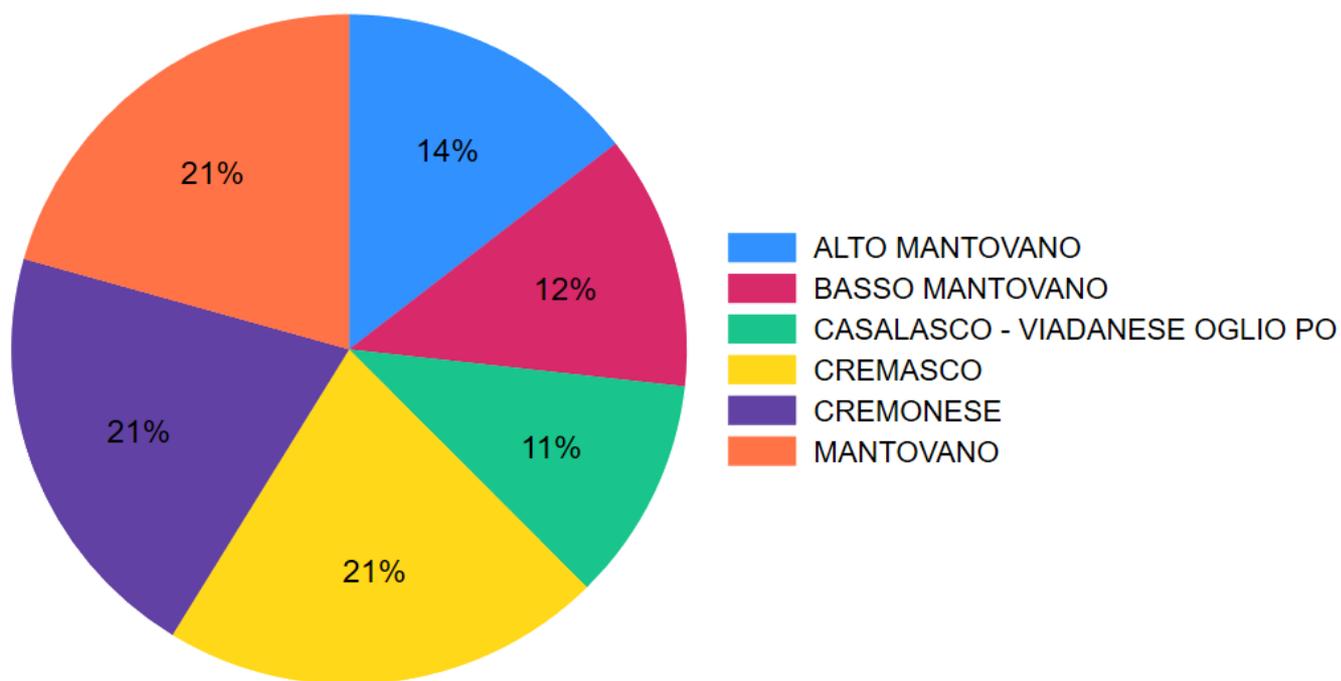


fonte: dati ISTAT al 01/01/2024

Popolazione ATS per genere, fascia d'età e cittadinanza, gennaio 2024



Numero abitanti suddivisi per distretto di residenza

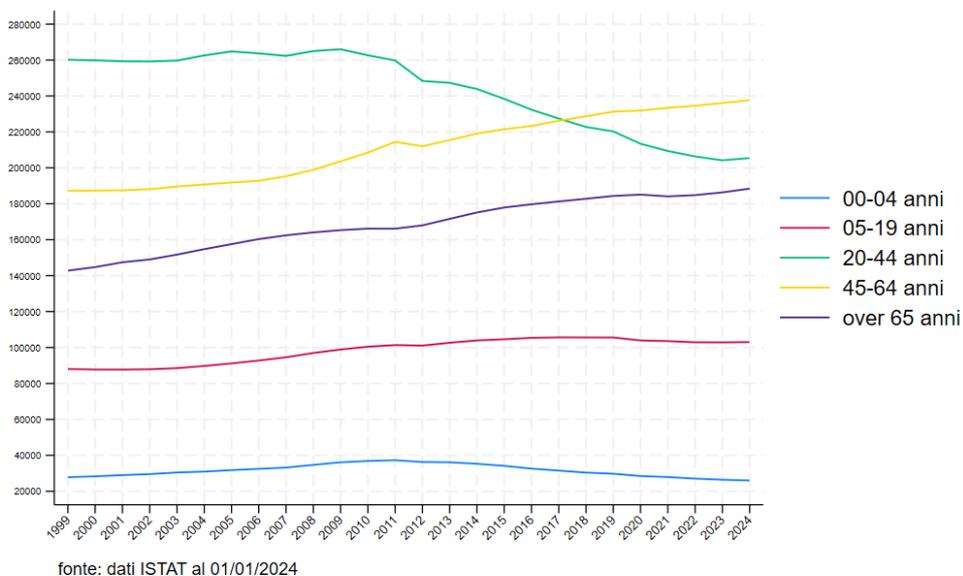


fonte: dati ISTAT al 01/01/2024

Popolazione ATS per distretto di residenza, 01/01/2024

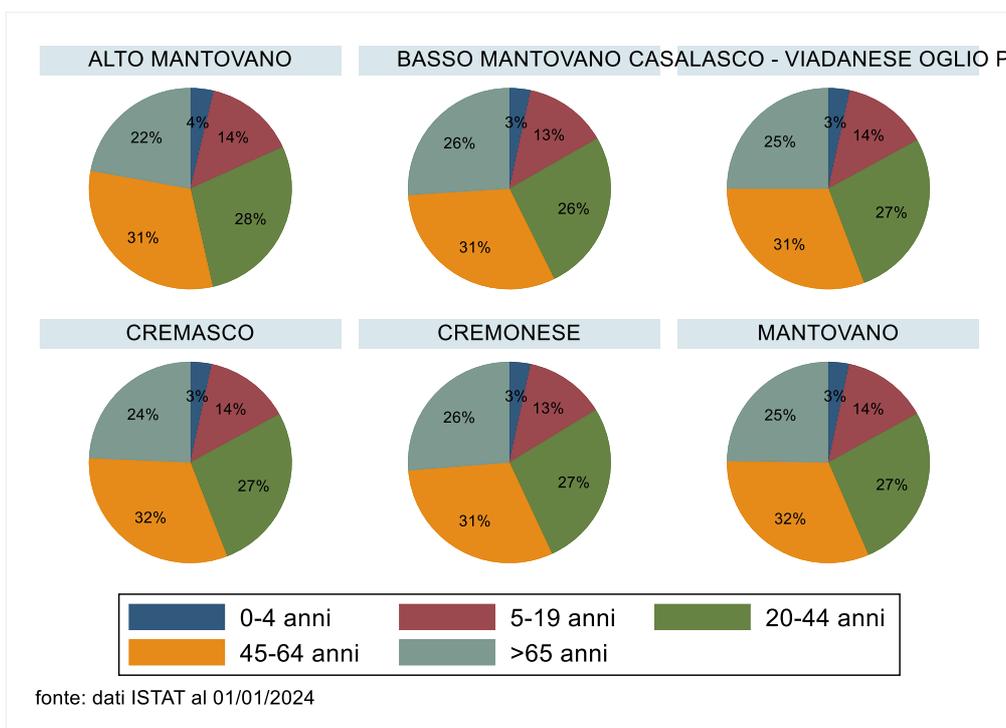
La distribuzione della popolazione residente per distretto mostra due polarizzazioni: i tre distretti più popolosi interessano ciascuno il 21% della popolazione di ATS Val Padana, mentre i tre distretti meno popolosi contengono una percentuale variabile tra l'11 e il 14%.

Esaminando l'andamento della popolazione negli anni si nota come, a partire dal 2012, le fasce d'età che hanno un trend in crescita siano essenzialmente quelle più anziane mentre la fascia d'età 20 – 44 anni presenta un deciso calo.



fonte: dati ISTAT al 01/01/2024

Trend della popolazione per fasce d'età target

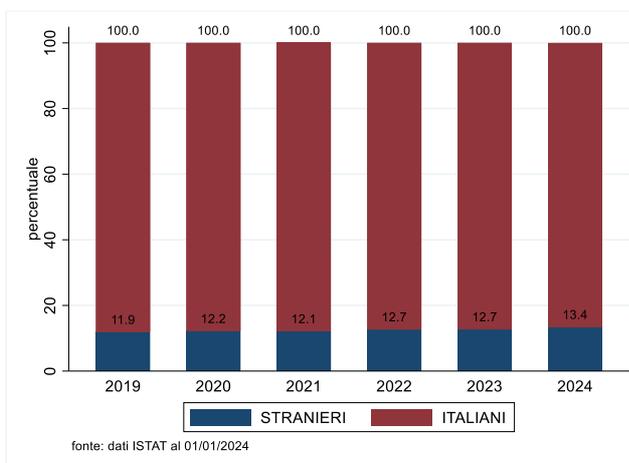


fonte: dati ISTAT al 01/01/2024

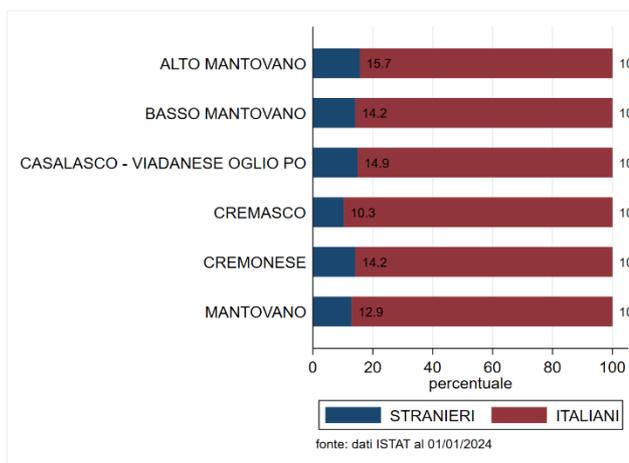
Popolazione ATS per fascia d'età e distretto di residenza, 01/01/2024

I distretti di ATS Val Padana presentano una simile distribuzione delle fasce d'età. La popolazione è leggermente più giovane nell'Alto Mantovano e più anziana nel distretto di Cremona e nel Basso Mantovano.

La percentuale della popolazione straniera è aumentata negli anni fino a raggiungere il 13,4% all'inizio del 2024. Il territorio che presenta la maggior quota di stranieri è l'Alto Mantovano, dove il 15,7% della popolazione è straniera.



Trend della popolazione straniera



Popolazione straniera, per distretto

La tabella che segue presenta alcuni degli indicatori demografici più rappresentativi della struttura della popolazione confrontati con altri livelli territoriali.

La popolazione di ATS Val Padana ha una popolazione più anziana e una natalità inferiore alla media lombarda e al resto d'Italia nonché una quota consistente di stranieri residenti, i quali contribuiscono senz'altro a colmare in parte il ricambio generazionale attenuando l'invecchiamento della popolazione.

	DISTRETTO						ATS VAL PADANA	REGIONE LOMBARDIA	NAZIONE ITALIA
	ALTO MANTOVANO	BASSO MANTOVANO	OGLIO PO	CREMASCO	CREMONESE	MANTOVANO			
n° comuni	21	19	27	48	48	14	177	1504	7901
kmq	618.8	702.6	694.3	573.2	867.3	655.6	4111.8	23863.1	302068.3
densità	178.0	133.0	118.4	281.2	180.6	239.5	185.0	419.9	195.3
pop tot	110120	93438	82194	161169	156636	157031	760588	10020528	58989749
pop 0-14 anni	14403	11243	9998	19422	18382	19011	92459	1253944	7184837
pop 65+	24381	24296	20539	39190	41146	38890	188442	2359357	14357928
% pop 65+	22.1	26.0	25.0	24.3	26.3	24.8	24.8	23.5	24.3
indice di vecchiaia	169.3	216.1	205.4	201.8	223.8	204.6	203.8	188.2	199.8
decessi	1171	1264	1014	1639	2013	1868	8969	103244	660600
nati	782	578	539	976	1000	930	4805	65563	379339
indice di natalità	7.1	6.2	6.6	6.1	6.4	5.9	6.3	6.6	6.4
indice di dipendenza	54.4	61.4	59.1	57.2	61.3	58.4	58.6	56.4	57.5
saldo naturale	-389	-686	-475	-663	-1013	-938	-4164	-37681	-281261
crescita naturale	-3.5	-7.3	-5.8	-4.1	-6.5	-6.0	-5.5	-3.8	-4.8
saldo migratorio interno	360	252	221	411	770	752	2766	20098	0
saldo migratorio con l'estero	466	309	347	620	1093	843	3678	61602	273809
saldo della popolazione	437	-125	93	368	850	657	2280	44019	-7452
% stranieri	15.7	14.2	14.9	10.3	14.2	12.9	13.4	12.1	9.0

*Principali indicatori demografici. Anno 2023*

Il dato più recente relativo alla speranza di vita (2022), disponibile solo a livello provinciale, mostra, sia per gli abitanti della provincia di Cremona che per quelli della provincia di Mantova, una speranza di vita inferiore alla Lombardia ma superiore rispetto all'Italia.

	Speranza di vita M	Speranza di vita F
Cremona	80.7	84.8
Mantova	80.7	85.0
Lombardia	80.8	85.4
Italia	80.5	84.8

## 1.2 Indicatori di Benessere Equo e Sostenibile

Il benessere equo e sostenibile (BES)<sup>1</sup> è un set di indicatori sviluppato dall'ISTAT e dal CNEL al fine di valutare il progresso di una società non solo dal punto di vista economico, come ad esempio fa il PIL, ma anche sociale e ambientale. Questo insieme di indicatori è corredato da misure di disuguaglianza e sostenibilità, che quantificano la distribuzione del reddito disponibile e la sostenibilità ambientale del benessere. Di seguito sono riportati i valori più aggiornati degli indicatori più rilevanti suddivisi per aree tematiche, per le province di Mantova e Cremona, per la Lombardia e l'Italia.

Dominio	Indicatore	Definizione	Fonte	CR	MN	LOMBARDIA	ITALIA	anno
Salute	Speranza di vita alla nascita	La speranza di vita esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un certo anno di calendario può aspettarsi di vivere.	Istat	83,6	83,1	83,9	83,1	2023
	Mortalità evitabile (0-74 anni)	Decessi di persone di 0-74 anni la cui causa di morte è identificata come trattabile (gran parte dei decessi per tale causa potrebbe essere evitata grazie a un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, che include la prevenzione secondaria e i trattamenti) o prevenibile (gran parte dei decessi per tale causa potrebbe essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica). La definizione delle liste di cause trattabili e prevenibili si basa sul lavoro congiunto OECD/Eurostat, rivisto nel novembre 2019. Tassi standardizzati con la popolazione europea al 2013 all'interno della classe di età 0-74 per 10.000 residenti.	Istat	17,7	18,7	17,2	19,2	2021
	Mortalità infantile	Decessi nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi residenti.	Istat	3,4	2,6	2,3	2,6	2021
	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)	Tassi di mortalità per incidenti stradali standardizzati con la popolazione europea al 2013 all'interno della classe di età 15-34 anni, per 10.000 residenti.	Istat	0,9	0,6	0,6	0,7	2022
	Mortalità per tumore (20-64 anni)	Tassi di mortalità per tumori (causa iniziale) standardizzati con la popolazione europea al 2013 all'interno della classe di età 20-64 anni, per 10.000 residenti.	Istat	7,3	7,8	7,4	7,8	2021
	Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più)	Tassi di mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comportamentali (causa iniziale) standardizzati con la popolazione europea al 2013 all'interno della classe di età 65 anni e più, per 10.000 residenti.	Istat	36,4	29,9	34,4	33,3	2021

Rispetto agli indicatori di questo dominio, Cremona risulta più svantaggiata, sia rispetto a Mantova che rispetto alla Lombardia e all'Italia in generale. Infatti, la provincia di Cremona presenta un tasso maggiore di mortalità infantile, oltre alla mortalità per incidenti stradali e per malattie del sistema nervoso.

<sup>1</sup> [https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1105123.pdf?\\_1555202491890](https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1105123.pdf?_1555202491890)

Dominio	Indicatore	Definizione	Fonte	CR	MN	LOMBARDIA	ITALIA	anno
Istruzione e formazione	Bambini che hanno usufruito dei servizi comunali per l'infanzia	Percentuale di bambini di 0-2 anni che hanno usufruito dei servizi per l'infanzia offerti da strutture pubbliche di titolarità Comunale o strutture private in convenzione o finanziate dai Comuni. I servizi compresi sono asili nido, sezioni primavera, servizi integrativi per la prima infanzia.	Istat	15,4	17,8	18,0	16,8	2022
	Partecipazione al sistema scolastico dei bambini di 4-5 anni	Percentuale di bambini di 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia o il primo anno di scuola primaria sul totale dei bambini di 4-5 anni.	Istat	95,1	95,6	92,1	94,0	2022
	Persone con almeno il diploma (25-64 anni)	Percentuale di persone di 25-64 anni che hanno completato almeno la scuola secondaria di II grado (titolo non inferiore a Isced 3) sul totale delle persone di 25-64 anni.	Istat	60,7	65,0	68,6	65,5	2023
	Laureati e altri titoli terziari (25-39 anni)	Percentuale di persone di 25-39 anni che hanno conseguito un titolo di livello terziario (ISCED 5, 6, 7 o 8) sul totale delle persone di 25-39 anni.	Istat	23,8	22,3	34,6	30,0	2023
	Passaggio all'università	Percentuale di neo-diplomati che si iscrivono per la prima volta all'università nello stesso anno in cui hanno conseguito il diploma di scuola secondaria di II grado (tasso specifico di coorte).	MIUR	53,8	53,6	54,3	51,7	2022
	Giovani che non lavorano e non studiano (NEET)	Percentuale di persone di 15-29 anni né occupate né inserite in un percorso di istruzione o formazione sul totale delle persone di 15-29 anni.	Istat	14,3	9,8	10,6	16,1	2023
	Partecipazione alla formazione continua	Percentuale di persone di 25-64 anni che hanno partecipato ad attività di istruzione e formazione nelle 4 settimane precedenti l'intervista sul totale delle persone di 25-64 anni.	Istat	9,1	9,2	12,4	11,6	2023
	Competenza alfabetica non adeguata (studenti classi III scuola secondaria primo grado)	Percentuale di studenti delle classi III della scuola secondaria di primo grado che non raggiungono un livello sufficiente (Livello I + Livello II di 5 livelli) di competenza alfabetica	Invalsi	35,6	36,4	33,3	38,5	2023
	Competenza numerica non adeguata (studenti classi III scuola secondaria primo grado)	Percentuale di studenti delle classi III di scuola secondaria di primo grado che non raggiungono un livello sufficiente (Livello I + Livello II di 5 livelli) di competenza numerica	Invalsi	39,9	38,8	35,4	44,2	2023

Nel campo dell'istruzione e della formazione le due province sostanzialmente si equivalgono. Si nota un dato più basso rispetto alla media regionale e nazionale per quanto riguarda la percentuale di persone tra i 25 e i 39 anni che hanno conseguito una laurea o altro titolo di livello terziario. La provincia di Cremona presenta un'alta percentuale di giovani che non lavorano e non studiano, mentre entrambe le province hanno una bassa percentuale di persone in formazione continua e un livello insufficiente di competenza alfabetica e numerica maggiore rispetto alla media lombarda ma inferiore rispetto alla media nazionale.

Dominio	Indicatore	Definizione	Fonte	CR	MN	LOMBARDIA	ITALIA	anno
Lavoro e conciliazione dei tempi di vita	Tasso di occupazione (20-64 anni)	Percentuale di occupati di 20-64 anni sulla popolazione di 20-64 anni.	Istat	74,2	74,2	74,6	66,3	2023
	Tasso di occupazione giovanile (15-29 anni)	Percentuale di occupati di 15-29 anni sulla popolazione di 15-29 anni.	Istat	44,1	44,9	42,5	34,7	2023
	Tasso di infortuni mortali e inabilità permanente	Numero di infortuni mortali e con inabilità permanente sul totale occupati (al netto delle forze armate) per 10.000.	Inail	9,3	5,5	7,4	10,0	2022
	Tasso di mancata partecipazione al lavoro	Rapporto tra la somma di disoccupati e inattivi "disponibili" (persone che non hanno cercato lavoro nelle ultime 4 settimane ma sono disponibili a lavorare), e la somma di forze lavoro (insieme di occupati e disoccupati) e inattivi "disponibili", riferito alla popolazione tra 15 e 74 anni.	Istat	6,5	7,3	7,4	14,8	2023
	Tasso di mancata partecipazione al lavoro giovanile (15-29 anni)	Percentuale di disoccupati di 15-29 anni + forze di lavoro potenziali di 15-29 anni che non cercano lavoro nelle 4 settimane ma sono disponibili a lavorare sul totale delle forze di lavoro 15-29 anni + forze di lavoro potenziali 15-29 anni che non cercano lavoro nelle 4 settimane ma sono disponibili a lavorare.	Istat	14,6	13,0	15,6	27,2	2023
	Giornate retribuite nell'anno (lavoratori dipendenti)	Rapporto percentuale tra il numero medio di giornate di lavoro effettivamente retribuite nell'anno a un lavoratore dipendente assicurato Inps ed il numero teorico delle giornate retribuite in un anno a un lavoratore dipendente occupato a tempo pieno (312 giorni).	Istat	83,3	82,2	82,6	78,3	2022

Per quanto riguarda la percentuale di occupati le province di Mantova e Cremona presentano valori più elevati rispetto al dato nazionale. Si nota un valore elevato per la provincia di Cremona nel tasso di infortuni mortali e inabilità permanente sui lavoratori.

Dominio	Indicatore	Definizione	Fonte	CR	MN	LOMBARDIA	ITALIA	anno
Benessere economico	Reddito medio disponibile pro capite	Rapporto tra il totale del reddito disponibile delle famiglie consumatrici e il numero totale di persone residenti (in euro correnti).	Istituto Tagliacarne	20195,9	20312,6	25604,5	21088,6	2022
	Retribuzione media annua dei lavoratori dipendenti	Rapporto tra la retribuzione totale annua (al lordo Irpef) dei lavoratori dipendenti del settore privato non agricolo assicurati presso l'Inps e il numero dei lavoratori dipendenti (in euro).	Istat	24065,7	23530,1	28353,9	22808,1	2022
	Importo medio annuo pro-capite dei redditi pensionistici	Rapporto tra l'importo complessivo delle pensioni erogate nell'anno (in euro) e il numero dei pensionati.	Istat	20973,0	20093,7	22173,9	20312,4	2022
	Pensionati con reddito pensionistico di basso importo	Percentuale di pensionati che percepiscono un reddito pensionistico lordo mensile inferiore a 500 euro sul totale dei pensionati.	Istat	6,1	5,9	6,9	9,2	2022
	Tasso di ingresso in sofferenza dei prestiti bancari alle famiglie	Rapporto percentuale tra le consistenze delle nuove sofferenze nell'anno (prestiti a soggetti dichiarati insolventi o difficili da recuperare nel corso dell'anno) e lo stock dei prestiti non in sofferenza nell'anno.	Banca d'Italia	0,5	0,7	0,4	0,6	2023

Gli indicatori della sfera economica, per i residenti nelle province di Mantova e Cremona, nel complesso risultano avere valori più bassi rispetto ai valori regionali.

Dominio	Indicatore	Definizione	Fonte	CR	MN	LOMBARDIA	ITALIA	anno
Politica e istituzioni	Partecipazione elettorale	Percentuale di persone che hanno votato alle ultime elezioni del Parlamento europeo sul totale degli aventi diritto (escluso il voto all'estero).	Ministero dell'Interno	58,8	52,3	55,3	49,7	2024
	Amministratori comunali donne	Percentuale di donne sul totale degli amministratori comunali di origine elettiva.	Istat	35,5	34,9	35,6	33,4	2023
	Amministratori comunali con meno di 40 anni	Percentuale di amministratori di età inferiore ai 40 anni sul totale degli amministratori comunali di origine elettiva.	Istat	28,9	27,4	24,2	24,0	2023
	Affollamento degli istituti di pena	Percentuale di detenuti presenti in istituti di detenzione sul totale dei posti disponibili definiti dalla capienza regolamentare, al netto degli istituti non in funzione.	Istat	134,3	136,1	141,8	117,6	2023

La partecipazione alla vita istituzionale presenta per Mantova e Cremona dati simili, tranne per la partecipazione elettorale, che risulta più alta a Cremona. Risulta inoltre alta la percentuale dei detenuti presenti in istituti di detenzione sul totale dei posti disponibili nelle due province, rispetto al dato nazionale

Dominio	Indicatore	Definizione	Fonte	CR	MN	LOMBARDIA	ITALIA	anno
Sicurezza	Omicidi volontari	Numero di omicidi volontari consumati per 100.000 abitanti.	Istat	0,6	0,2	0,5	0,6	2022
	Altri delitti mortali denunciati	Numero di denunce di omicidio preterintenzionale e colposo, strage, infanticidio per 100.000 residenti.	Istat	2,3	4,2	2,4	3,1	2022
	Denunce di borseggio	Numero di denunce per 100.000 residenti	Istat	117,9	96,0	409,7	219,1	2022
	Denunce di furto in abitazione	Numero di denunce per 100.000 residenti	Istat	200,9	242,3	282,8	226,7	2022
	Denunce di rapina	Numero di denunce per 100.000 residenti	Istat	26,4	20,2	62,3	43,5	2022
	Mortalità stradale in ambito extraurbano	Rapporto percentuale tra il numero dei morti a seguito di incidenti stradali avvenuti su strade extraurbane (statali, regionali, provinciali, comunali) e il numero di incidenti accaduti sulle stesse strade nell'anno.	Istat	3,7	4,7	3,6	4,3	2022

Il dominio sicurezza mostra per le provincie di ATS Val Padana un minor tasso di denunce di borseggio, furto in abitazione e rapina, rispetto al dato regionale. Nel 2022, ultimo anno disponibile, risulta alto il dato sui delitti mortali denunciati a Mantova, come anche il dato sulla mortalità stradale in ambito extraurbano.

Dominio	Indicatore	Definizione	Fonte	CR	MN	LOMBARDIA	ITALIA	anno
Ambiente	Dispersione da rete idrica comunale	Percentuale del volume complessivo delle perdite idriche totali nelle reti comunali di distribuzione dell'acqua potabile (differenza fra volumi immessi in rete e volumi erogati autorizzati) sul totale dell'acqua immessa.	Istat	24,2	28,8	31,8	42,4	2022
	Disponibilità di verde urbano	Metri quadrati di verde urbano per abitante nei Comuni capoluogo di provincia.	Istat	32,9	40,9	27,3	32,8	2022
	Energia elettrica da fonti rinnovabili	Percentuale di consumi di energia elettrica coperti da fonti rinnovabili sul totale dei consumi interni lordi. L'indicatore è ottenuto come rapporto tra la produzione lorda elettrica da FER effettiva (non normalizzata) e il Consumo Interno Lordo di energia elettrica (pari alla produzione lorda di energia elettrica al lordo della produzione da apporti di pompaggio più il saldo scambi con l'estero o tra le regioni).	Terna S.p.A.	24,2	20,0	19,0	30,7	2022
	Raccolta differenziata dei rifiuti urbani	Percentuale di rifiuti urbani oggetto di raccolta differenziata sul totale dei rifiuti urbani raccolti.	Istat	78,5	86,0	73,2	65,2	2022
	Concentrazione media annua di PM10	Valore più elevato della concentrazione media annua di PM10 rilevato tra tutte le centraline fisse per il monitoraggio della qualità dell'aria nei Comuni capoluogo di provincia (microgrammi per m3).	Istat	67	65	9	31	2022
	Concentrazione media annua di PM2.5	Valore più elevato della concentrazione media annua di PM2.5 rilevato tra tutte le centraline fisse per il monitoraggio della qualità dell'aria nei Comuni capoluogo di provincia (microgrammi per m3).	Istat	25	20	12	83	2022

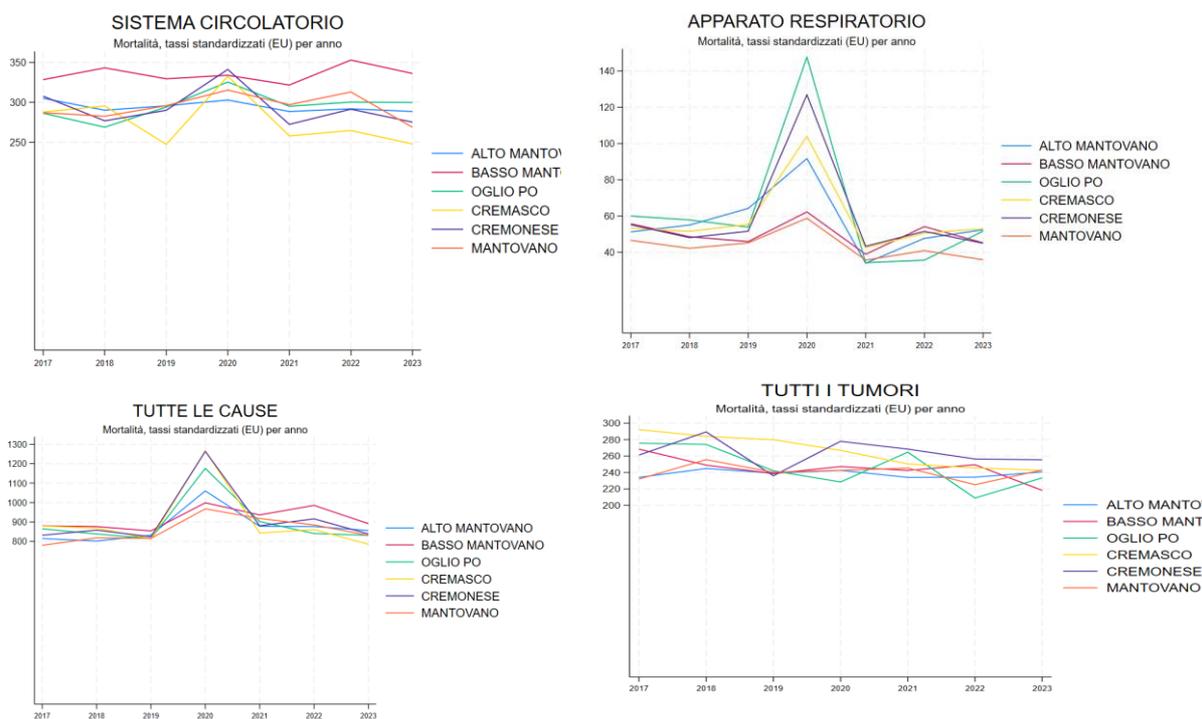
La situazione ambientale delle due province evidenzia un'efficienza della rete idrica e della raccolta differenziata superiore alla media lombarda e nazionale. L'indicatore sul verde urbano caratterizza positivamente la provincia di Mantova. Il valore più elevato della concentrazione media annua di PM10 rilevato è risultato molto alto per le due province, mentre per quanto riguarda il PM2.5 il valore è alto ma comunque inferiore rispetto allo stesso misurato a livello nazionale.

Dominio	Indicatore	Definizione	Fonte	CR	MN	LOMBARDIA	ITALIA	anno
Qualità dei servizi	Irregolarità del servizio elettrico	Numero medio per utente delle interruzioni accidentali lunghe (interruzioni senza preavviso e superiori ai 3 minuti) del servizio elettrico.	Istat	1,3	1,1	1,4	2,2	2022
	Servizio di raccolta differenziata dei rifiuti urbani	Percentuale di popolazione residente nei comuni con raccolta differenziata superiore e uguale al 65%.	Istat	99,0	100,0	76,2	60,2	2022
	Posti letto per specialità ad elevata assistenza	Posti letto nelle specialità ad elevata assistenza in degenza ordinaria in istituti di cura pubblici e privati per 10.000 abitanti	Istat	3,5	2,9	3,8	3,2	2022
	Emigrazione ospedaliera in altra regione	Rapporto percentuale tra le dimissioni ospedaliere effettuate in regioni diverse da quella di residenza e il totale delle dimissioni dei residenti nella regione. I dati si riferiscono ai soli ricoveri ospedalieri in regime ordinario per "acuti" (sono esclusi i ricoveri dei reparti di "unità spinale", "recupero e riabilitazione funzionale", "neuro-riabilitazione" e "lungodegenti").	Istat	6,6	17,6	5,0	8,3	2022
	Medici specialisti	Medici specialisti (esclusi medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) in attività nel sistema sanitario pubblico e privato per 10.000 abitanti.	Istat	27,6	22,6	32,7	34,1	2023
	Posti letto negli ospedali	Posti letto ordinari e in day hospital in istituti di cura pubblici e privati accreditati per 10.000 abitanti.	Istat	34,9	26,4	33,2	32,7	2022

Gli indicatori del dominio qualità dei servizi mettono in luce come la provincia di Cremona disponga di servizi sanitari in linea con Regione Lombardia, mentre la provincia di Mantova presenta un alto tasso di emigrazione ospedaliera in altra regione, un minor numero di medici specialisti in attività e un minor numero di posti letto accreditati per 10000 abitanti e di posti letto per specialità ad alta assistenza. Per entrambe le province invece risulta virtuoso il dato che descrive l'impegno della popolazione verso il servizio di raccolta differenziata dei rifiuti urbani

## 1.1.2 Stato di salute della popolazione generale

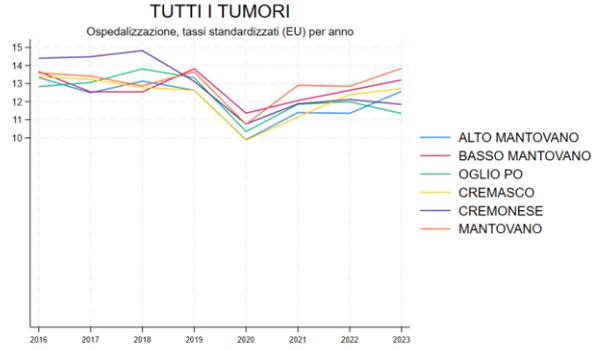
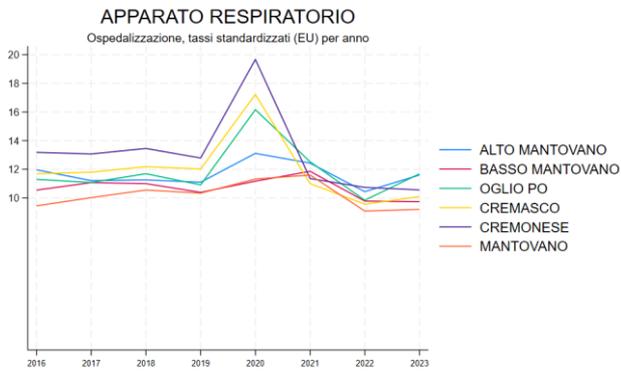
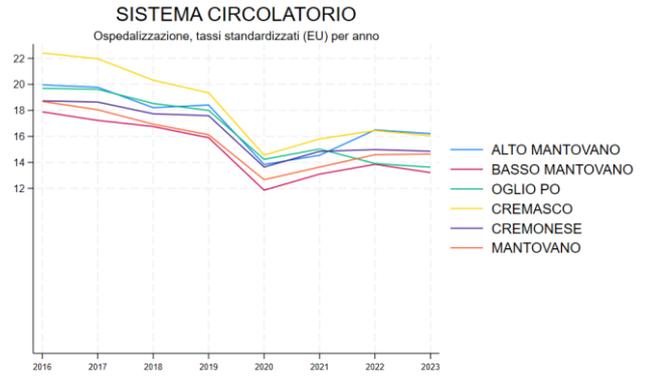
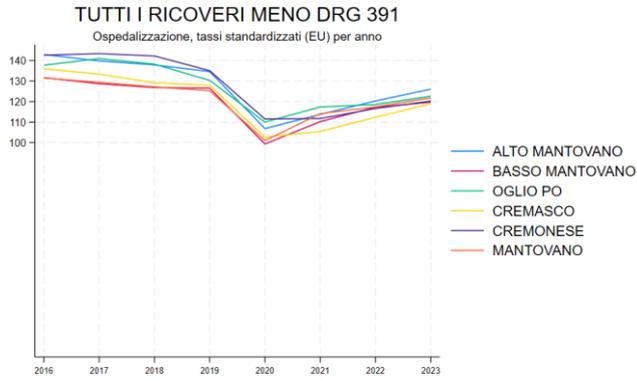
Nel 2023, tra i residenti di ATS Val Padana, si sono contati 8.998 decessi, dato leggermente inferiore rispetto al 2022 e in linea con quello degli anni pre-pandemia. La causa di morte più frequente è costituita dal complesso delle malattie del sistema cardiocircolatorio (3.179 decessi), seguita dai tumori maligni (2.417 decessi). Inoltre, 301 persone sono decedute nel 2023 per cause violente (traumatismi o avvelenamenti).



*Trend della mortalità*

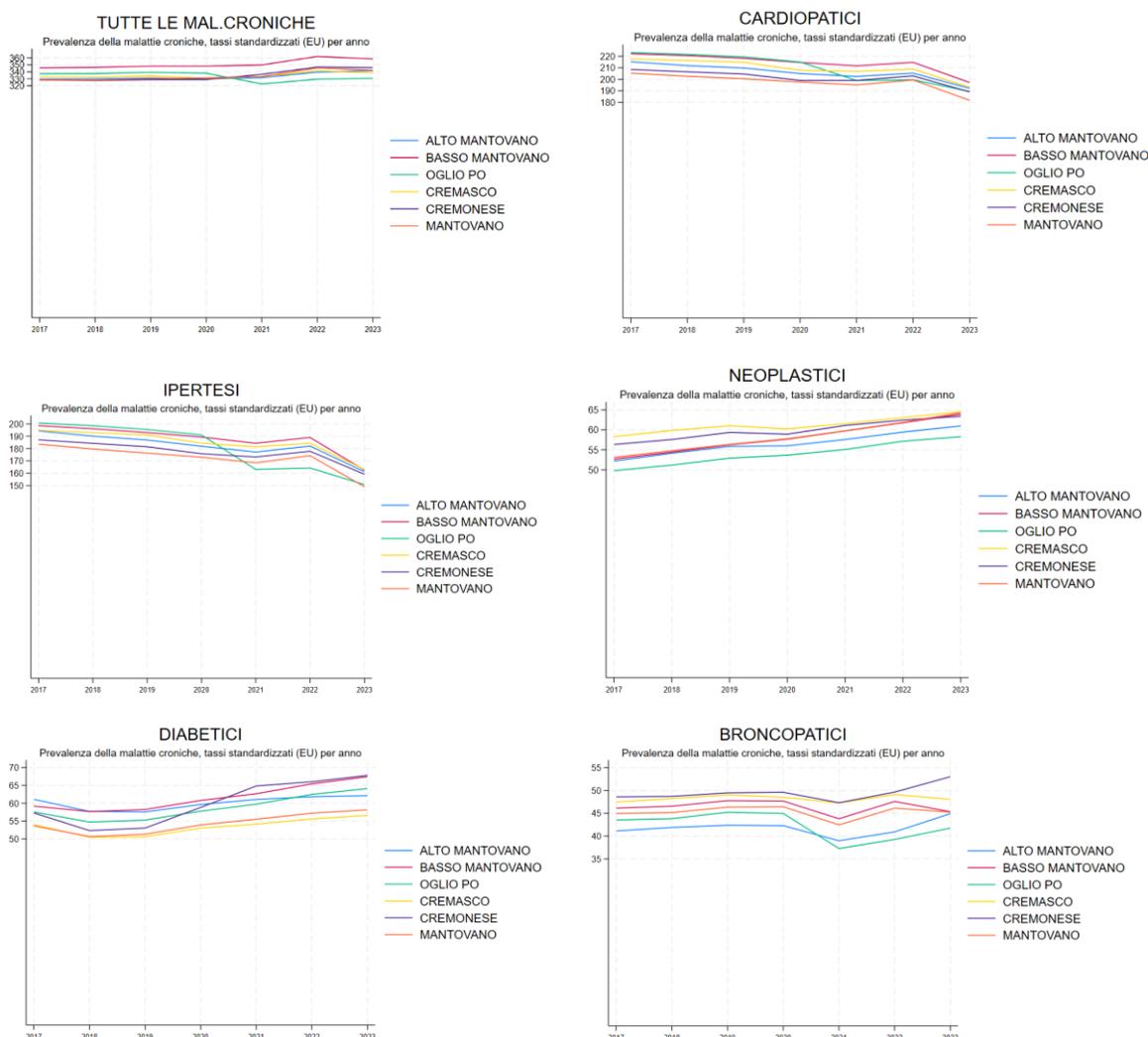
Fino al 2019, i ricoveri ospedalieri erano in lieve ma costante diminuzione in tutti gli ambiti dell'ATS, a causa soprattutto del calo dei ricoveri in area cardio-circolatoria e in area oncologica. Nel 2020 si registra un calo più repentino in tutti i ricoveri, fuorché quelli per malattie dell'apparato respiratorio. Dato questo che rispecchia l'attività ospedaliera durante la prima emergenza Covid, in cui tutte le attività di diagnosi e i ricoveri programmati sono stati ridotti, mentre è aumentata l'esigenza di cura delle persone affette da malattie dell'apparato respiratorio, per la grande prevalenza di positivi al primo Covid-19. Dal 2021 tornano ad aumentare tutti i ricoveri, in particolare nel campo dell'oncologia, si osserva un ritorno ai livelli di ospedalizzazione pre-pandemia.

*Trend dell'ospedalizzazione*



### 1.1.3 Gli assistiti cronici

Nel 2023 nel territorio dell'ATS sono presenti 299.304 assistiti cronici, circa il 40% della popolazione. I trend temporali appaiono simili in tutti i distretti anche se alcuni territori presentano tassi sistematicamente maggiori rispetto agli altri. Come atteso, la prevalenza di cronici (il numero di assistiti cronici diviso per la popolazione) cresce con l'età, passando dall'8% dei più giovani (0-19 anni) al 90% dei soggetti con 75 anni di età o più. Gli assistiti con cronicità polipatologica costituiscono il 18% del totale degli assistiti, con limitate variazioni inter-distrettuali, in particolare il Basso Mantovano è il distretto che presenta la prevalenza più elevata. La maggior parte dei casi di cronicità è riconducibile a patologie cardiovascolari. Seguono ipertensione arteriosa, neoplasie, diabete mellito, malattie bronco-ostruttive croniche e neuropatie.



Trend della cronicità anni 2017-2023

Distretto	N	0-19 anni	19-64 anni	65-74 anni	75+ anni	Totale
ALTO MANTOVANO	40935	9%	30%	75%	91%	37%
BASSO MANTOVANO	39383	9%	33%	76%	91%	43%
CREMA	61991	7%	30%	74%	91%	41%
CREMONA	63677	8%	31%	74%	91%	41%
MANTOVANO	61943	8%	31%	75%	89%	40%
OGLIO PO	31375	9%	29%	71%	88%	38%
ATS VAL PADANA	299304	8%	31%	74%	90%	40%

Prevalenza di assistiti cronici per fasce d'età e distretti. Anno 2023

Distretto	Livello		
	1	2	3
ALTO MANTOVANO	2%	15%	21%
BASSO MANTOVANO	2%	18%	22%
CREMA	2%	15%	21%
CREMONA	2%	16%	22%
MANTOVANO	2%	16%	21%
OGLIO PO	2%	15%	21%

Prevalenza di assistiti cronici per livelli di complessità.  
Anno 2023

Analizzando la prevalenza per grandi gruppi di malattie croniche, se si escludono le malattie del sistema circolatorio e le endocrinopatie, che presentano elementi di variabilità geografica, le variazioni inter-distrettuali sono sempre comprese in un range di due-tre punti percentuali di prevalenza.

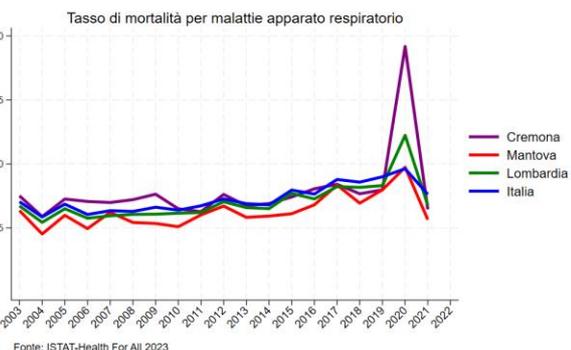
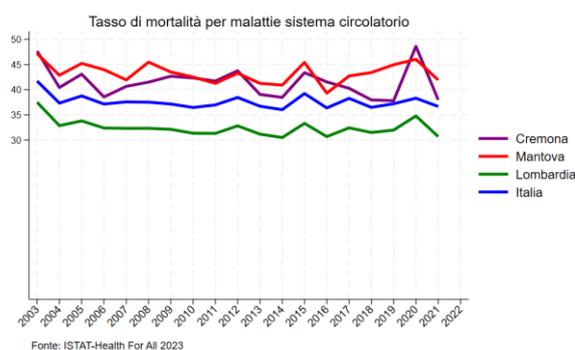
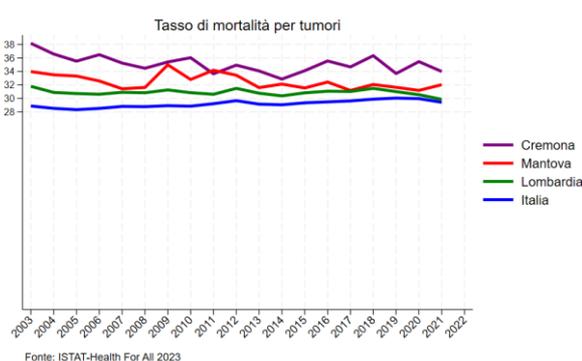
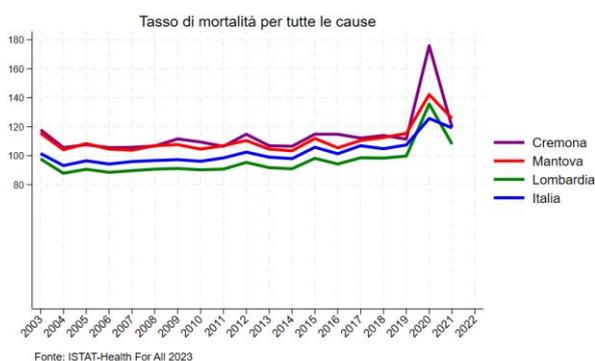
Categoria	Distretto						
	ALTO MANTOVANO	BASSO MANTOVANO	CREMA	CREMONA	MANTOVANO	OGLIO PO	ATS VAL PADANA
AUTOIMMUNI	3%	4%	2%	2%	4%	2%	3%
BRONCOPATICI	4%	5%	5%	6%	5%	4%	5%
CARDIOPATICI	22%	25%	23%	25%	23%	24%	24%
DIABETICI	7%	8%	7%	8%	7%	8%	7%
ENDOCRINOPATICI	17%	21%	16%	17%	19%	14%	17%
GASTROPATICI	1%	1%	2%	2%	2%	2%	2%
INSUFFICIENTI RENALI	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
NEOPLASTICI	7%	8%	8%	8%	8%	7%	8%
NEUROPATICI	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
TUTTE LE MAL.CRONICHE	37%	42%	39%	41%	40%	38%	40%

Prevalenza per grandi gruppi di patologie croniche e distretti. Anno 2022

## 1.3 Confronti con altri territori

L'Istat, attraverso il progetto Health For All, mette a disposizione i dati dei principali indicatori statistici su vari livelli territoriali. Si presentano in questa sezione i tassi delle province che compongono l'ATS Val Padana, quelli della Regione Lombardia e dell'Italia. A differenza di quanto riportato nel capitolo precedente (che è il risultato di elaborazioni eseguite sui dati ATS), Istat ha i dati di mortalità aggiornati all'anno 2021.

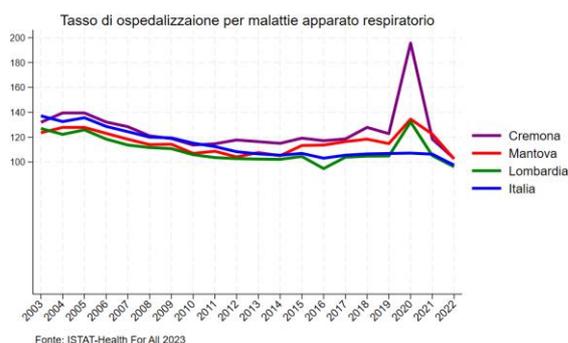
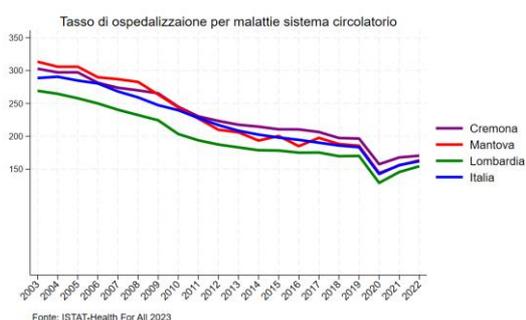
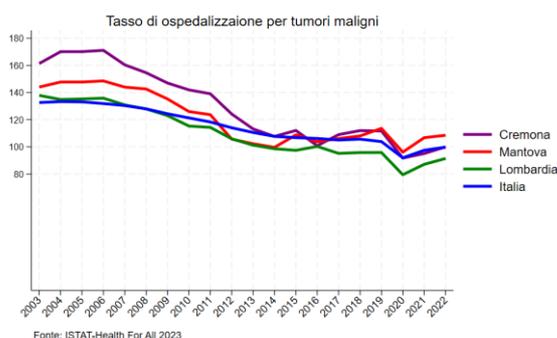
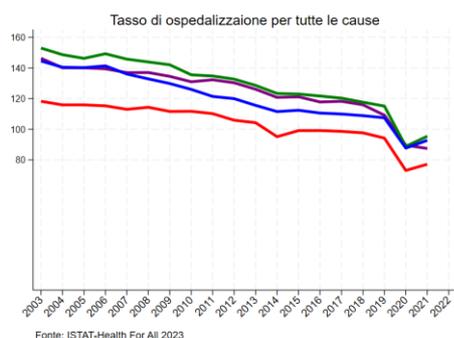
Nel confronto con l'Italia e con la Lombardia le province di Mantova e Cremona soffrono di un tasso di mortalità complessivamente maggiore, spiegato in parte dalla diversa composizione per età. L'eccesso si mantiene costante negli anni e si intensifica nel 2020 per l'esordio della pandemia da Covid-19, specialmente nella provincia di Cremona. Negli anni, la provincia di Cremona soffre di una maggiore mortalità per tumore maligno, mentre Mantova vede l'eccesso per le malattie del sistema cardio-circolatorio.



Trend della mortalità anni 2003-2021

La tendenza generale alla deospedalizzazione si osserva da almeno un ventennio, ma nel 2020 i ricoveri per tutte le cause sono diminuiti a picco, mentre si osserva un grande eccesso di quelli per le malattie dell'apparato respiratorio, soprattutto nella provincia di Cremona. Questo fenomeno trova spiegazione nel fatto che la provincia di Cremona è stato uno dei territori più colpiti dalla prima ondata di Covid-19. La cancellazione di tutti i ricoveri programmati e non urgenti per ampi periodi

del 2020, nonché il rallentamento dei percorsi diagnostici, possono essere considerati tra i responsabili dell'andamento descritto. Dal 2021 i ricoveri cominciano a crescere, anche se in modo molto lieve.



Trend dell'ospedalizzazione anni 2003-2022

Per rimuovere l'effetto confondente della diversa struttura demografica della popolazione, sono stati confrontati i tassi standardizzati di mortalità e di ospedalizzazione. Le tabelle sottostanti riportano i rischi relativi delle province di Cremona e Mantova e della Regione Lombardia rispetto alla media nazionale. Nella mortalità, come già osservato, si evidenziano eccessi per le malattie del sistema circolatorio a Mantova, mentre per Cremona gli eccessi riguardano i tumori maligni.

I tassi di ospedalizzazione risultano più elevati per le patologie selezionate nelle nostre province, nonostante la tendenza generale ad una minore ospedalizzazione della regione Lombardia. Prendendo in esame tutte le cause di ricovero, invece, Mantova presenta la minor tendenza all'ospedalizzazione.

	Rapporto tra tassi standardizzati di mortalità		
	Cremona	Mantova	Regione Lombardia
Malattie del Sistema Circolatorio	1.04	1.14	0.84
Malattie dell'Apparato Respiratorio	0.85	0.74	0.89
Tumori maligni	1.15	1.09	1.01
Tutte le cause	1.00	1.05	0.91

Fonte HFA, riferimento Italia, anno 2021 ultimo disponibile

	Rapporto tra tassi standardizzati di ospedalizzazione		
	Cremona	Mantova	Regione Lombardia
Malattie del Sistema Circolatorio	1.05	1.01	0.95
Malattie dell'Apparato Respiratorio	1.05	1.05	0.99
Tumori maligni	1.00	1.09	0.92
Tutte le cause	0.94	0.83	1.03

Fonte HFA, riferimento Italia, anno 2022 ultimo disponibile

## 1.4 Focus sulla patologia tumorale

Si riportano di seguito i tassi di incidenza e di mortalità per patologie tumorali riferiti ad ATS Val Padana e le rispettive stime ECIS per l'Italia per l'anno 2022, tale confronto viene eseguito separatamente per il sesso maschile e il sesso femminile. Per quanto riguarda l'incidenza in ATS Val Padana il tasso standardizzato sulla popolazione nuova europea 2013 per 100.000 abitanti è riferito al periodo 2016-2020 ed è stato calcolato a partire dai dati del Registro Tumori. Per la mortalità il tasso standardizzato di ATS Val Padana è stato calcolato con i dati del Registro Mortalità dello stesso periodo. Le sedi e le tipologie tumorali riportate sono quelle per le quali si è evidenziata una maggiore incidenza nel nostro territorio.

### MASCHI

TUMORE/SEDE	TASSO INCIDENZA		TASSO MORTALITA'	
	ITALIA STIME ECIS 2022	ATS VALPADANA 2016-2020 (registro tumori)	ITALIA STIME ECIS 2022	ATS VALPADANA 2016-2020 (registro mortalità)
PROSTATA	119.1	107.1	25.7	24.2
POLMONE	88.5	79.0	73.3	89.4
COLON-RETTO	91.0	72.5	40.3	31.6
VESCICA	84.8	65.1	19.8	14.2
STOMACO	24.0	32.2	17.7	24.1
RENE E VIE URINARIE	28.3	29.3	9.1	9.5
FEGATO	25.1	25.8	19.7	23.4
LINFOMA NON HODGKIN	27.4	25.7	10.4	10.5
MELANOMA	23.4	24.3	4.7	4.8
PANCREAS	23.3	23.7	21.8	22.1
TUMORI MALIGNI ESCLUSI CARC. CUTE	667.7	631.3	320.7	324.3

### FEMMINE

TUMORE/SEDE	TASSO INCIDENZA		TASSO MORTALITA'	
	ITALIA STIME ECIS 2022	ATS VALPADANA 2016-2020 (registro tumori)	ITALIA STIME ECIS 2022	ATS VALPADANA 2016-2020 (registro mortalità)
MAMMELLA	157.1	169.9	36.7	38.2
COLON-RETTO	63.1	44.9	25.4	17.6
POLMONE	38.2	28.0	29.2	37.5
UTERO CORPO	27.4	24.4	5.8	3.2
PANCREAS	19.2	19.2	18.1	16.9
TIROIDE	20.0	24.7	0.8	0.1
STOMACO	13.6	15.9	9.4	10.7
MELANOMA	18.8	19.1	2.4	2.0
LINFOMA NON HODGKIN	18.2	17.2	5.9	5.6
OVAIO	16.3	13.7	9.1	9.0
TUMORI MALIGNI ESCLUSI CARC. CUTE	508.4	496.5	208.9	192.5

Dai dati relativi alla popolazione maschile, emerge come nel territorio di ATS Val Padana l'incidenza complessiva dei tumori maligni, esclusi i carcinomi cutanei, sia inferiore rispetto all'incidenza stimata a livello nazionale, pur con alcune differenze per sedi specifiche. Al contrario la mortalità per tutti i tumori risulta superiore nel nostro territorio. In particolare, in ATS Val Padana, l'incidenza risulta più bassa per i tumori della prostata, del polmone, del colon retto e della vescica. Al contrario registra un tasso di incidenza più alta il tumore dello stomaco. L'incidenza di altre sedi tumorali, come il rene e vie urinarie, il fegato e il pancreas appare in linea con i valori nazionali. Per quanto riguarda la mortalità, il quadro complessivo mostra valori leggermente superiori rispetto alla stima italiana. In particolare, si registra una mortalità più alta per i tumori del polmone, dello stomaco e del fegato, mentre è inferiore per i tumori della prostata, della vescica e del colon retto. Le altre sedi tumorali mostrano dati di mortalità sostanzialmente sovrapponibili alle stime nazionali.

Per quanto riguarda la popolazione femminile invece, si evidenzia che nel territorio di ATS Val Padana l'incidenza dei tumori maligni, esclusi i carcinomi cutanei, è lievemente inferiore rispetto alle stime nazionali. Tuttavia, specifiche sedi tumorali mostrano andamenti diversi. L'incidenza è più alta nel territorio locale per i tumori della mammella, della tiroide e dello stomaco, mentre risulta inferiore per i tumori del colon-retto, del polmone, del corpo dell'utero e dell'ovaio. Per quanto riguarda la mortalità, si osservano tassi superiori rispetto alla stima italiana per i tumori del polmone, della mammella e dello stomaco. Complessivamente, la mortalità per tumori maligni è più bassa nel territorio di ATS Val Padana rispetto alla stima nazionale.

Ulteriori approfondimenti sulla patologia oncologica nel territorio di ATS Val Padana sono reperibili alla pagina dedicata del sito agenziale (<https://www.ats-valpadana.it/infografiche-tumori>).

## **1.5 Analisi degli indicatori di performance e di qualità**

In questo paragrafo vengono analizzati gli indicatori prodotti dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e da AGENAS, utili a inquadrare i servizi sanitari presenti nel territorio di ATS della Val Padana in confronto con quelli del resto d'Italia.

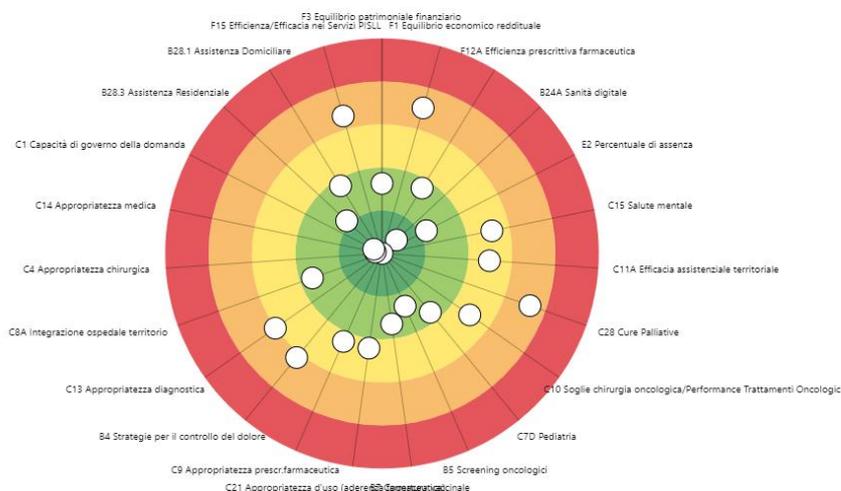
### **1.5.1 Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali**

Sono oltre 10 anni che la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa si occupa di misurare le performance dei sistemi regionali e delle aziende sanitarie, valutandoli per la loro capacità di: promuovere la salute della popolazione; tradurre le strategie in risultati; garantire la qualità dell'assistenza; migliorare l'esperienza del paziente; costruire un adeguato clima organizzativo; promuovere la sicurezza sanitaria; raggiungere tutti gli obiettivi di cui sopra attraverso un corretto utilizzo delle risorse.

Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna Regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria. Un processo di condivisione interregionale ha portato alla selezione di circa 450 indicatori, di cui circa 170 di valutazione, volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, le diverse dimensioni della performance del sistema sanitario. I risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio, che offre un intuitivo quadro di sintesi della performance, illustrandone immediatamente punti di forza e punti di debolezza. Per poter interpretare correttamente i dati a disposizione, occorre però ricordare che non tutte le regioni italiane partecipano al Sistema di Valutazione del Network delle Regioni della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e non in tutti gli indicatori sono rappresentate tutte le Regioni aderenti.

Il grafico seguente è il più aggiornato e fa riferimento all'anno 2023, esso offre un'intuitiva rappresentazione di sintesi dei risultati ottenuti dall'ATS della Val Padana. Lo schema del bersaglio permette di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza. I "pallini" del bersaglio rappresentano la performance degli indicatori di sintesi. Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa esterna.

## Bersaglio 2023 - ATS della Val Padana



Come si vede dal grafico l'ATS della Val Padana ha realizzato ottimi risultati negli indicatori di appropriatezza medica e chirurgica, entrambi rilevano quando le prestazioni sono erogate con le giuste tempistiche e secondo standard clinici riconosciuti e condivisi, in modo da rispondere efficacemente ai bisogni del paziente, ottimizzando il rapporto tra costi, rischi e benefici. Ottimi risultati sono stati rilevati anche nella capacità di governo della domanda di assistenza sanitaria dei cittadini, ciò significa che sono state fornite adeguate e appropriate risposte ai bisogni sanitari, con particolare riguardo ai ricoveri ospedalieri e al tasso di ospedalizzazione. Sono stati misurati buoni risultati nell'indicatore che monitora la percentuale di assenza dei dipendenti dal posto di lavoro, considerato un indicatore del clima interno aziendale. Viene inoltre segnalata una buona performance nel settore dell'assistenza domiciliare, stabilita attraverso valutazioni delle cure domiciliari e del servizio ADI per ogni livello di CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale). Mentre vi è un risultato mediocre per quanto concerne l'indicatore di efficacia assistenziale territoriale, che si basa su misurazioni dell'efficacia indiretta delle cure primarie, come ad esempio la valutazione dei tassi di ospedalizzazione per patologie croniche ad alta prevalenza (diabete, BPCO, scompenso cardiaco), integrata con rilevazioni sulla capacità di presa in carico sul territorio. Buoni risultati si sono ottenuti nell'ambito dell'efficienza della prescrizione farmaceutica, questo indicatore monitora l'utilizzo di molecole non coperte da brevetto, che hanno un costo minore rispetto a quelle che hanno ancora la copertura brevettuale (l'utilizzo dei farmaci equivalenti consente di liberare risorse da investire in altre classi di farmaci). Mentre per gli altri indicatori farmaceutici si sono valutati dei risultati medi, nello specifico per gli indicatori di appropriatezza prescrittiva farmaceutica, che indica il corretto utilizzo dei farmaci in base alle evidenze scientifiche disponibili per il trattamento di una determinata condizione medica, e nell'ambito dell'aderenza farmaceutica, cioè l'aderenza da parte

del paziente rispetto alle indicazioni e prescrizioni terapeutiche fornite dal medico. Buoni risultati invece si sono ottenuti in ambito di integrazione ospedale-territorio, attività valutata in base alla capacità delle strutture territoriali di prendere in carico l'utente guardando nello specifico la percentuale di ricoveri maggiori di 30 giorni, il tasso di accesso al Pronto Soccorso e il tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali. Si sono realizzate buone performance anche nei settori dell'assistenza in età pediatrica e dell'assistenza residenziale, quest'ultima valutata attraverso l'analisi del flusso delle prestazioni residenziali e semiresidenziali. Un buon risultato si ha anche in campo patrimoniale e finanziario, valutato con indicatori di solvibilità e solidità tradizionalmente utilizzati nelle analisi di bilancio. Così come hanno ottenuto buoni risultati i programmi di screening oncologici e le performance dei trattamenti oncologici. Riguardo l'adozione della sanità digitale da parte dei cittadini e dei professionisti del settore sanitario si sono invece registrati ottimi risultati. Mentre le attività territoriali e ospedaliere attive nel settore della salute mentale hanno ottenuto un risultato intermedio. Si nota tuttavia una scarsa performance per quel che riguarda la strategia di controllo del dolore, tale indicatore è riferito al consumo territoriale di farmaci oppioidi. È da migliorare anche l'ambito dell'appropriatezza diagnostica, basata sulla valutazione dei tassi di prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei tassi di prestazioni di diagnostica per immagine. Infine, si sono ottenuti degli scarsi risultati anche per gli indicatori di efficienza ed efficacia nei servizi PISLL ed equilibrio economico reddituale, dove il primo analizza i fenomeni di rilevante importanza per il monitoraggio dell'attività del settore Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di lavoro, mentre il secondo esprime la capacità dell'azienda di raggiungere condizioni di funzionalità e sviluppo durature nel tempo.

Riassumendo, per l'ATS della Val Padana sono stati analizzati i 23 indicatori pubblicati dall'Istituto Sant'Anna come elencato in tabella che segue. Di questi, sono stati classificati:

- 13 indicatori in fascia verde (buono/ottimo risultato) → 56%
- 5 indicatori in fascia gialla (medio risultato) → 22%
- 5 indicatori in fascia arancio-rossa (scarso/pessimo risultato) → 22%

INDICATORE	RISULTATO
C4 Appropriatelyzza chirurgica	Ottimo
C14 Appropriatelyzza medica	Ottimo
C1 Capacità di governo della domanda	Ottimo
B24A Sanità digitale	Ottimo
B28.3 Assistenza Residenziale	Buono
E2 Percentuale di assenza	Buono
B5 Screening oncologici	Buono
F3 Equilibrio patrimoniale finanziario	Buono
B7 Copertura vaccinale	Buono
C8A Integrazione ospedale territorio	Buono
C7D Pediatria	Buono
F12A Efficienza prescrittiva farmaceutica	Buono
B28.1 Assistenza Domiciliare	Buono
C21 Appropriatelyzza d'uso (aderenza farmaceutica)	Medio
C9 Appropriatelyzza prescr.farmaceutica	Medio
C10 Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici	Medio
C11A Efficacia assistenziale territoriale	Medio
C15 Salute mentale	Medio
C13 Appropriatelyzza diagnostica	Scarso
B4 Strategie per il controllo del dolore	Scarso
F15 Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	Scarso
F1 Equilibrio economico reddituale	Scarso
C28 Cure Palliative	Scarso

*Sintesi qualitativa degli indicatori Sant'Anna per l'ATS della Val Padana, anno 2023*

## 1.5.2 Il Programma Nazionale Esiti (PNE)

Di seguito si riporta una breve analisi qualitativa riguardo quanto evidenziato dai dati del PNE (Programma Nazionale Esiti). Si tratta di uno strumento messo a disposizione da AGENAS per la valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo. Sono riportati di seguito gli indicatori di processo/esito di assistenza ospedaliera e territoriale per ATS Val Padana in confronto con la media nazionale. Si è scelto di riportare solo le differenze evidenziate come statisticamente significative rispetto alla media nazionale, espresse come Rischio Relativo (RR). Occorre ricordare che gli indicatori sono presentati come tassi, grezzi e aggiustati per le caratteristiche delle popolazioni in esame. L'anno di riferimento è il 2023. Gli indicatori definiti come "negativi" sono riferiti ad eventi per cui è auspicabile una riduzione dei tassi, di conseguenza per questi un RR inferiore

all'unità descrive una situazione migliore rispetto agli altri territori. Al contrario, gli indicatori definiti come "positivi" descrivono un evento positivo, per cui in questo caso è auspicabile un aumento dei tassi e un RR superiore all'unità.

Per l'area perinatale il nostro territorio ha un comportamento virtuoso rispetto alla media nazionale; infatti, si rileva una minor proporzione di parti con taglio cesareo primario e di episiotomie nei parti vaginali, in aggiunta si ha una maggior proporzione di parti vaginali effettuati in donne con pregresso taglio cesareo. Per l'area cardiovascolare si hanno performance peggiori rispetto alla media in merito agli eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari ad un anno da infarto acuto del miocardio, però si hanno performance positive rispetto alla media per quanto riguarda la proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service. Sono positivi i risultati ottenuti rispetto alla media nazionale nell'area cerebrovascolare, infatti dopo un evento di ictus ischemico si hanno rischi relativi minori rispetto alla mortalità e allo sviluppo di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari ad un anno dall'evento. In merito all'area urogenitale si ha una ridotta mortalità a 30 giorni dal ricovero per insufficienza renale cronica ma si ha una maggiore proporzione rispetto alla media di ricoveri per evento acuto grave entro due anni da un ricovero per insufficienza renale cronica. Nel settore della

chirurgia oncologica la mortalità a 30 giorni dopo intervento chirurgico per tumore maligno del colon è ridotta rispetto alla media nazionale, mentre è peggiore la proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella e la mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia. Infine, si hanno performance peggiori rispetto alla media nazionale per la proporzione di ricoveri in day surgery per colecistectomia laparoscopica e per quanto riguarda le fratture del collo del femore operate entro 48 ore (o due giorni) dall'accesso nella struttura di ricovero.

Indicatore positivo	N	Tasso grezzo	Tasso adj	RR	p
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	572	19.58	19.38	1.67	0
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service	450	62.44	61.25	1.09	0.024
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	1052	52.28	51.76	0.92	0.005
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero	1050	61.71	61.22	0.87	0
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	941	21.79	20.26	0.64	0

PNE: Indicatori di processo/esito di assistenza ospedaliera per area territoriale - confronto con la media nazionale

Indicatore negativo	N	Tasso grezzo	Tasso adj	RR	p
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	626	1.92	1.88	0.51	0.025
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	1188	7.32	6.97	0.61	0
Ictus ischemico: MACCE a 1 anno	815	12.02	11.89	0.67	0
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	3226	7.69	7.79	0.74	0
Ictus ischemico: MACCE a 1 anno con mortalità per ogni causa	815	22.95	21.26	0.75	0
Ictus ischemico: mortalità a 1 anno	815	14.48	12.4	0.77	0.009
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	4106	18.58	19.9	0.88	0.001
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a 1 anno	1162	23.06	23.32	1.29	0.01
IMA: MACCE a 1 anno con mortalità per ogni causa	1162	29.43	30.65	1.32	0.001
Proporzione di ricoveri per evento acuto grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica	370	24.59	23.99	1.32	0.005
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella - con nuove variabili	598	7.69	7.57	1.34	0.042
Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	448	5.13	5.45	1.84	0.004

PNE: Indicatori di processo/esito di assistenza ospedaliera per area territoriale - confronto con la media nazionale

## 2. Area Sanitaria

### 2.1 Contesto di riferimento Strutture sanitarie di Ricovero e Cura

Rete di offerta sanitaria – ATS Val Padana al 1/1/2025

STRUTTURE SENZA DEGENZA		N° Strutture Accreditate			
<b>POLIAMBULATORI (specialistica, laboratori, diagnostica per immagini,..)</b>		28			
STRUTTURE MONOSPECIALISTE		N° Strutture Accreditate			
<b>DIALISI - CAL</b>		0			
<b>ODONTOIATRICHE</b>		0			
<b>CENTRI MEDICINA DELLO SPORT</b>		9			
<b>DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</b>		0			
<b>MEDICINA DI LABORATORIO</b>		0			
<b>CENTRI OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA</b>		0			
<b>PUNTI PRELIEVO</b>		0			
STRUTTURE CON DEGENZA		PUBBLI CHE	PRIVA TE	IRCCS PUBBLICI	IRCCS PRIVATI
<b>N° Enti</b>		3	6	0	1
<b>N° Presidi</b>		7	7	0	1
<b>N° Strutture degenza/urgenza</b>	<b>PPI</b>	0	0	0	0
	<b>PS</b>	1	2	0	0
	<b>DEA</b>	4	0	0	0
	<b>EAS</b>	1	0	0	0
<b>N° PL Accreditati (Degenza)</b>		2193	503	0	0
<b>N° PL Terapia Intensiva Accreditati</b>	<b>RIA</b>	48	4	0	0
	<b>UCC</b>	0	0	0	0
	<b>DEDICATI A SPECIALISTICHE (CCH-NCH)</b>	0	0	0	0
<b>N° PL Astanteria OBI</b>		32	4	0	0
<b>N° PL Diurni DH/DS</b>		132	51	0	0
<b>N° PL tecnici BIC/MAC</b>		200	32	0	0
<b>N° PL Nido</b>		84	0	0	0
SUB ACUTE	<b>N° Strutture Accreditate</b>	<b>N° PL</b>			
	6	125			
STRUTTURE RIABILITATIVE	<b>N° Strutture Accreditate</b>	<b>N° PL Degenza Accreditate</b>		<b>N° PL Diurni (DH/MAC)</b>	
	<b>PUBBLICHE</b>	1	75	6	
	<b>PRIVATE</b>	3	221	31	
STRUTTURE PSICHIATRIA		<b>N° Strutture Accreditate</b>			
<b>Strutture Residenziali</b>		26			
<b>Strutture Non Residenziali</b>		16			
STRUTTURE NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		<b>N° Strutture Accreditate</b>			
<b>Strutture Residenziali</b>		5			
<b>Strutture Non Residenziali</b>		15			
		<b>N° PL</b>			
<b>Strutture Residenziali</b>		292			
<b>Strutture Non Residenziali</b>		/			
		<b>N° PL</b>			
<b>Strutture Residenziali</b>		50			
<b>Strutture Non Residenziali</b>		/			



Sul territorio di competenza della ATS Val Padana opera una rete delle Strutture di Ricovero e Cura, composta da 3 ASST (7 Presidi Ospedalieri), 3 case di cura private accreditate e a contratto per prestazioni di ricovero, 4 strutture ospedaliere private accreditate e a contratto per prestazioni di ricovero, 1 IRCCS privato accreditato e a contratto per prestazioni di ricovero, 28 strutture ambulatoriali accreditate, 9 Centri di Medicina Sportiva, 6 strutture con Unità Operativa di Attività di Cure Sub Acute accreditate e a contratto, 26 strutture residenziali di psichiatria, 16 strutture di psichiatria non residenziali, 5 strutture residenziali di neuropsichiatria infantile private accreditate e 15 strutture non residenziali di Neuropsichiatria infantile.

## 2.2.Vigilanza delle Strutture Sanitarie Accreditate-Programmazione 2024

Come indicato nella DGR XII/3720 del 30.12.2024 “Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione del SSN per l’anno 2025” e a seguito del recepimento delle linee guida dell’Organismo Tecnicamente Accreditante in ordine alle modalità di verifica dei requisiti di accreditamento, si riportano gli ambiti sanitari oggetto di indagine e verifica:

- **Riclassificazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio** (DGR n. XI/7044 del 26.09.2022): monitoraggio a seguito delle scadenze previste dalla normativa sopra citata;

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Monitoraggio scadenze Riclassificazione Medicina di Laboratorio
Modalità	Da remoto
Numerosità dei controlli programmati	n. 17 laboratori coinvolti + 3 Punti Prelievi di Strutture con laboratorio esternalizzato
Flusso o basi dati utilizzati	SIGAUSS
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Controllo documentale
Strumenti Operativi	Check List SIGAUSS
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico, amministrativo
Cronoprogramma	Scadenze Regionali indicate nella DGR 7044/2022 e smi

- **Verifica mantenimento requisiti per Strutture ambulatoriali Medicina dello Sport**

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifica mantenimento requisiti per Strutture ambulatoriali Medicina dello Sport
Modalità	In Presenza
Numerosità dei controlli programmati	n. 4 strutture coinvolte
Flusso o basi dati utilizzati	SIGAUSS

Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo
Strumenti Operativi	Check List SIGAUSS
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico, amministrativo
Cronoprogramma	Entro il 31/12/2025

- **Accreditamento posti letto riabilitativi ospedalieri cod. 75 (neuroriabilitazione) secondo requisiti di accreditamento approvati con DGR n.7860 del 31/01/2023**

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Riclassificazione posti letto riabilitativi cod 75
Modalità	In presenza
Numerosità dei controlli programmati	n. 3 strutture coinvolte
Flusso o basi dati utilizzati	SIGAUSS
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo
Strumenti Operativi	Check List SIGAUSS ed indicazioni Regionali
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico, amministrativo
Cronoprogramma	Entro il 30/06/2025

Nel corso dell'anno saranno sviluppate ulteriori attività quali:

- **Monitoraggio annuale delle strutture sanitarie pubbliche e private in proroga dei termini per l'adeguamento tecnologico e strutturale (DGR n. XI/5806 del 29.12.2021), con rendicontazione annuale a Direzione Generale Welfare;**

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Monitoraggio stato avanzamento requisiti strutturali in proroga
Modalità	Da Remoto
Numerosità dei controlli programmati	n. 30 strutture coinvolte (numero in difetto in quanto alcune strutture ospedaliere sono suddivise in più edifici e/o padiglioni)
Flusso o basi dati utilizzati	Report Regionale
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Recepimento e valutazione relazioni Enti erogatori
Strumenti Operativi	Report Regionale
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico, amministrativo
Cronoprogramma	Scadenza 30/09/2025

- **Verifica delle Non Conformità segnalate con cadenza bimestrale dal Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio di Regione Lombardia (DGR n. 7044 del 26.09.2022);**

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifiche segnalazioni Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio
Modalità	Da remoto
Numerosità dei controlli programmati	n. 17 laboratori coinvolti
Flusso o basi dati utilizzati	SIGAUSS – Report Centro Regionale medicina laboratorio
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Verifica da remoto
Strumenti Operativi	Prospetto Centro Regionale della Medicina di Laboratorio
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico, amministrativo
Cronoprogramma	Ogni bimestre

- **Monitoraggio e Verifica di congruenza** tra branche specialistiche ambulatoriali a contratto e effettiva erogazione delle prestazioni;

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Monitoraggio e Verifica di congruenza tra branche specialistiche ambulatoriali a contratto e effettiva erogazione delle prestazioni
Modalità	Da remoto
Numerosità dei controlli programmati	Tutte le strutture
Flusso o basi dati utilizzati	SIGAUSS, 28 SAN
Modalità di campionamento	Tutte le strutture
Modalità operative di esecuzione	Estrazione delle branche accreditate ma non più attive e segnalazione alla struttura
Strumenti Operativi	Data base
Composizione Equipe di vigilanza	Equipe miste Accreditamento e NOC
Cronoprogramma	Controllo semestrale

In base alle peculiarità territoriali si riportano gli ambiti sanitari oggetto di indagine e verifica:

- **Verifica mantenimento requisiti per le U.O. Poliambulatorio**

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifica mantenimento requisiti per le U.O. Poliambulatorio
Modalità	In Presenza
Numerosità dei controlli programmati	n. 6 strutture
Flusso o basi dati utilizzati	SIGAUSS
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo
Strumenti Operativi	Check List SIGAUSS
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico, amministrativo
Cronoprogramma	Entro il 31/12/2025

- **Verifica mantenimento requisiti per i Reparti di Degenza**

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifica mantenimento requisiti per le U.O. di Degenza
Modalità	In Presenza
Numerosità dei controlli programmati	n. 10 strutture
Flusso o basi dati utilizzati	SIGAUSS
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo
Strumenti Operativi	Check List SIGAUSS
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico, amministrativo
Cronoprogramma	Entro il 31/12/2025

- **Verifica mantenimento requisiti per le Strutture residenziali terapeutico-riabilitative di NPIA**

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifica mantenimento requisiti per le Strutture residenziali terapeutico-riabilitative di NPIA
Modalità	In Presenza
Numerosità dei controlli programmati	n. 3 strutture
Flusso o basi dati utilizzati	SIGAUSS
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo
Strumenti Operativi	Check List SIGAUSS
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico, amministrativo
Cronoprogramma	Entro il 31/12/2025

- **Verifica mantenimento requisiti per Strutture ambulatoriali Unità di Raccolta Sangue e SIMT**

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifiche Biennali Centro Nazionale Sangue
Modalità	In presenza
Numerosità dei controlli programmati	n. 16 UDR e SIMT
Flusso o basi dati utilizzati	SIGAUSS Linee Guida Nazionali SISTRA
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo con Valutatore Nazionale Sangue
Strumenti Operativi	Check List SIGAUSS
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico, amministrativo
Cronoprogramma	Ogni biennio

- **Verifica mantenimento requisiti per Strutture di Procreazione Medicalmente Assistita**

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifiche periodiche
Modalità	In presenza
Numerosità dei controlli programmati	n. 1 Strutture coinvolte
Flusso o basi dati utilizzati	SIGAUSS
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo con Valutatore Regionale PMA
Strumenti Operativi	Check list SIGAUSS
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico, amministrativo
Cronoprogramma	30/06/2025

L'attivazione delle Case di Comunità e Ospedali di Comunità prevede la collaborazione con le equipe di vigilanza sociosanitaria con analisi e/o sopralluogo, considerato le diverse strutture che hanno avviato l'iter procedurale.

### 2.2.1 Modalità operative di esecuzione

La modalità di controllo deve essere svolta secondo la normativa vigente riportata nella procedura di ATS Val Padana PP10.2.5 rev. 01 "Rilascio parere per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie" del 14 dicembre 2023 e PP10.2.6 rev.01 "Vigilanza sui requisiti di autorizzazione e accreditamento" del 17/05/2023.

Di seguito si riportano le principali indicazioni:

- Le tipologie di istanze presentate ad ATS dagli Enti erogatori per l'autorizzazione all'esercizio ed accreditamento di attività sanitarie, le modalità e le tempistiche di processazione sono definite dalla DGR X/3312/2001;
- I sopralluoghi di vigilanza vengono programmati e declinati nel Piano controlli secondo le indicazioni regionali contenute nelle Regole di esercizio dell'anno corrente. Le verifiche ispettive vengono svolte con check list disponibili sul portale SIGAUS e si concludono con un verbale di sopralluogo. Metodologia, tempi e costituzione delle equipe sono indicati nella procedura sopra indicata.

Nella tabella seguente si riportano le modalità operative previste per la gestione delle Istanze di Accreditamento

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Istanze di autorizzazione ed accreditamento (comprese Istanze presentate con Perizia asseverata)
Modalità	In Presenza e da Remoto per verificare i requisiti autorizzativi e di accreditamento previsti dalla normativa vigente.
Numerosità dei controlli programmati	Numerosità non programmabile perché in riferimento alle istanze presentate dalle singole strutture
Flusso o basi dati utilizzati	//
Modalità di campionamento	Processazione di tutte le istanze pervenute nei modi e nei tempi previsti dalla normativa vigente (100% istanze presentate)
Modalità operative di esecuzione	La verifica dei requisiti Organizzativi Specifici e Generali nonché i requisiti Strutturali vengono valutati sia da remoto sia con successivo sopralluogo concordato con la struttura.  La sola verifica della documentazione da remoto può trovare applicazione solo in specifici casi ove i requisiti richiesti siano verificabili tramite l'esame della documentazione ricevuta.

## 2.2.2. Composizione equipe

Presso ATS Val Padana sono presenti diverse figure professionali, operanti su due sedi territoriali (Cremona e Mantova). Nel complesso gli operatori sono i seguenti:

- 1 Dirigente Medico Direttore di Struttura Complessa;
- 1 Dirigente Medico Professional (full time);
- 2 Infermieri (full time);
- 1 Collaboratore Amministrativo (full time);

## 2.3 Controlli NOC Ricoveri - Programmazione 2025

ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Quota del 12,5% dei ricoveri prodotti nell'anno solare 2024
Modalità	Sia in presenza sia da remoto
Numerosità dei controlli programmati	17 strutture di ricovero e cura Totale stimato 11583
Flusso o basi dati utilizzati	Base dati SDO e SDO-D 2024-2025
Modalità di campionamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• quota di almeno il 6% riferita ai controlli mirati di congruenza ed appropriatezza generica;</li> <li>• quota fino al 3,5% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte di ATS;</li> <li>• quota fino al 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte di ATS.</li> </ul>
Modalità operative di esecuzione	La modalità di controllo deve essere svolta secondo la normativa vigente (DGR 4799/2007; DGR 937/2010; DGR 9173/2009; DGR 2057/2011) la quale è riportata anche nella procedura di ATS PP10.2.7 "Attività di vigilanza del NOC" del 18 dicembre 2023
Strumenti Operativi	Applicativo Quadrifoglio next per campionamento, verifica e verbalizzazione. Check-list qualità documentale (DGR 621/2010- Allegato 1 e successive integrazioni) e Manuale ICD 9 Cm versione 24.
Composizione Equipe di vigilanza	Equipe miste: Dirigenti Medici (n. 2), Dirigente Professioni Sanitarie (n.1), Assistenti Sanitari (n. 3) e Infermieri (n.2).
Cronoprogramma	Controllo tipologia mirata nel primo semestre 2025 sui mesi non verificati del 2024 e secondo priorità stabilite da Regione Lombardia. Autocontrolli nel secondo semestre 2025. Eventuali controlli tipologia mirata nel secondo semestre 2025 sul periodo 2025 disponibile.

### 2.3.1 Modalità e numerosità dei controlli

La DGR N°XII/3720 del 30/12/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025” ha stabilito che l’esercizio dell’attività NOC decorra dal 01/01/2025 al 31/12/2025 e il volume dei controlli atteso sia pari ad almeno il 12,5% calcolato sulla produzione dell’anno precedente.

A questo proposito, si precisa che la quantità attesa di controlli sui ricoveri è calcolata considerando:

1. quota di almeno il 6% riferita ai controlli mirati di congruenza ed appropriatezza generica;
2. quota fino al 3,5% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte dell’ATS;
3. quota fino al 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte della ATS.

In attesa di ricevere da DG Welfare di Regione Lombardia la nota contenente le indicazioni relative alla numerosità dell’atteso definitivo calcolato sulla produzione consolidata dell’anno 2024, si è provveduto a stimare il debito in base alla produzione attualmente disponibile, come da tabella sotto riportata, suddiviso per tipologia di controllo e struttura di ricovero.

COSP	SUBCOSP	Denominazione Struttura	ricoveri	6%	3,50%	C.NOC	3%	C.NOC	12,50%
030209	00	OSPEDALE MAGGIORE - CREMA	12.929	776	453	79	388	76	1.616
030215	00	OSPEDALE S. MARTA - RIVOLTA D'ADDA	599	36	21	21	18	18	75
030217	00	CASA DI CURA ANCELLE DELLA CARITA'	691	41	24	24	21	21	86
030218	00	CASA DI CURA S. CAMILLO - CREMONA	2.452	147	86	43	74	43	307
030219	00	CASA DI CURA FIGLIE DI S.CAMILLO-CR	5.169	310	181	61	155	61	646
030227	01	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA	1.701	102	60	37	51	37	213
030227	02	PRES. RIABIL. MULTIFUNZ. BOZZOLO	878	53	31	31	26	22	110
030239	00	OSP.CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE	5.121	307	179	61	154	61	640
030259	00	CASA DI CURA S. CLEMENTE	3.208	192	112	49	96	49	401
030273	00	PRESIDIO OSPEDALIERO OGLIO PO	4.058	243	142	55	122	55	507
030353	00	OSPEDALE CIVILE DI VOLTA	2.936	176	103	49	88	43	367
030355	00	OSPEDALE MONTECCHI	6.319	379	221	67	190	67	790
030357	00	OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE	4.560	274	160	61	137	55	570
030390	00	CURE SUBACUTE SONCINO	480	29	17	17	14	14	60
030395	00	NUOVO ROBBIANI - SORESINA	232	14	8	8	7	7	29
030907	00	OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	22.330	1.340	782	85	670	85	2.791
030908	00	ISTITUTI OSPITALIERI - CREMONA	18.228	1.094	638	83	547	83	2.279
030933	00	FOND.S.MAUGERI-CENTRO MEDICO	775	47	27	27	23	23	97
totale		ATS VAL PADANA	92.666	5.560	3.243	858	2.780	820	11.583

I controlli potranno essere in presenza o da remoto.

## **2.3.2 Modalità operative di esecuzione**

Il controllo deve essere svolto secondo la normativa vigente riportata nella procedura di ATS Val Padana PP10.2.7 “Attività di vigilanza del NOC” del 18 dicembre 2023, della quale si riportano di seguito i principali contenuti:

- il preavviso della visita ispettiva e la trasmissione degli elenchi delle pratiche soggette a controllo saranno inoltrati da ATS via pec alla Struttura non prima delle 48 ore precedenti il controllo; il preavviso non è più da considerarsi obbligatorio ai sensi della DGR 4799/2007;
- al termine del controllo, si procede contestualmente, o in una data successiva, alla disamina delle eventuali pratiche contestate in presenza dei rappresentanti della struttura o di un loro delegato; qualora sussistano le condizioni per irrogare la sanzione amministrativa, la Struttura deve essere resa edotta formalmente sul verbale di accertamento.

## **2.3.4 Modalità di campionamento**

### **2.3.4.1 Autocontrollo di congruenza**

Oggetto dell'autocontrollo di congruenza saranno le cartelle cliniche prodotte nel primo quadrimestre dell'anno solare 2025 (gennaio - aprile), selezionate, anche per quest'esercizio, con criteri di campionamento definiti dagli stessi erogatori, potendo gli stessi inserire detta attività nel contesto dell'autocontrollo interno già organizzato dalle strutture erogatrici.

Il numero di ricoveri da sottoporre a questa tipologia di autocontrollo deve corrispondere al 3,5% della produzione finanziata dal SSR nell'anno solare 2024 fino al numero massimo provvisorio di cartelle indicato nella tabella precedente.

Entro il 15 febbraio 2025 le Strutture di ricovero devono inviare alla ATS un Piano di Controllo Aziendale in cui siano esplicitati i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzate nel pieno rispetto del quadro normativo regionale. I Piani di controllo aziendali sono soggetti ad approvazione da parte dell'ATS.

Come previsto dalla DGR n. IX/4334/2012, tutta l'attività svolta in autocontrollo da parte degli erogatori, seguita poi da verifica di concordanza da parte delle ATS, non sarà soggetta a possibilità di sanzione, in applicazione del principio del “ravvedimento operoso”. Detto principio è da intendersi applicabile però solo nel caso in cui l'esito di concordanza ATS/Erogatore sia positivo.

In caso di concordanza negativa, si procederà all'estensione della verifica all'intera produzione disponibile nell'ambito dello stesso episodio ispettivo e l'estensione riguarderà almeno le fattispecie di errore riscontrate nel mini-campione di concordanza; in questo caso, se ne incorrono gli estremi, si procederà quindi anche alla sanzione amministrativa.

Gli Erogatori dovranno inviare mensilmente in ATS gli elenchi delle cartelle cliniche campionate.

Gli esiti della descritta attività dovranno pervenire entro il 30 giugno 2025 alla ATS di appartenenza, la quale procederà quindi alla verifica di concordanza sugli esiti prodotti e alla conclusione del relativo iter amministrativo entro la scadenza prevista dal proprio debito informativo verso gli Uffici regionali (10 gennaio 2026).

La trasmissione degli esiti dell'autocontrollo di congruenza tra Erogatori ed ATS nei tempi previsti (30 giugno 2025), avverrà invece secondo quanto indicato alla Circolare prot. n. H1.2013.0022981 del 02.08.2013 tenendo conto di quanto indicato nell'allegato A della DGR 2313 del 01/08/2014 e ulteriori comunicazioni.

#### **2.3.4.2. Autocontrollo della qualità documentale (3%)**

L'attività di autocontrollo è rivolta al soddisfacimento del requisito di completezza della compilazione della cartella clinica come previsto dal Manuale del Fascicolo di Ricovero (VIII Rev.01-2021) e dalle DGR n. 9014/2009 e 621/2010. Il campionamento delle pratiche oggetto di autocontrollo della qualità documentale da parte di ATS sarà casuale e riguarderà la produzione dei primi tre mesi dell'anno solare 2025 (gennaio - marzo).

Il numero di ricoveri da sottoporre a questa tipologia di autocontrollo deve corrispondere al 3% della produzione finanziata dal SSR nell'anno solare 2024, fino al numero massimo di cartelle indicato nella tabella precedente.

L'Erogatore invierà i propri esiti di autocontrollo, con le modalità previste dalla normativa vigente, entro il 30 giugno 2025.

La ATS procederà alle proprie verifiche di concordanza sui suddetti esiti e alla conclusione del relativo iter amministrativo entro la consueta scadenza prevista dal proprio debito informativo verso gli Uffici regionali (10 gennaio 2026).

#### **2.3.4.3 Verifiche di concordanza**

In entrambe le tipologie di autocontrollo, si utilizzerà la metodologia introdotta con le Regole 2013 utilizzando la formula di Levi – Lemeshow per determinare la numerosità del campione da sottoporre a verifica di concordanza da parte della ATS e le modalità di calcolo del livello di concordanza stesso. Di conseguenza le pratiche che verranno verificate dagli operatori del NOC saranno pari a massimo 858 per quanto riguarda l'autocontrollo di congruenza e a massimo 820 per quanto riguarda l'autocontrollo di qualità documentale.

#### 2.3.4.4 Controlli di Congruenza (6%)

L'attività di controllo sarà effettuata sia sulla produzione consolidata degli anni passati (2023-2024) sia su quella dell'anno in corso e le cartelle cliniche saranno valutate secondo le regole di codifica vigenti relative ai criteri della appropriatezza e congruenza e qualità documentale (Manuale del Fascicolo di Ricovero III Rev.01-2021, DGR VIII/9014/2009 e alla DGR 621/2010). Di conseguenza, nell'ambito dei controlli di tipologia mirata, in caso di riscontro di gravi carenze documentali rispetto ai requisiti previsti dalla normativa precedentemente citata, sarà possibile procedere alla decurtazione totale o parziale della remunerazione del ricovero (come richiamato dal Verbale del GdL regionale del 14.12.2011, Punto 6).

Nel primo caso verrà applicato dal NOC l'esito B, mentre nel secondo caso sarà applicato l'esito M.

La selezione delle cartelle cliniche terrà conto degli indicatori di performance segnalati dalla DG Welfare sul portale di Governo, oltre che delle analisi effettuate a livello locale e degli esiti delle attività di controllo svolte negli esercizi precedenti, con particolare riferimento alle prescrizioni contenute nei verbali di accertamento.

I criteri da adottare nell'attività di controllo di congruenza mirata sono i seguenti:

- Individuazione dei 108 DRG a rischio di inappropriatezza, con particolare riguardo a quelle strutture che supereranno il valore soglia del 18% nel rapporto tra ricoveri ordinari afferenti a tali DRG rispetto ai ricoveri afferenti ai restanti DRG. Si procederà alla verifica di quanto previsto dalla DGR 1185/2013, Allegato 3 - Sub Allegato A, "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatezza aggiornata dalla DGR 1046/2018 e dalla DGR n. XI/1444/2019 (tipo 8);
- Individuazione dei DRG con diagnosi complicanti per verifica dell'evidenza in cartella del maggior assorbimento di risorse relativo alle stesse diagnosi secondarie complicanti (tipo 2);
- Attività di verifica delle prestazioni di ricovero in DH con DRG medico e chirurgico (rispettivamente tipo 5- tipo 8)
- DRG legati alla chirurgia dermatologica secondo indicazioni delle DGR VIII/2645/2006 e DGR VIII/3111/2006" (TIPO D);
- Ricoveri programmati con DRG chirurgico con intervento eseguito nella giornata successiva a quella d'ingresso al fine di verificare l'appropriatezza della giornata (Tipo Z);
- Verifica della corretta rendicontazione dei ricoveri in cui sulla SDO sono presenti i codici di diagnosi di 038\* "Setticemia", 9959\* "sepsi/sepsi severa" e 77582 "Shock settico" secondo indicazioni 2057/2011 e successive integrazioni (tipo 8);

- Selezione dei codici in prima diagnosi V10\*\* Anamnesi personale di tumore maligno al fine di verificare le indicazioni presenti sulla DGR 2057/2011, in particolare riferimento del DRG 408 e 407 (tipo 8);
- Come da Deliberazione X/7600 del 20/12/2017 si continuerà a campionare i DRG afferenti alla Patologia Neonatale e la TIN (tipo 8);
- Verifica dei DRG afferenti all'impianto di Endoprotesi secondo le nuove indicazioni descritte nella DGR XI/5924 del 07/02/2022, nella DGR XI/7758 del 2022, DGR 285/2023 e DGR XII 3720/2024(tipo 8);
- Verifica dei ricoveri ripetuti Intra-ente (tipo 1);
- Verifica della correttezza della rendicontazione delle prestazioni riconducibili alla Macroattività chirurgica a bassa intensità operativa ed assistenziale (BIC), come da Allegato A della DGR n. VIII/10804/2009 e successive integrazioni, e alla Macroattività ambulatoriale complessa e ad alta integrazione di risorse (MAC), come da Allegato 4 della DGR n. IX/2946/2012(tipo 8);
- Selezione dei codici di diagnosi V64\*\* Procedura non eseguita per.....” in qualunque posizione sulla SDO (tipo 8);
- Verifica e campionamento dei DRG anomali (tipo 3);
- Selezione dei ricoveri in cui viene codificata la diagnosi di infarto miocardico acuto (IMA) episodio iniziale di assistenza o Infarto sub endocardico acuto episodio iniziale di assistenza per verificare le indicazioni contenute nella DGR 2057/2011 e nella DGR X/6006/2016 (tipo 8);
- DRG legati alla chirurgia plastica ricostruttiva presenti nel documento denominato “COMMISSIONE CHIRURGIA - PLASTICA RICOSTRUTTIVA” del 2011(tipo 8);
- DRG legati della chirurgia del Tumore della mammella anche secondo la DGR 3720/2024 e DGR 3955/2015(tipo 8)
- DRG 042 “interventi su strutture intraoculari escl. Retina, iride e cristallino con procedura 1472(tipo 8)
- DRG legate alla Rete Pancreas DGR 1802/2024(tipo 8)
- Episodi di ricovero legati all'impianto di pompa coassiale secondo le disposizioni contenute nell'appendice 4 della DGR 3720/2024(tipo 8)
- DRG legati alla rete stroke come secondo le disposizioni contenute nella DGR 7758/2022 (“Allegato 4”) e DGR XII 3720/2024 (tipo 8);
- DRG legati per il trattamento TAVI (Transcatetere della Stenosi Valvolare Aortica)( tipo 8)

Secondo la DGR 3720/2024, durante i controlli delle prestazioni di ricovero per il trattamento TAVI (Transcatetere della Stenosi Valvolare Aortica) per i pazienti dimessi dal 01.01.2025 sarà necessario verificare la presenza del documento dell'Heart Team, sottoscritto dai componenti per ogni paziente

candidato come previsto dal Decreto n. 15121/2020. L'Heart Team deve infatti includere un Cardiologo Interventista, un Cardiocirurgo, un Anestesista Intensivista e un esperto di Imaging, con la possibilità di coinvolgere altri specialisti. Il parere dell'Heart Team è obbligatorio e il verbale della discussione deve essere parte integrante della cartella clinica.

Sarà previsto opportuno abbattimento economico ove la compilazione del documento risulti assente o incompleta.

#### **2.3.4.5 Attività di verifica delle prestazioni di ricovero presso i reparti di Cure Subacute**

La Deliberazione n. 1185 del 20/12/2013 dispone di modificare in parte i criteri di accesso del paziente alle cure subacute individuati dalla DGR n. IX/1479/2011, rivedendo al contempo gli item (e i relativi punteggi) utili alla determinazione dell'Indice di Intensità Assistenziale.

Le verifiche che verranno condotte sui ricoveri prodotti nel corso del 2024 e 2025 verteranno principalmente su:

1. Appropriatelyzza dei ricoveri:
  - Rispetto dei criteri di arruolamento;
  - Rispetto dei criteri di accesso;
  - Rispetto dei criteri di esclusione;
  - Verifica della corretta rappresentazione dei bisogni assistenziali del paziente.
2. Qualità documentale della cartella clinica.

L'attività del NOC si potrà concentrare anche sulla produzione dei ricoveri di degenza breve (<10 giorni) e/o ricoveri con una durata maggiore ai 40 giorni al fine di verificare l'appropriatezza delle singole giornate.

#### **2.3.4.6 Attività di verifica delle prestazioni di ricovero presso i reparti di Riabilitazione**

Nell'anno 2025 le ATS per quanto di competenza monitoreranno l'implementazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera Riabilitazione (SDO-R) preliminare alla attuazione del Decreto ministeriale del 5 agosto 2021, che definisce i criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera (reparti codice 56, codice 75 e codice 28) dei pazienti adulti di tipo neurologico, pneumologico, cardiologico e ortopedico (MDC 1-4-5-8), poiché la DGR 3720/2024 ha prorogato di un ulteriore anno la sua sperimentazione.

Le attività di verifica di congruenza e appropriatezza, tuttavia, verranno condotte utilizzando il flusso SDO-D (istituito con nota regionale Prot.G1.2024.0023847 del 19.06.2024) secondo la DGR

X/6006/2016 e/o ulteriore normativa regionale vigente sia sui ricoveri prodotti nell'anno 2024 sia nell'anno 2025.

I ricoveri verranno controllati anche secondo le indicazioni presenti nelle DGR 621/2010, in particolare per quanto riguarda la presenza del progetto riabilitativo individuale (PRI) e del programma riabilitativo individuale (Pri). Saranno verificati altresì gli standard riabilitativi di trattamento individuale di almeno 500 min/paziente/settimana per la IAC (nei Presidi di cui al DDGS n. 3065 del 17.04.2015, Allegato 2) e di almeno 380 min/paziente/settimana per l'Intensiva, da parte degli operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione con le qualifiche di fisioterapista, terapeuta occupazionale, logopedista, terapeuta della neuro psicomotricità, educatore, psicologo e dietista secondo la DGR n. X/1980 del 20.06.2014.

In assenza di quanto prescritto, si procederà alla decurtazione delle giornate di ricovero (esito D) sulla base della differenza tra minutaggio atteso e minutaggio effettuato.

Si precisa inoltre che nelle cartelle cliniche devono essere presenti entrambe le versioni delle SDO, ognuna delle quali compilata seguendo le specifiche indicazioni previste per la codifica delle diagnosi.

In linea con quanto previsto dalla sperimentazione in corso, potrà essere valutata la programmazione di audit con gli Enti Erogatori.

### 2.3.4.7 Tipologia, numerosità dei controlli SDO in relazione ai fattori di rischio

La tabella seguente sintetizza le tipologie e le numerosità dei controlli programmati in relazione ai fattori di rischio individuati. I controlli saranno effettuati presso tutte le Strutture erogatrici della ATS Val Padana che producono ricoveri associabili alle fattispecie individuate.

<b>Id</b>	<b>Ambito</b>	<b>Rischio</b>	<b>Dimensione del rischio</b>	<b>Periodicità</b>
<b>1</b>	108 DRG a rischio inappropriatezza	Inappropriatezza setting assistenziale	Equità	Almeno 1 verifiche/anno
<b>2</b>	DRG complicati	Codifica opportunistica	Economica	Almeno 1 verifiche/anno
<b>3</b>	DH medici o chirurgici	Inappropriatezza setting assistenziale	Equità	Almeno 1 verifiche/anno
<b>4</b>	DRG dermatologici	Mancata applicazione delle Regole regionali- Inappropriatezza setting assistenziale	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
<b>5</b>	DRG chirurgici brevi (tipo Z)	Carenze organizzative	Organizzativa	Almeno 1 verifiche/anno
<b>6</b>	Sepsi, sepsi severa, shock, setticemia	Mancata applicazione delle Regole regionali	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
<b>7</b>	V10* Anamnesi T. maligno	Mancata osservanza delle Regole regionali; Codifica opportunistica	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
<b>8</b>	DRG afferenti patologia neonatale	Mancata applicazione delle Regole regionali; Codifica opportunistica	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno

9	DRG endoprotesi	Mancata applicazione delle Regole regionali	economica	Almeno 1 verifiche/anno
10	Ricoveri ripetuti intra-ente	Mancata applicazione delle Regole regionali;	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
11	V 64*Procedura non eseguita	Codifica opportunistica	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
12	DRG anomali	Mancata applicazione delle Regole regionali	economica	Almeno 1 verifiche/anno
13	IMA o NSTEMI	Mancata applicazione delle Regole regionali; Codifica opportunistica	Economica	Almeno 1 verifiche/anno
14	Chirurgia Plastica ricostruttiva	Mancata applicazione delle Regole regionali; Codifica opportunistica	economica	Almeno 1 verifiche/anno
15	Chirurgia t. mammella	Mancata applicazione delle Regole regionali	economica	Almeno 1 verifiche/anno
16	Rete pancreas	Mancata applicazione delle Regole regionali	economica	Almeno 1 verifiche/anno
17	Rete stroke	Mancata applicazione delle Regole regionali, setting assistenziale	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
18	Pompa coassiale	Mancata applicazione delle Regole regionali	economica	Almeno 1 verifiche/anno
19	BIC/MAC	Inappropriatezza setting assistenziale	Organizzativa	Almeno 1 verifiche/anno
20	TAVI	Mancata applicazione delle Regole regionali	economica	Almeno 1 verifiche/anno
21	DRG 042	Mancata applicazione delle Regole regionali	economica	Almeno 1 verifiche/anno
22	Cure Subacute	Codifica opportunistica, inappropriatezza setting assistenziale	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
23	Riabilitazione	Inappropriatezza setting assistenziale	Organizzativa, economica	1 verifiche/anno nelle esclusivamente strutture riabilitative

#### 2.3.4.8. Attivazione del percorso di Screening Nutrizionale

La DGR n. 1812/2024 ha definito che lo Screening Nutrizionale sia uno strumento fondamentale per valutare il rischio nutrizionale e garantire un supporto nutrizionale adeguato ai soggetti fragili in strutture sanitarie, sociosanitarie e in assistenza domiciliare. Nella documentazione sanitaria e sociosanitaria del paziente deve essere presente la scheda dello screening nutrizionale compilata per ogni nuovo ingresso e almeno 1 volta all'anno.

La verifica del documento rientrerà nel controllo delle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati dal 01.01.2025 in tutti reparti delle strutture sanitarie di ricovero e cura stabiliti dalla nota regionale prot. n. G1.2024.0019431 del 23/05/2024.

Si rimane in attesa di indicazioni regionali in merito ad un eventuale abbattimento economico ove la compilazione della scheda dello screening nutrizionale sia assente o incompleta.

## 2.4 Controlli Noc ambulatoriali - Programmazione 2025

ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	3,5% dei record a carico del SSR dell'anno precedente all'esercizio in corso calcolata sui record O, U, Z e regime erogazione 1, 7, 8, 9 e C, di cui 0.15% relativo a controllo delle prestazioni DGR XII/1129/2023 e s.m.i. rendicontate con il flag 1 e 3
Modalità	Prevalentemente da remoto, ma anche sul campo
Numerosità dei controlli programmati	Totale 113.543 di cui: <ul style="list-style-type: none"> <li>almeno 3,35% statistico formali o controlli in loco (circa 109.000 prestazioni)</li> <li>al massimo 0,15% per le prestazioni individuate con flag 1 e 3 (circa 4000 prestazioni).</li> </ul>
Flusso o basi dati utilizzati	Verranno campionati i record presenti nel flusso 28 san riferito agli anni 2023-2024.
Modalità di campionamento	Verranno svolti prevalentemente i controlli statistico formali secondo gli indicatori proposti nella DGR 8078/2002, 12692/2003 e DGR 10804/2009, oltre a controlli sul campo secondo le modalità di campionamento operative che verranno comunicate da ACSS in merito alla DGR XII/1129/2023 e smi
Modalità operative di esecuzione	La modalità di controllo deve essere svolta secondo la normativa vigente (DGR 4799/2007; DGR 937/2010; 9173/2009; DGR 2057/2011) la quale è riportata anche nella procedura di ATS PP10.2.7 "Attività di vigilanza del NOC" del 18 dicembre 2023.
Strumenti operativi	Applicativo Quadrifoglio NEXT per campionamento, verifica e verbalizzazione.
Composizione Equipe di vigilanza	Equipe miste: Dirigenti Medici (n.2), Dirigente Professioni Sanitarie (n.1), Assistenti Sanitari (n.3) e Infermieri (n.2).
Cronoprogramma	Controlli statistico formali nel primo semestre 2025 e controlli sul campo nel secondo semestre 2025.

### 2.4.2 Verifiche di tipo statistico formale

Saranno prevalentemente effettuati anche nel 2025 controlli di tipo statistico formale della produzione ambulatoriale.

In particolare, gli indicatori che saranno oggetto di verifica sono i seguenti:

1. Il codice 91.36.5 (estrazione DNA/RNA), ricompreso nelle prestazioni di Biologia molecolare;
2. Verranno inoltre verificate tutte le condizioni di non associabilità relative alle prestazioni di biologia molecolare;
3. Dato un determinato “n° ricetta” verrà verificata la congruenza tra il “codice esenzione”, le prestazioni contenute nella ricetta e la correttezza del valore del campo “Ticket”;
4. Dato un determinato “n° ricetta” verrà verificato che il campo “contatore prescrizione”, che identifica la prescrizione, non sia codificato per la stessa con valori diversi;
5. Data una determinata “data contatto” verrà verificato che l’assistito nella stessa data non risulti ricoverato in degenza ordinaria per acuti o riabilitazione;
6. Data una determinata “data contatto” verrà verificato che l’assistito non risulti deceduto precedentemente a tale data.
7. Sarà effettuata la ricerca dei codici relativi alle prestazioni esposte nel tracciato relativo ad ogni singola ricetta per identificare la coesistenza non corretta delle seguenti prestazioni di diagnostica strumentale:
  - 46.85.1 (Dilatazione dell’intestino) e 45.23 (Colonscopia con endoscopio flessibile);
  - 46.85.1 (Dilatazione dell’intestino) e 45.24 (Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile);
  - 44.22.1 (Dilatazione endoscopica dello stomaco) e 45.13 (Esofagogastroduodenoscopia);
  - 88.72.1 (Ecografia cardiaca) e 88.72.2 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo);
  - 88.72.1 (Ecografia cardiaca) e 88.72.3 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica);
  - 88.72.2 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo) e 88.72.3 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica);
  - 88.72.4 (Ecocolordopplergrafia cardiaca trans esofagea).
8. Ricerca dei codici relativi alle prestazioni esposte nel tracciato relativo ad ogni singola ricetta per identificare la coesistenza non corretta delle seguenti prestazioni:
  3. 95.05 (Prima visita oculistica) e 95.09.1 (Esame del Fundus Oculi);
  4. 89.13 (Prima visita neurologica) e 95.09.1 (Esame del Fundus Oculi);
  5. 89.7B.5 (Prima visita odontostomatologica) e 98.01 (Rimozione corpo estraneo intra luminale dalla Bocca senza incisione);
  6. 98.7B.8 (Prima visita ORL) e 98.11 (Rimozione corpo estraneo intra luminale dall’orecchio senza incisione);
  7. 98.7B.8 (Prima visita ORL) e 98.12 (Rimozione corpo estraneo intra luminale dalla bocca senza incisione);
  8. 89.26.1 (Prima visita ginecologica) e 89.26.3 (Prima visita ostetrica);

9. 89.26.1 (Prima visita ginecologica) e 98.17 (Rimozione corpo estraneo intra luminale dalla vagina senza incisione);
10. 89.26.1 (Prima visita ginecologica) e 91.48.4 (Prelievo citologico), 89.26.2 (Visita ginecologica di controllo) e 89.26.4 (Visita di controllo ostetrica);
11. 89.26.2 (Visita ginecologica di controllo) e 98.17 (Rimozione corpo estraneo intra luminale dalla vagina senza incisione);
12. 89.26.2 (Visita ginecologica di controllo) e 98.71 (Rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino).

Verranno inoltre campionati i record relativi agli indicatori presenti nella DGR 8078/2002 e s.m.i e gli ulteriori indicatori presenti nella DGR n° XI/7315 del 14/11/2022 (confronto Bic/prestazioni ambulatoriali).

### **2.4.3 Verifiche sul campo**

Come enunciato nella DGR 1938/2024 le prestazioni ambulatoriali erogate nell'ambito di percorsi di cura devono essere escluse dall'applicabilità della sanzione prevista dall'art 21 della L.R. 33/2009. Nel flusso 28/san tali prestazioni devono essere indicate dagli Enti con i codici 1, 2, e 3, a seconda della tipologia, nel campo percorso di cura, come indicato nella nota della DGW prot. n. G1.2024.0001907 del 18 gennaio 2024 e nella nota della DGW prot. n. G1.2024.0005605 del 15 febbraio 2024.

Si rimane in attesa di indicazioni specifiche da parte di ACSS in merito alle modalità di controllo e trasmissione delle verifiche.

Si valuterà la possibilità di eseguire tali verifiche in loco, associandole ad altre tipologie di controllo (ad esempio MAC, BIC, odontoiatria).

### **2.4.1 Modalità e numerosità dei controlli**

Per le attività di specialistica ambulatoriale la DGR N°XII/3720 del 30/12/2024 ha previsto per l'anno 2025 una percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% dei record a carico del SSR dell'anno precedente all'esercizio in corso.

La percentuale è calcolata sui record afferenti alle seguenti tipologie di prestazioni:

- O: prestazioni di carattere ordinario;
- U: prestazioni urgenti differibili, la cui urgenza non comporti l'accesso del paziente alle Strutture di urgenza-emergenza e per le quali viene attivata, da parte delle Strutture accreditate, una via differenziata in modo da rispondere alle esigenze espresse nell'ambito delle 72 ore dalla presentazione della richiesta;

- Z: prestazioni che non devono rientrare nel calcolo dei tempi di attesa (prestazioni in “accesso diretto” diverse da P.S.; prestazioni di medicina sportiva, psichiatria, laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche, dialisi; prestazioni riferite a controlli programmati, pacchetti MAC, ecc.)

Il controllo delle prestazioni ambulatoriali dovrà tenere conto anche del regime di erogazione delle stesse:

- 1: prestazioni a carico del SSN (incluso i Cittadini AIRE iscritti al SSN, durante i 90 gg cui spetta loro l'assistenza, e incluso i cittadini residenti in altri Paesi convenzionati, in possesso di modello HIC rilasciato da istituzioni italiane),
- 7: prestazioni per stranieri comunitari o appartenenti a paesi con i quali vige una convenzione di sicurezza sociale e/o titolari di attestati di diritto comunitari o rilasciati da istituzioni con cui siano in essere accordi bilaterali di sicurezza sociale, e assistenza sanitaria,
- 8: prestazioni a carico del SSN erogata ad assistiti stranieri extracomunitari irregolari con dichiarazione di indigenza (ovvero prestazioni legate alla tutela della maternità e del minore), compresi i minori non in regola con le norme di soggiorno, iscritti temporaneamente a NAR, a cui è stato rilasciato un codice STP.
- 9: prestazioni urgenti o comunque essenziali, NON a carico del SSN, erogata ad assistiti stranieri extracomunitari irregolari con dichiarazione di indigenza
- C: prestazioni rese a detenuti presso case circondariali o istituti di pena (a carico SSN).

Secondo la DGR 3720/2024 la quota parte dello 0,15% sarà dedicata alle prestazioni erogate nel 2024 e rendicontate con flag 1 e 3 nel campo “presa in carico”. Saranno selezionate le prestazioni presenti negli allegati 1 e 2 della DGR XII 2852/2024, ad esclusione di quelle indicate al punto “modalità di mappatura dei percorsi interni”.

Si rimane in attesa di indicazioni specifiche da parte di ACSS relative alle modalità di campionamento di tali record.

#### **2.4.4 Modalità operative di esecuzione**

La modalità di controllo sarà svolta secondo la normativa vigente, riportata nella procedura di ATS PP10.2.7 “Attività di vigilanza del NOC”.

Di seguito le principali indicazioni, divise per tipo di controllo, descritte in essa:

- Controlli ambulatoriali di tipo statistico formale: con cadenza periodica vengono campionati i record delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale, come da indicazioni

regionali, ed inviati alle strutture ambulatoriali a contratto per le eventuali controdeduzioni che devono pervenire entro e non oltre 150 giorni dalla data di invio. Trascorso questo termine si provvede alla trasmissione del proprio debito informativo alla DGW di Regione Lombardia entro la scadenza prevista.

- Controlli ambulatoriali con verifica ispettiva: gli elenchi delle pratiche soggette a controllo saranno inoltrati da ATS via pec alla Struttura non prima delle 48 ore precedenti il controllo, durante il quale gli operatori verificano la congruenza tra il contenuto del tracciato record, il referto della prestazione contenuta nello stesso e la prescrizione medica che ha originato l'erogazione della prestazione, facendo riferimento all'elenco di prestazioni incluse nel campione selezionato. Per le prestazioni con flag 1 e 3 si rimane in attesa di disposizioni specifiche da parte di ACSS. Al termine dell'ispezione si procede contestualmente o in una data successiva alla disamina degli eventuali record contestati.

#### **2.4.5 Composizione dell'equipe del Nucleo Operativo di Controllo Area Sanitaria**

Presso ATS Val Padana è attiva un'unica equipe del Nucleo Operativo di Controllo Area Sanitaria, operativa su due sedi territoriali (Cremona e Mantova), composta dai seguenti operatori:

- 2 Dirigenti Medici (di cui il Responsabile della SS dedicato all'attività di controllo NOC in misura pari al 10% e 1 Dirigente full time);
- 1 Dirigente delle Professioni Sanitarie (full time);
- 3 Assistenti Sanitari (full time)
- 2 Infermieri (full time)

#### **2.4.6 Cronoprogramma**

La programmazione delle attività NOC per il 2025 prevede che nel primo semestre dell'anno vengano eseguiti prevalentemente i controlli SDO di congruenza mirata in tutte le Strutture di ricovero e cura, campionando le pratiche dell'anno 2024 non ancora verificate.

A partire dal mese di luglio 2025, secondo quanto previsto dalla DGR 3720/2024, sarà data priorità all'effettuazione delle verifiche di concordanza relative agli autocontrolli delle Strutture di ricovero.

Terminate tali verifiche, saranno effettuati i controlli SDO di congruenza mirata relativi ai periodi non ancora controllati dell'anno in corso presso le Strutture di ricovero e cura; contemporaneamente, verranno eseguiti eventuali controlli sul campo relativamente alle prestazioni ambulatoriali come enunciato in precedenza.

## **2.5. Controlli presso gli Ambulatori di Medicina Sportiva**

La medicina dello sport è fondamentale per la corretta valutazione dell'idoneità agonistica e la tutela della salute dell'atleta e per la prevenzione delle patologie legate alla pratica sportiva.

Il percorso avviato negli anni precedenti ha contribuito alla costruzione di una rete territoriale tra le Strutture autorizzate ed accreditate e l'ATS nel settore della medicina sportiva. Sono stati definiti processi standardizzati e sono state assicurate iniziative di formazione che da tempo non venivano realizzate e di cui si ravvisava la necessità.

I controlli presso le Strutture, oltre a rappresentare un adempimento normativo nell'ambito della vigilanza, sono stati occasione di approfondimento anche nel contesto dell'appropriatezza tramite la verifica della corretta tenuta delle schede medico sportive, nel rispetto di quanto previsto dal DM del 18/02/1982 e dal DM del 04/03/1993.

Nel corso del 2025 si intende dare seguito al suddetto processo attraverso la disponibilità di personale dedicato al settore medicina sportiva, la realizzazione di ulteriori momenti formativi e la programmazione e realizzazione di sopralluoghi presso le Strutture, tesi a verificare la garanzia dei requisiti definiti dalla DGR 4121/2012 per il rilascio dell'idoneità sportiva agonistica per tutte le discipline stabilite dalle Tabelle Sport regionali per le persone con e senza disabilità. I Poliambulatori di Medicina Sportiva, a differenza degli studi professionali, sono le uniche strutture accreditate per il rilascio della certificazione alle persone con disabilità e nel rispetto del principio di inclusività quale punto fermo della propria mission, ATS intende conferire priorità affinché sul territorio di propria competenza i centri risultino adeguatamente organizzati nel rispetto di quanto indicato dal DM 04/03/1993.

## **2.6 Monitoraggio dei Tempi e Liste di Attesa**

Nelle regole di gestione del SSR 2025 è stata espressa nuovamente come prioritaria l'esigenza del contenimento dei tempi di attesa, sia ambulatoriale che di ricovero, che costituisce altresì un obiettivo di mandato delle direzioni strategiche.

Perseguendo questo obiettivo continueranno le azioni messe in atto da ATS già negli anni passati.

### **2.6.1 Monitoraggio ex ante – nuovo flusso MTA**

In ottemperanza alle indicazioni regionali che dal 2025 prevedono l'integrazione del flusso di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali.

Il flusso sostituisce la rilevazione nella "settimana indice" e rappresenta una rilevazione continua a cadenza mensile. Le principali novità introdotte con tale rilevazione sono le seguenti:

- unificazione dei tracciati/flussi prenotazioni in istituzionale e ALPI;

- nuovo tracciato;
- aggiornamento dell'elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio e delle loro codifiche come previste, se previste, dal nuovo nomenclatore (DPCM 12 gennaio 2017); le prestazioni oggetto del monitoraggio riguardano 19 prime visite e 31 aggregazioni di prestazioni diagnostiche;
- acquisizione di tutti i dati di prenotazione prodotti nel mese di competenza dal CUP dell'Ente Erogatore (un record per prenotazione);
- conferimento del flusso MTA su piattaforma SMAF entro il giorno 5 del mese successivo a quello di competenza.

ATS della Val Padana definisce i relativi monitoraggi

- verifica del corretto caricamento flusso sulla piattaforma SMAF e conformità dei caricamenti per poter garantirne l'affidabilità fin dall'inizio del processo;
- Restituzione degli esiti alle strutture: con la verifica dei dati saranno fornite alle strutture sanitarie le restituzioni relative agli eventuali errori riscontrati o alle problematiche riscontrate nel flusso di dati. Questo processo di restituzione permetterà alle strutture di correggere tempestivamente eventuali discrepanze;

Nel rispetto della programmazione e l'avvio del nuovo flusso ex-ante, questa agenzia ha provveduto alla trasmissione agli Enti privati Accreditati a Contratto del territorio di competenza le note regionali:

- G1.2024.0044635 del 26/11/2024 relativa alle nuove modalità di invio del flusso monitoraggio EX-ANTE e, successivamente, su indicazione del Direttore Generale Welfare, la DGR n. 3720 del 30/12/2024 (regole 2025).
- G1.2024.0048181 del 23/12/2024 avente oggetto "*Nuovo flusso di monitoraggio ex-ante delle prestazioni ambulatoriali prenotate in regime istituzionale e ALPI (Flusso MTA) – avvio monitoraggio e aggiornamento specifiche tracciato.*"
- G1.2025.0001578 del 17/01/2025 avente oggetto "*Nuovo flusso di monitoraggio ex-ante delle prestazioni ambulatoriali prenotate in regime istituzionale e ALPI (Flusso MTA) – aggiornamento specifiche tracciato*"

## **2.6.2 Monitoraggio ex ante istituzionale e ALPI Volumi**

Con la DGR n. 3720 del 30/12/2024 si sono definite le regole 2025, ribadendo l'importanza dell'equilibrio tra l'erogazione delle prestazioni in regime istituzionale e in regime di solvenza e libera professione (ALPI). Nel 2025, questa Agenzia continuerà a svolgere il monitoraggio del flusso regionale attraverso la piattaforma SMAF, al fine di identificare e risolvere eventuali errori di caricamento. In linea con il monitoraggio trimestrale delle prestazioni ALPI, questa ATS proseguirà con l'analisi dei dati relativi alle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione da parte di

tutte le strutture, per garantirne la coerenza rispetto ai volumi stabiliti. In caso di superamento dei volumi previsti per le prestazioni in libera professione rispetto a quelle in regime SSN, sarà inviata una segnalazione alle strutture con richiesta di verifica con eventuali correzioni di errore sui dati e/o piano di rientro per il rispetto dell'equilibrio di erogazione.

L'obiettivo per il 2025 sarà rafforzare l'affidabilità dei dati e garantire un controllo ancora più accurato delle prestazioni. Si prevede che tutte le strutture completino correttamente la pubblicazione dei dati sulla piattaforma SMAF.

### **2.6.3 Monitoraggio sospensioni**

La sospensione delle attività di prenotazione è vietata dal comma 282 della L.266/2005, che stabilisce l'applicazione di sanzioni amministrative in caso di inosservanza. In attesa di ulteriori specifiche indicazioni da parte del Ministero della Salute, qualsiasi interruzione delle attività di erogazione per motivi tecnici deve essere tempestivamente segnalata nelle note corrispondenti alla prestazione interessata.

Il monitoraggio delle sospensioni, come previsto da Regione Lombardia, continuerà ad essere effettuato con cadenza semestrale attraverso la piattaforma SMAF. Per il 2025, l'attenzione sarà focalizzata sulla tempestiva e corretta segnalazione di tutte le sospensioni, al fine di garantire la trasparenza dei dati e il rispetto delle normative vigenti.

### **2.6.4 Interventi formativi per la riduzione delle Liste di Attesa**

Con la DGR n. 3720 del 30/12/2024, regole SSR 2025, e con la nota RL G1.2025.0002050 del 21/01/2025, ad oggetto "Interventi formativi D.L. 7 giugno 2024, n. 73 Misure urgenti per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie" si fa riferimento a quanto previsto dal D.L. 07/06/2024, n. 73 ad oggetto "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie", convertito in legge con modificazioni dall' art. 1, comma 1, L. 29 luglio 2024, n. 107, il cui art. 2 comma 5 pone in capo al RUAS, tra le altre azioni, la "definizione di interventi formativi che garantiscono che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste di attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.", viene a sottolinearsi la necessità di valutare azioni correttive indirizzate ai cittadini, sia esenti che non esenti, che non provvedono a cancellare gli appuntamenti delle prestazioni entro i termini previsti. Al fine di garantire un'adeguata formazione, anche in modalità online, le ATS sono state chiamate a coinvolgere i responsabili dell'accoglienza delle ASST/IRCCS/EEPA afferenti al proprio territorio, i RUA e gli operatori di front-office del CUP, rispettivamente sia degli EEP che degli EEPA. Nel corso del 2025 DG Welfare valuterà fattibilità di tali azioni, ATS avvierà tavoli di dialogo per poter rispondere a tale esigenza.

## **2.6.5 Ricetta dematerializzata –DEM**

Per il 2025, gli specialisti ospedalieri dovranno raggiungere il 90% delle prescrizioni prescrivibili con ricetta dematerializzata. Quest'ultimo sarà obiettivo dei Direttori Generali. Si attendono ulteriori indicazioni.

## **2.6.6 Appropriately prescrittiva**

La DGR 3720/2025 pone nuovamente l'accento sulla necessità di programmare e realizzare azioni volte a promuovere l'appropriately prescrittiva.

La D.G. Welfare ha previsto in tale contesto evoluzioni nel flusso 28/SAN, estendendo anche l'obbligo di rendicontazione agli Enti Erogatori Privati Autorizzati.

In linea con la DGR n. XII/511 del 26 giugno 2023 proseguirà l'utilizzo di linee guida e dei criteri RAO (raggruppamenti di attesa omogenei).

Altro aspetto riguarda la continuità con l'anno precedente del mandato affidato alle ATS di definire e avviare con le ASST e con gli enti erogatori del proprio territorio un progetto teso a realizzare un piano di intervento mirato alla realizzazione di interventi e di iniziative informative/formative che coinvolgano medici delle cure primarie, specialisti ospedalieri e associazioni di pazienti sulle raccomandazioni prescrittive.

Per raggiungere tale scopo previo confronto con gli organi regionali competenti, ATS Val Padana intende perseguire con quanto già avviato nel 2024:

- prosecuzione di tavoli tecnici interaziendale tra ATS e ASST (cure primarie);
- rilevazione dei bisogni formativi dei medici specialisti, al fine di predisporre eventuali eventi formativi;
- progettazione e programmazione di audit con gli stakeholder secondo le criticità e dei bisogni rilevati.

## **2.6.7 Monitoraggio siti WEB**

In riferimento Sezioni dedicate ai tempi di attesa sui siti Web, gli Enti SSR dovranno adeguare i propri siti web per pubblicare informazioni sui tempi di attesa, come indicato nelle "Linee di indirizzo" approvate dalla Conferenza Stato-Regioni, con scadenza entro il 30 giugno 2025. I siti dovranno includere dati sul Programma Attuativo Aziendale, monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali e dati sui ricoveri programmati. Una successiva nota regionale fornirà i dettagli attuativi. Si attendono ulteriori indicazioni per l'attuazione.

## **2.6.8 Gestione delle liste di attesa – Percorso di tutela**

Si prosegue con quanto disposto con la circolare G1.2024.0013957 del 15/04/2024: qualora sul territorio dell'ATS di riferimento non fossero presenti le disponibilità richieste, la struttura a cui inizialmente si è rivolta il cittadino, sia essa pubblica o privata, è tenuta a:

- Inserire il cittadino in lista di attesa predisposta da ciascun Ente come disposto dalla D.G.R. n. XI/5747/2021 con l'utilizzo dei sistemi regionali già in essere;
- Programmare l'appuntamento entro i tempi previsti dalla classe di priorità indicata nella prescrizione;
- Informare il cittadino autonomamente o con il supporto del CCR.

Si ribadisce, inoltre, che qualora il cittadino si sia rivolto al CCR e lo stesso non riesca a trovare una disponibilità in tutta l'ATS, il CCR inoltrerà la richiesta del cittadino all'ASST/IRCSS di competenza che dovrà farsi carico della richiesta e garantire l'appuntamento nei tempi coerenti con la classe di priorità. Questa Agenzia proseguirà nel 2025 con il supporto e la corretta informazione del cittadino, unitamente offrirà supporto alle strutture del territorio.

## **2.6.9 Piano Operativo Regionale per il contenimento dei tempi di attesa**

In continuità con le azioni intraprese nel 2024 (di cui alla DGR n. XII/2224 del 22/04/2024 e DGR n. XII/2756 del 15/07/2024), nel 2025 si prevede l'adozione di un Piano operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero.

Il Piano Operativo 2025 prevedrà che gli Enti che hanno garantito un incremento produttivo nel 2024 rispetto al 2023 mantengano tali livelli. Diversamente, gli Enti che non hanno garantito la produzione nel 2024 dovranno adottare misure per garantire un incremento del livello di produzione.

Saranno esplicitate le modalità di monitoraggio, sui volumi dedicati alle prestazioni di ricovero adeguati a garantire un'offerta che interessi sia i ricoveri di area oncologica, ma anche quelli ortopedici, cardiovascolari e gli interventi minori, individuando il case mix sulla base delle necessità territoriali rilevate, con particolare riferimento al contenimento dei tempi di attesa.

Si attendono successive indicazioni in merito.

## **2.6.10 Monitoraggio ricoveri chirurgici programmati**

Come definito dalle regole SSR 2025 (DGR 3720/25), in attuazione degli obiettivi prioritari del PSSR della XII Legislatura finalizzati a garantire a tutti i cittadini piena accessibilità alle prestazioni sanitarie, si definiscono per l'anno 2025 i seguenti obiettivi di performance del rispetto dei tempi massimi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati, fissati in modo coerente per il raggiungimento dei target a dicembre 2027:

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

Il monitoraggio mensile del livello di target raggiunto da parte degli Enti erogatori, reso disponibile dalla DG Welfare con la produzione di report regionali specifici per Ente, accorpati per ATS territoriale di riferimento (Portale di Governo regionale), consentirà l'individuazione di aree critiche e la determinazione di relativi piani di miglioramento per conseguire i risultati indicati.

Prosecuzione del monitoraggio regionale con trasmissione dei dati a cadenza almeno trimestrale da parte di ASST, IRCCS di diritto pubblico e ATS (per Enti privati accreditati a contratto) relativi all'attività di riduzione delle liste di attesa, su cui incidono sia le prestazioni erogate, sia fattori quali la scelta di altri erogatori da parte dei pazienti, il mutamento delle loro condizioni cliniche o il loro decesso.

### **2.6.11 Piano Operativo DGR n. XII/511 del 26 giugno 2023**

In riferimento alla DGR n. XII/511 del 26 giugno 2023 e le regole SSR 2025, in riferimento al recupero del contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero non erogate, le ATS dovranno proseguire con il monitoraggio del Piano Operativo di Recupero (POR) delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero ai sensi delle DGR n. XII/511 del 26.06.2023 e DGR n. XII/780 del 31.07.2023, pulizia delle liste e contestuale richiesta di aggiornamento dei dati di monitoraggio prestazioni erogate nel corso del 2025 e avvio della rilevazione delle prestazioni inserite in lista di attesa nel anno 2023 non ancora erogate al 01/01/2025.

### **2.6.12 Digitalizzazione liste di attesa dei ricoveri**

Nell'ambito dell'ampliamento dei flussi informativi per monitorare i tempi di attesa richiesto dal Ministero della Salute, per migliorare qualità e completezza dei dati sulle liste di attesa dei ricoveri chirurgici programmati, si pone l'obiettivo di uniformare le informazioni a livello regionale per una migliore gestione. Regione Lombardia, recependo il progetto ministeriale "Modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa"

La data di presa in carico costituirà un nuovo campo obbligatorio del flusso SDO. Pertanto, nel 2025 le Aziende saranno tenute a rendere obbligatori nei propri applicativi di gestione delle liste di attesa i campi anagrafici, i dati relativi all' intervento e quelli relativi alla gestione delle liste d'attesa.

Si attendono successive indicazioni.

## **2.7 Negoziazioni e contratti sanitari-programmazione 2025**

### **2.7.1. Attività di controllo: Requisiti di accesso alla contrattualizzazione**

Le attività di verifica e controllo relative alla contrattualizzazione degli erogatori sanitari privati sono state per la prima volta inserite all'interno del Piano Controlli a seguito dell'adozione della DGR n. XI/7315 del 14.11.2022, per gli anni 2022 e 2023

Le verifiche, ancorché non inserite nel Piano Controlli, sono sempre state effettuate dalla Struttura Semplice Negoziazione e Contratti Sanitari.

Le verifiche riguardano il possesso dei requisiti necessari per la sottoscrizione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del D.lgs. n. 502/92.

Per l'anno 2025 non è presente in allegato alle regole di sistema - DGR n. XII/3720/2024 – come per gli anni precedenti, lo schema tipo di contratto da utilizzare per la contrattualizzazione degli erogatori sanitari, pertanto la programmazione dei controlli si basa su quanto previsto dallo schema contrattuale allegato alla DGR n. XII/2228 del 22.4.2024.

### **2.7.2 Modalità**

Le verifiche saranno effettuate da remoto mediante acquisizione di autocertificazioni dagli erogatori e verifica delle stesse mediante utilizzo di piattaforme dedicate (piattaforma Net4market, Infocamere, BDNA)

### **2.7.3 Risorse**

La Struttura Semplice Negoziazione e Contratti Sanitari è composta da due unità di personale:

- n. 1 Dirigente Amministrativo – Responsabile della Struttura
- n. 1 Collaboratore amministrativo – Titolare di incarico di funzione

### **2.7.4 Numerosità dei controlli programmati**

Gli enti erogatori privati a contratto - a gennaio 2025 - sono 29 così suddivisi:

- n. 6 enti erogatori di prestazioni ricovero e cura e ambulatoriale
- n. 1 ente erogatore di prestazioni di ricovero e cura, subacuti e ambulatoriale
- n. 1 enti erogatori di prestazioni per subacuti, ambulatoriale e neuropsichiatria
- n. 14 enti erogatori di prestazioni ambulatoriali
- n. 1 enti erogatori di prestazioni di psichiatria e ambulatoriale
- n. 2 enti erogatori di prestazioni di psichiatria e neuropsichiatria
- n. 2 enti erogatori di prestazioni di psichiatria
- n. 2 enti erogatori di prestazioni di neuropsichiatria

Le verifiche sugli erogatori privati saranno effettuate in alcuni casi a campione e con le percentuali come segue:

- 1) adozione del codice etico comportamentale e corretta applicazione del modello di organizzazione e gestione (D.lgs. 231/2001).

**Erogatori soggetti all'obbligo n. 24 - controlli su 100% degli erogatori soggetti all'obbligo;**

- 2) regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità dell'ente (art. 2409 bis C.C.):

**Erogatori soggetti erogatori all'obbligo n. 29 - controlli su 100% degli erogatori soggetti all'obbligo;**

- 3) insussistenza di motivi di esclusione a causa di sentenze penali di condanna (art. 94, comma 1) d. Lgs. 36/2023):

**Erogatori soggetti all'obbligo n. 29 - controlli su 20% degli erogatori che accedono ad accordi contrattuali, nonché su tutti i nuovi soggetti (es. volture)**

- 4) Acquisizione certificazione antimafia (D.lgs. n. 159/2011) - (art. 94, comma 2):

**Erogatori soggetti all'obbligo n. 25 - controlli su 100% degli erogatori soggetti all'obbligo, nonché su tutti i nuovi soggetti (es. volture)**

- 5) a) regolarità contributiva di imposte e tasse- (art. 94, comma 6):

**Erogatori soggetti all'obbligo n. 29 - 20% degli erogatori che accedono ad accordi contrattuali, nonché su tutti i nuovi soggetti (es. volture)**

- b) regolarità contributi previdenziali - (art. 94, comma 6):

**Erogatori soggetti all'obbligo n. 29 – controlli su 100% degli erogatori, nonché su tutti i nuovi soggetti (es. volture)**

Si specifica che la verifica della regolarità del DURC viene effettuata dalla S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità in occasione dei pagamenti (acconti mensili e/o saldi annuali);

- 6) assolvimento obblighi in materia di sanzioni amministrative e carichi pendenti dipendenti da reato- (art. 94, comma 5 - a): **Erogatori soggetti all'obbligo n. 29 – controlli su 20% degli erogatori che accedono ad accordi contrattuali e tutti i nuovi erogatori (es. volture)**

- 7) rispetto obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013):

**Erogatori soggetti all'obbligo n. 25 – controlli su 20% degli erogatori che accedono ad accordi contrattuali**

- 8) incompatibilità del personale, in caso di Pantouflage (l. 190/2012):

Si precisa che non si tratta di un requisito per l'accesso, ma di un obbligo contrattuale, e il potere di accertamento della violazione è in capo ad ANAC, e non ad ATS. Al momento non è possibile accedere a banche dati che possano far emergere tale tipo di incompatibilità, se non in casi di

conoscenza diretta del personale interessato. Verificato il nuovo testo del contratto – ad oggi non ancora approvato, si valuterà la necessità di inviare una nota agli enti erogatori a contratto ricordando gli obblighi a cui sono tenuti e invitandoli ad adottare idonee misure al riguardo.

9) ulteriori requisiti previsti- (art. 94, comma 5):

**Erogatori soggetti all'obbligo n. 29 - controlli su 20% degli erogatori che accedono ad accordi contrattuali**

### **2.7.5 Modalità di campionamento**

Nei casi sopra esposti ove sono previsti controlli a campione il criterio di norma utilizzato è la pianificazione del controllo in modo che ogni anno vengano sottoposti a controllo enti diversi dall'anno precedente, definendo così una rotazione che negli anni copra il 100% degli erogatori. Restano salvi controlli mirati in caso di dubbi sulle dichiarazioni ricevute o di cambi del CDA.

### **2.7.6 Modalità operative di esecuzione e cronoprogramma**

Le autocertificazioni vengono acquisite di norma entro il 28 febbraio di ogni anno e comunque prima della stipula del contratto.

Fanno eccezione le autocertificazioni relative ai familiari conviventi che vengono richieste annualmente prima della scadenza della certificazione antimafia, che al momento della stipula del contratto potrebbe perciò essere in corso di validità.

A seguire vengono effettuate le verifiche accedendo alle piattaforme informatiche: Infocamere, NET4market, BDNA

Per quanto riguarda la verifica dei carichi pendenti la verifica viene effettuata in modo massivo dalla S.C. Affari generali e legali di ATS per richiesta alle Procure di residenza dei dichiaranti.

Una volta ricevuto l'esito delle verifiche, si procede all'esame dello stesso.

Nel caso si rilevino delle criticità vengono effettuati i necessari approfondimenti.

Di seguito il riassunto in formato tabellare con le specifiche riferite a modalità e tempi di verifica:

ID	AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ DI CONTROLLO	DESTINATARI/OGGETTI DEL CONTROLLO	TOTALE DESTINATARI/OGGETTI DEL CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA ATTIVITÀ SVOLTA	NUMEROSITÀ CAMPIONE	BASE DATI	CRITERI CAMPIONAMENTO	STRUMENTI OPERATIVI	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE PROGRAMMAZIONE
WRC_001	Sanitario	Applicazione modello organizzativo (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	24	Da remoto	Acquisizione relazioni dell'Organismo di vigilanza e verifica del contenuto delle stesse in relazione all'efficacia e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza o evidenza di criticità. La richiesta viene inviata prima della sottoscrizione del contratto e i controlli vengono effettuati una v altra all'anno.	24	Estratto della relazione annuale dell'organismo di vigilanza (d.lgs. 231/2001)	no campionamento (100% Enti gestori, legali rappresentanti, etc.)	Non c'è uno strumento operativo o definito, in quanto l'attività si sostanzia nella lettura della documentazione trasmessa dagli Erogatori per verificare la conformità alle disposizioni regionali	
WRC_002	Sanitario	Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)	Per tutti gli erogatori e/o gestori di Udo	29	Da remoto	Acquisizione relazioni dell'Organo di revisione e verifica del contenuto delle stesse in relazione al principio di continuità gestionale. La richiesta viene inviata prima della sottoscrizione del contratto e i controlli vengono effettuati una v altra all'anno. Nel caso di erogatori che per forma giuridica non sono soggetti all'obbligo della revisione contabile, viene acquisita una dichiarazione sulla continuità gestionale a firma del legale rappresentante.	29	Relazione sull'ultimo bilancio approvato e relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato	no campionamento (100% Enti gestori, legali rappresentanti, etc.)	Non c'è uno strumento operativo o definito, in quanto l'attività si sostanzia nella lettura della documentazione trasmessa dagli Erogatori per verificare la conformità alle disposizioni regionali	
WRC_003	Sanitario	Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 80, comma 1 lett. a), b), b bis), c), d), e), f), g) d. lgs. 50/2016)	Soggetti indicati all'art. 94, comma 1 del D.lgs. 36/2023 (Per tutti gli erogatori e/o gestori di Udo)	29	Da remoto	Prima della sottoscrizione del contratto viene richiesta la dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 145/2000 dell'insussistenza dei motivi di esclusione. Nel corso dell'anno vengono effettuate le richieste al Casellario Giudiziale.	6	Certificato del Casellario giudiziale	campionamento casuale (random) e nuovi soggetti >20%	La verifica viene effettuata accedendo alla piattaforma informatica In4Market	
WRC_004	Sanitario	Certificazione animafia commi 2 e 3 d.lgs. 50/2016)	Secondo le indicazioni di cui al D. Lgs. 159/2011 e al D. Lgs. 36/2023.	25	Da remoto	Viene acquisita dagli EEGG con contratti tra i 150.000 € e i 221.000 € la dichiarazione sostitutiva di Comunicazione Animafia. Per gli EEGG con contratti superiori a 221.000 € soggetti alla richiesta di informazione, viene richiesta la dichiarazione dei familiari conviventi maggiorianni. Si procede poi mediante accesso alla BDNA alla verifica delle dichiarazioni sostitutive e delle comunicazioni, nonché alla richiesta delle informazioni.	25	Certificazione animafia	no campionamento (100% Enti gestori, legali rappresentanti, etc.)	La verifica viene effettuata accedendo alla piattaforma informatica BDNA	le richieste agli erogatori vengono effettuate alle scadenze delle relativi e certificazioni animafia

ID	TOTALE DESTINATARI /OGGETTI DEL CONTROLLO				DESCRIZIONE SINTETICA ATTIVITÀ SVOLTA	NUMEROSITÀ CAMPIONE	BASE DATI	CRITERI CAMPIONAMENTO	STRUMENTI OPERATIVI	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE PROGRAMMAZIONE
	AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ DI CONTROLLO	DESTINATARI/OGGETTI DEL CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA						
VRC_005	Sanitario	Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016)	Soggetti indicati all'art. 94, comma 6 del D.lgs. 36/2023 (Per tutti gli erogatori e/o gestori di U.O)	29	Da remoto	Prima della sottoscrizione del contratto viene richiesta la dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000. Richiesto di norma ogni 120 giorni per gli Enti Erogatori soggetti a pagamento da parte del servizio economico finanziario	29	Documento unico di regolarità contributiva (DURC)	no campionamento (100% Enti gestori, legali rappresentanti, etc.)	La richiesta del DURC viene effettuata dal Servizio Economico Finanziario in occasione dei pagamenti
VRC_006	Sanitario	Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016)	Soggetti indicati all'art. 94, comma 6 del D.lgs. 36/2023 (Per tutti gli erogatori e/o gestori di U.O)	29	Da remoto	Prima della sottoscrizione del contratto viene richiesta la dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000. Tramite il portale NeMarket vengono effettuate le richieste all'Agenzia delle Entrate	3	Attestazione regolarità del pagamento di imposte e tasse dell'Agenzia delle Entrate	campionamento casuale (random) >10%	La verifica viene effettuata accedendo alla piattaforma informatica NeMarket
VRC_007	Sanitario	Sanzioni amministrative e cartichi pendenti da reato (art. 80, comma 5, lett. f d.lgs. 50/2016)	Soggetti indicati all'art. 94, comma 5 del D.lgs. 36/2023 (Per tutti gli erogatori e/o gestori di U.O)	29	Da remoto	Prima della sottoscrizione del contratto viene richiesta dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000 relativamente alle sanzioni amministrative e ai cartichi pendenti da reato. Tramite il portale NeMarket vengono effettuate le richieste in relazione alle Sanzioni Amministrative e presso il Casellario Giudiziale e presso i tribunali di competenza per i cartichi pendenti.	6	Certificato dell'Agenzia delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e Certificato Carichi Pendenti	campionamento casuale (random) >20% e nuovi soggetti	La verifica viene effettuata accedendo alla piattaforma informatica NeMarket per quanto riguarda la verifica dei cartichi pendenti la verifica viene effettuata in modo massivo dalla S.C. Affari generali e legali di AS per richiesta alle Procure di residenza dei dichiaranti.
VRC_008	Sanitario	Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013)	Erogatori privati con bilancio > 500.000 €	25	Da remoto	Il controllo viene effettuato analizzando la sezione trasparente dei siti degli EEG e valutando il rispetto degli obblighi normativi	6	Siti web erogatori/gestori U.O	campionamento casuale (random) >20% e nuovi soggetti	Non c'è uno strumento operativo definito, in quanto l'attività si sostanzia nella consultazione di quanto pubblicato sui siti degli EEG
VRC_009	Sanitario	Ulteriori requisiti (art. 80, comma 5 d.lgs. 50/2016)	Soggetti indicati all'art. 94, comma 5 del D.lgs. 36/2023 (Per tutti gli erogatori e/o gestori di U.O)	29	Da remoto	Prima della sottoscrizione del contratto viene richiesta dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000. Vengono, poi, effettuati i controlli, a campione, presso il Casellario Giudiziale	6	Certificato del Casellario giudiziale	campionamento casuale (random) >20% e nuovi soggetti	La verifica viene effettuata accedendo alla piattaforma informatica NeMarket
VRC_010	Sanitario	Incompatibilità del personale (l. 190/2012)			Da remoto					Si precisa che non si tratta di un requisito per l'accesso, ma di un obbligo contrattuale, e il potere di accertamento della violazione è in capo ad ANAC, e non ad ATS. Al momento non è possibile accedere a banche dati che possano far emergere tale tipo di incompatibilità, se non in casi di conoscenza diretta del personale interessato. Verificato il nuovo testo del contratto - ad oggi non ancora approvato, si valuterà la necessità di inviare una nota agli enti erogatori a contratto ricordando gli obblighi a cui sono tenuti e invitando ad adottare idonee misure al riguardo

### 3. Area Sociosanitaria

#### 3.1. Analisi di contesto dell'Area Sociosanitaria

Sul territorio di Competenza della ATS della Val Padana sono attive 318 UdO sociosanitarie e 92 misure/sperimentazioni, la suddivisione delle stesse nelle varie tipologie e i relativi volumi di attività sono sintetizzati nella tabella sottostante:

Tabella Unità di Offerta

TIPOLOGIA UdO	N UdO ABILITATE	N UdO ABILITATE e ACCREDITATE	N UdO ABILITATE, ACCREDITATE, A CONTRATTO	N POSTI ABILITATI	N POSTI ABILITATI e ACCREDITATI	N POSTI ABILITATI, ACCREDITATI, A CONTRATTO
RSA	87	86	84	8.014	7.768	6.957
RSD	12	12	12	827	827	812
CDD	21	21	21	520	520	508
CDI	47	45	40	1.012	1000	824
CSS	20	20	17	180	180	148
CF	20	20	4			
SERT/SMI	10	10	1			
INT	12	12	12	695	686	668
RIA AMB-DOM/CDC	10	10	10	176	176	176
				57832	57832	57832
HOSPICE e UOCP	7	7	7	92	92	92
UCP-DOM	8	7	7			0
POST ACUTI	0	0	1	0	0	28
DIP-COM	19	19	18	331	331	327
DIP-BIA	3	3	1	18	18	8
C-DOM	42	40	34			
<i>Subtotale</i>	<i>318</i>	<i>312</i>	<i>269</i>	<i>11.865</i>	<i>11.598</i>	<i>10.548</i>
RSA APERTA			39			
RES. ASSISTITA RELIGIOSI			0			
RESIDENZIALITA' LEGGERA			11			101
CASE MANAGEMENT			3			
MINORI GRAVISSIMI			0			
MISURA 6			4			
SPERIMENTAZIONE RIA MINORI DGR 3239/2012			3			
VOUCHER B1 SOCIO SANITARIO			21			
VOUCHER B1 ASD			9			
<i>Subtotale</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>90</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>101</i>
<b>Totale</b>	<b>318</b>	<b>312</b>	<b>359</b>	<b>11.865</b>	<b>11.598</b>	<b>10.649</b>

L'attività di accreditamento e riclassificazione degli Ospedali di Comunità (ODC), che prosegue nel corso del 2025, ha portato finora all'accREDITamento di 2 ODC ubicati rispettivamente nei distretti Cremonese e Alto Mantovano

Tabella Ospedali di Comunità e Case di Comunità

Tipologia di Unità d'Offerta	nr. UdO e PL sociosanitari	Distretti						TOT. ATS
		Crema	Cremona	Casalasco-viadanese	Alto Mantovano	Mantova	Basso Mantovano	
Ospedali di Comunità	Numero di OdC autorizzati, di cui	0	1	0	1	0	0	2
	Accreditati	0	1	0	1	0	0	2
	A contratto							
	Posti Autorizzati	0	20	0	15	0	0	35
	Posti Accreditati	0	20	0	15	0	0	35
	posti Contratto							
Case di Comunità	Numero di CdC autorizzate, di cui	0	0	0	0	0	0	0
	Accreditate	0	0	0	0	0	0	0
	A contratto							

## 3.2. Programmazione Attività anno 2025

Come indicato nella DGR XII/3720 del 30/12/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025" si riportano le attività programmate:

### 3.2.1 Piani programma in area socio-sanitaria

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Monitoraggio delle Unità d'offerta socio-sanitarie in piano programma
Modalità	Da remoto
Numerosità dei controlli programmati	14
Flusso o basi dati utilizzati	Elenco delle UdO in piano programma (3)
Modalità di campionamento	100% delle UdO in piano programma
Modalità operative di esecuzione	Richiesta di documentazione attestante l'andamento dei lavori, se alla luce della documentazione dovesse essere necessario si programmeranno appositi sopralluoghi
Strumenti Operativi	Cronoprogramma dei lavori
Composizione Equipe	Dirigente ingegnere (1) Tecnico della Prevenzione (4)
Cronoprogramma	7 controlli da rendicontare entro 20/07/2025 7 controlli da rendicontare entro il 20/01/2026

### 3.2.2 Unità di offerta sociosanitarie interessate da interventi di efficientamento energetico, antisismici e installazione di impianti fotovoltaici (es. superbonus 110%)

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Monitoraggio interventi efficientamento
Modalità	Da remoto con eventuale sopralluogo
Numerosità dei controlli programmati	31
Flusso o basi dati utilizzati	Elenco interno delle UdO soggette a interventi di efficientamento
Modalità di campionamento	100% UdO con attivato il superbonus 110%
Modalità operative di esecuzione	Richiesta documentale stato attuazione del cronoprogramma dichiarato ad avvio opere
Strumenti Operativi	Cronoprogramma lavori Relazione misure compensative per garantire assistenza
Composizione Equipe	Dirigente ingegnere (1) Tecnico della Prevenzione (4)
Cronoprogramma	31/03/2025 30/09/2025

### 3.2.3 Autorizzazione e accreditamento in area sociosanitaria

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifica del possesso dei requisiti di esercizio e accreditamento soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici (STOP)
Modalità	Mista: in presenza per lo svolgimento del sopralluogo e da remoto per l'analisi della documentazione ricevuta in precedenza o in seguito richiesta per coadiuvare l'attività ispettiva viene richiesto di anticipare al servizio la documentazione attestante il possesso dei requisiti
Numerosità dei controlli programmati	100% delle istanze in entrata
Flusso o basi dati utilizzati	Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie e sociali della Famiglia (AFAM)
Modalità di campionamento	Verifica del 100% delle istanze sociosanitarie pervenute (SCIA, SCIA Contestuale o Istanza di accreditamento)
Modalità operative di esecuzione	La modalità di controllo avviene secondo la normativa vigente, DGR X/2569/2014 DGR XII/1827/2024, in aggiunta a quella specifica per ogni tipologia di UDO e come previsto dalla procedura aziendale PP10.3.3 "Autorizzazione e Accreditamento Sociosanitario" Rev.00 del 24 ottobre 2023- (oggetto di aggiornamento)
Strumenti Operativi	Check-list regionali Verbale di sopralluogo regionale
Composizione Equipe	Equipe miste: Dirigente Ingegnere (1), Tecnico della Prevenzione (4), Assistente Sociale (3), Assistente Sanitario (1), Educatore Professionale (4), Infermiere (1).
Cronoprogramma	In funzione delle istanze presentate e secondo i termini di legge

In ottemperanza al "Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024-2028" la processazione delle istanze di accreditamento per le UdO socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per anziani e

disabili è ammessa solo per le UdO ubicate nei territori afferenti alle ASST dove l'indice di posti accreditati per la specifica tipologia di UdO è inferiore all'indice regionale.

Alla ricezione dell'istanza, ATS verificherà la sussistenza di questo criterio riportandolo nel parere di accreditamento, la mancanza di questo requisito comporta il rigetto dell'istanza per improcedibilità.

**Sono esonerate** dal rispetto di questo requisito:

- le UdO realizzate/ristrutturate con finanziamenti pubblici;
- le UdO che abbiano presentato CILA/permesso a costruire/SCIA edilizia al Comune di competenza entro il 30/12/2024.

**restano possibili** anche in assenza del requisito:

- modifiche per variazioni strutturali o di sede (no trasformazioni, ampliamenti e nuove offerte);
- volture dell'accREDITAMENTO.

### 3.2.4 Attività di vigilanza e controllo di appropriatezza in ambito sociosanitario

Controlli di Vigilanza	
ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento
Modalità	Mista: in presenza per lo svolgimento del sopralluogo, coadiuvata dalla modalità da remoto per i documenti in archivio, ai fini della semplificazione dell'attività amministrativa, o successivamente al sopralluogo di vigilanza
Numerosità dei controlli programmati	Il 33% di ogni tipologia di Unità di Offerta corrispondente 140 controlli su un totale di 407 servizi, la percentuale di campionamento è stata applicata per ogni tipologia di UdO
Flusso o basi dati utilizzati	Base dati aziendali Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie e sociali della Famiglia (AFAM) Scheda struttura
Modalità di campionamento	Priorità: <ul style="list-style-type: none"> <li>· UdO con data dell'ultimo sopralluogo di vigilanza ordinaria più remoto;</li> <li>· UdO che, a seguito di verifiche su flussi/altra documentazione, sono state individuate come critiche.</li> </ul>
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo senza preavviso e secondo la normativa vigente, DGR X/2569/2014 DGR XII/1827/2024, in aggiunta a quella specifica per ogni tipologia di UDO e come previsto dalla procedura aziendale PP10.3.6 "Vigilanza strutture sociosanitarie" Rev.00 del 24 ottobre 2023 (oggetto di aggiornamento)
Strumenti Operativi	Check-list regionali Verbal di sopralluogo
Composizione Equipe	Equipe miste: Dirigente Ingegnere (1), Tecnico della Prevenzione (4), Assistente Sociale (3), Assistente Sanitario (1), Educatore Professionale (4), Infermiere (1).  Ai fini dell'Anticorruzione e dell'omogeneizzazione delle modalità di conduzione dell'attività ispettiva è previsto il reciproco scambio di equipe di competenza sul territorio provinciale (Mantova e Cremona) per l'esecuzione dei sopralluoghi presso almeno 1 RSA 1 CSS e 1 CDI.
Cronoprogramma	I sopralluoghi sono distribuiti nel corso del 2025 con programmazione, generalmente bimestrale archiviata su file Excel condiviso in area comune

<b>Controlli di Appropriatezza</b>	
<b>ITEM</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Attività di Controllo	<p>Verifica della corretta classificazione della fragilità degli utenti e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate;</p> <p>Verifica dei seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· congruenza fra FASAS e flussi di rendicontazione oggetto di debito informativo regionale;</li> <li>· coerenza tra i bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, come definito dal Progetto Individuale e dalla Pianificazione degli Interventi;</li> <li>· evidenza dell'effettiva erogazione delle prestazioni pianificate a cura delle figure professionali incaricate.</li> </ul>
Modalità	In presenza, coadiuvata da modalità da remoto per i documenti eventualmente acquisiti durante il sopralluogo
Numerosità dei controlli programmati	<p>Il 33% di ogni tipologia di Unità di Offerta corrispondente a 140 controlli su un totale di 407 servizi, le medesime strutture individuate per il controllo di vigilanza</p> <p>Per ogni UdO è stato campionato il flusso relativo al 2024 campionando secondo le seguenti percentuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10% presso i servizi Residenziali e semiresidenziali</li> <li>• 2,5% presso i servizi ambulatoriali e domiciliari</li> </ul> <p>Ai volumi campionati per ciascun servizio sono state applicate le indicazioni rispetto al n. minimo e massimo di Fasas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimo 3 Fasas presso ogni servizio</li> <li>• Massimo 30 Fasas presso i servizi Residenziali e semiresidenziali</li> <li>• Massimo 50 Fasas presso i servizi ambulatoriali e domiciliari</li> </ul> <p>Presso ogni C-Dom campionata sarà individuato dal flusso almeno 1 utente per la verifica itinere al domicilio.</p>
Flusso o basi dati utilizzati	<p>Base dati aziendali;</p> <p>Piattaforma DSPFLUX su cui sono caricati i seguenti flussi: FE, SOSIA, SIDI, CP, CON, RIA FAM, TOX AMB, SIAD, SDOFAM;</p> <p>Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie e sociali della Famiglia (AFAM)</p>
Modalità di campionamento	Campionamento mirato/casuale nell'ambito dei tipi di campione individuati da ACSS e come previsto dalla procedura aziendale PP10.3.1 "Controlli di Appropriatezza sulle strutture Unità di Offerta sociosanitaria" Rev. 04;
Modalità operative di esecuzione	Con preavviso di 1 giornata con sopralluogo in presenza
Strumenti Operativi	<p>Check-list regionali</p> <p>Verbali di sopralluogo</p>
Composizione Equipe	<p>Equipe miste: Dirigente medico (1), Assistente Sanitario (2), Assistente Sociale (1), Operatore tecnico specializzato (1), Infermiere (3);</p> <p>Ai fini dell'Anticorruzione e dell'omogeneizzazione delle modalità di conduzione dell'attività ispettiva è previsto il reciproco scambio di equipe di competenza sul territorio provinciale (Mantova e Cremona) per l'esecuzione dei sopralluoghi presso almeno 1 RSA 1 CSS e 1 CDI.</p>
Cronoprogramma	I sopralluoghi sono distribuiti nel corso del 2025 con programmazione, generalmente bimestrale, archiviata su file Excel condiviso in area comune

Per quanto riguarda i controlli di appropriatezza per gli ODC attivati nell'anno 2024 sarà attuata nell'anno corrente almeno l'analisi dei Fasas attenționando i criteri esposti nei requisiti generali (DGR X/1765/2014), verifiche eventualmente integrate con indicatori specifici secondo eventuali indicazioni regionali intercorrenti, trascorso almeno un anno di produzione.

La tabella successiva sintetizza i volumi campionati:

Tipologia UdO	n. UdO Attive	Campione 2025	%	Flusso 2024	Campione Fascicoli 2025	%
CDD	21	7	33,3%	167	22	13,17%
CDI	47	16	34,1%	427	58	13,58%
C-DOM	42	15	34,9%	4707	130	2,76%
CONS	20	7	36,8%	7536	165	2,19% <sup>1</sup>
CSS	20	7	35,0%	69	21	30,43%
INT	12	4	33,3%	1372	100	7,29%
RIA	10	4	40,0%	1027	28	2,73%
RSA	87	29	33,3%	4075	408	10,01%
RSD	12	4	33,3%	219	23	10,50%
SERT/SMI	10	3	30,0% <sup>2</sup>	3064	78	2,55%
TOX	21	7	33,3%	200	26	13,00%
UCP-DOM	8	3	37,5%	693	20	2,89%
HOSPICE/UOCP	7	3	42,9%	866	65	7,51% <sup>3</sup>
RES ASSISTITA	11	4	36,4%	21	12	57,14%
RSA APERTA	41	14	34,1%	905	48	5,30%
CASE MANAGEMENT	3	1	33,3%	n.d.		
SPERIMENTAZIONE RIA MINORI DGR 239/2012	3	1	33,3%	n.d.		
MISURA 6	4	1	25,0%	n.d.		
VOUCHER B1 SOCIOSANITARIO	21	7	33,3%	n.d.		
VOUCHER B1 AUTISMO	9	3	33,3%	n.d.		
<b>TOTALE</b>	<b>409</b>	<b>140</b>	<b>36,1%</b>			

**Note:**

1. Applicata una riduzione al campione del 0,31% (n.30 Fasas) per raggiungimento del limite massimo del campione (50 Fasas) presso 1 consultorio
2. Applicata una ripartizione omogenea delle strutture campionabili (6) sul restante periodo del triennio 24-26 (2024→ 4 UdO, 2025→ 3 UdO; 2026 → 3 UdO)
3. Applicata una riduzione al campione del 2,49% (n.23 Fasas) per raggiungimento del limite massimo del campione (30 Fasas) presso 1 UOCP

Con riferimento ai flussi delle misure indicati con “n.d.” il numero dei fascicoli verrà puntualmente calcolato a valle dell’acquisizione del dato storicizzato al 31/12/2024, non disponibile al momento della compilazione del presente documento.

### 3.3 Analisi di contesto socioassistenziale

Il contesto della rete di strutture socioassistenziali dell'ATS della Val Padana è di seguito rappresentato.

AREA	Tipologia UdO	N. UdO ATTIVE	N. Posti autorizzati	N. UdO Area	N. Posti autorizzati area
PRIMA INFANZIA	Asilo Nido	142	4190	172	4429
	Centro Prima Infanzia	0	0		
	Micronido	18	179		
	Nido Famiglia	12	60		
DISABILITÀ	Comunità Alloggio Disabili*	2	19	41	884
	Centro Socio-Educativo	23	519		
	Servizio Formazione Autonomia	16	346		
ANZIANI	Alloggi Protetti Anziani	24	293	28	412
	C.A.S.A.	2	18		
	Centri Diurni Anziani	2	159		
MINORI	Alloggio per l'Autonomia	18	77	56	915
	Servizio educativo diurno	1	20		
	Comunità Educativa	20	191		
	Comunità Familiare	5	30		
	Centri Aggregazione Giovanile	12	597		
Totali		297	6698		

\*sono contemplate solo le UdO non accreditate come CSS

#### 3.3.1 Programmazione Attività area socioassistenziale anno 2025

Verifiche a seguito di CPE	
ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifica del possesso dei requisiti di esercizio delle Unità di Offerta Sociali, su formale richiesta da parte di Comuni e Uffici Di Piano
Modalità	La verifica avviene tramite sopralluogo programmato, per coadiuvare l'attività ispettiva viene richiesto di anticipare al servizio la documentazione attestante il possesso dei requisiti che viene richiesta al gestore e verificata dall'equipe di vigilanza prima del sopralluogo
Numerosità dei controlli programmati	100% delle richieste di sopralluogo a seguito di CPE
Flusso o basi dati utilizzati	Base dati aziendali
Modalità di campionamento	Verifica del 100% delle istanze CPE pervenute.
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo programmato con l'ente gestore nel quale viene verificato quanto definito dalla normativa vigente: <ul style="list-style-type: none"> <li>· DGR VIII/7437/2008 Allegato A;</li> <li>· DGR X/1254/2010;</li> <li>· Circolare Regionale n. 2 del 15/12/2022;</li> <li>· Normativa specifica per ogni tipologia di UDO;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedura aziendale PP 10.3.5 rev. 00 "Vigilanza strutture Sociali" del 24/10/2023</li> </ul> <p>In seguito al sopralluogo viene predisposta una relazione per l'Ufficio Di Piano con allegato il verbale di sopralluogo</p>
Strumenti Operativi	Check-list interna Verbale di sopralluogo
Composizione Equipe di vigilanza	Equipe miste: Dirigente Ingegnere (1), Tecnico della Prevenzione (4), Assistente Sociale (3), Assistente Sanitario (1), Educatore Professionale (4), Infermiere (1).
Cronoprogramma	i sopralluoghi verranno effettuati in funzione delle istanze presentate

<b>Vigilanza Socioassistenziale 2025</b>	
<b>ITEM</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Attività di Controllo	Verifica del possesso e mantenimento dei requisiti di esercizio delle Unità di Offerta Sociali
Modalità	Mista: in presenza, coadiuvata da modalità da remoto per i documenti acquisiti precedentemente o successivamente al sopralluogo di vigilanza
Numerosità dei controlli programmati	Il 25% di ciascuna tipologia di Unità di Offerta in esercizio, corrispondente a 79 strutture su un totale di 297, mantenendo il campione in analisi omogeneamente diversificato secondo la tipologia del servizio erogato
Flusso o basi dati utilizzati	Base dati aziendali Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie e sociali della Famiglia (AFAM)
Modalità di campionamento	Criteri di campionamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>· priorità dei controlli nelle Unità di Offerta con data dell'ultimo sopralluogo di vigilanza ordinaria più remoto;</li> <li>· priorità dei controlli nelle Unità di Offerta che, a seguito di verifiche su flussi e altra documentazione, sono state individuate come critiche</li> </ul>
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo in presenza, senza preavviso nel quale viene verificato quanto definito dalla normativa vigente: <ul style="list-style-type: none"> <li>· DGR VIII/7437/2008 Allegato A;</li> <li>· DGR X/1254/2010;</li> <li>· Circolare Regionale n. 2 del 15/12/2022;</li> <li>· Normativa specifica per ogni tipologia di UDO;</li> <li>· Procedura aziendale PP 10.3.5 rev. 00 "Vigilanza strutture Sociali" del 24/10/2023</li> </ul> <p>In seguito al sopralluogo viene inviato il verbale all'ufficio di Piano con descrizione sintetica dell'esito</p>
Strumenti Operativi	Check-list Verbale di sopralluogo
Composizione Equipe di vigilanza	Equipe miste: Dirigente Ingegnere (1), Tecnico della Prevenzione (4), Assistente Sociale (3), Assistente Sanitario (1), Educatore Professionale (4), Infermiere (1).
Cronoprogramma	I sopralluoghi sono distribuiti nel corso di tutto l'anno 2025 con programmazione, generalmente bimestrale archiviata su file Excel condiviso in area comune

Di seguito si riporta la tabella con il numero complessivo delle Unità di Offerta campionate con la percentuale calcolata al 25%.

AREA	Tipologia UdO	N. UdO ATTIVE	N. UdO Campionate	%	N. UdO Area	N UdO campionate area	%
PRIMA INFANZIA	Asilo Nido	142	36	25,3%	172	42	25,6%
	Centro Prima Infanzia	0	0				
	Micronido	18	5	27,8%			
	Nido Famiglia	12	3	25%			
DISABILITÀ	Comunità Alloggio Disabili*	2	1	50%	41	11	26,8%
	Centro Socio-Educativo	23	6	26,1%			
	Servizio Formazione Autonomia	16	4	25%			
ANZIANI	Alloggi Protetti Anziani	24	7	29%	28	9	32,1%
	C.A.S.A.	2	1	50%			
	Centri Diurni Anziani	2	1	50%			
MINORI	Alloggio per l'Autonomia	18	5	27,8%	56	15	26,8%
	Servizio educativo diurno	1	0	0%			
	Comunità Educativa	20	5	25%			
	Comunità Familiare	5	2	40%			
	Centri Aggregazione Giovanile	12	3	25%			
Totali		297	79	26,6%			

### 3.4 Attività non programmabili

**Segnalazioni:** in caso comunicazioni da parte di utenti esterni, autorità giudiziaria e/o richieste regionali, sia per l'Area Sociosanitaria che per quella Socioassistenziale la composizione dell'équipe sarà valutata, di volta in volta, dal Direttore della SC Governo Polo Territoriale laddove si rendesse necessario, sarà possibile coinvolgere altri professionisti appartenenti ad altri Dipartimenti dell'ATS della Val Padana.

Il presente Piano dei Controlli potrebbe subire eventuali variazioni a seguito di successive determinazioni o disposizioni regionali anche a carattere di urgenza.

## **3.5 Negoziazioni e contratti socio sanitari-programmazione 2025**

### **3.5.1 Attività di controllo: Requisiti di accesso alla contrattualizzazione**

#### **3.5.1.1. Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)**

Il controllo verrà svolto da remoto sugli Enti gestori a contratto nell'anno 2025. In particolare, prima della sottoscrizione del contratto verrà richiesta la trasmissione della relazione sull'ultimo bilancio approvato e, per i gruppi di impresa, sull'ultimo bilancio consolidato approvato, redatte da soggetti tenuti alla revisione legale dei conti, ai sensi dell'art. 2409 bis del Codice Civile.

L'attestazione deve riportare in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo. I controlli programmati per l'anno 2025 riguardano il 100% degli Enti Gestori a contratto.

#### **3.5.1.2 Certificazione antimafia (art. 94, commi 2 e 3 d.lgs. 36/2023)**

Sulla base dell'importo del contratto sottoscritto con gli Enti gestori, ATS richiede la trasmissione della documentazione prevista per la Comunicazione (dichiarazione sostitutiva di Comunicazione Antimafia) o l'Informazione Antimafia (dichiarazione sostitutiva del Certificato di Iscrizione Alla Camera Di Commercio Industria Artigianato Agricoltura o la dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla prefettura corredate dalle dichiarazioni dei famigliari conviventi maggiorenni).

La verifica delle dichiarazioni sostitutive prodotte avviene attraverso l'interrogazione della Banca Dati Nazionale Unica della Documentazione Antimafia (BDNA).

Per la gestione delle tempistiche di richiesta delle Certificazioni Antimafia è implementato costantemente un database nel quale vengono monitorate le scadenze dei certificati (6/12 mesi) emessi dal Ministero degli Interni attraverso la BDNA. Un mese prima della scadenza dei certificati, ATS richiede all'EG la dichiarazione necessaria.

I controlli del 100% delle dichiarazioni vengono effettuati mediante accesso alla BDNA per la verifica delle dichiarazioni sostitutive delle comunicazioni e delle informazioni.

I controlli vengono inoltre effettuati ogni qualvolta avvengano cambiamenti negli assetti societari degli enti.

Criticità: Si conferma anche per l'anno 2025 le criticità già emerse e segnalate per i controlli antimafia degli Enti iscritti al RUNTS, con iscrizione sospesa presso la CCIAA.

### **3.5.1.3 Ulteriori requisiti:**

**Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 94, comma 1 lett. a), b), c), d), e), f), g) e h) d. lgs. 36/2023);**

**Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna non definitive (art. 94, comma 1 lett. a), b), c), d), e), f), g), h) d. lgs. 36/2023) - carichi pendenti da reato**

**Regolarità contributiva (art. 94, comma 6 d.lgs. 36/2023);**

**Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (art. 94, comma 5 lettera a) d.lgs. 36/2023);**

**Ulteriori requisiti (art. 94, comma 5 d.lgs. 36/2023).**

Rispetto ai requisiti sopra elencati si procede, prima della sottoscrizione del contratto, a richiedere le autocertificazioni in merito all'inesistenza delle cause ostative in capo all'Ente Gestore, al Legale Rappresentante e agli altri soggetti indicati all'art. 94 comma 3 del D.LGS. 36/2023.

Il controllo verrà effettuato su un campione del 10% degli Enti Gestori a contratto. La scelta degli Enti da sottoporre a controllo avviene tramite sorteggio, tenuto conto degli Enti già controllati negli anni precedenti.

In merito al DURC, il Servizio Economico e Finanziario di ATS, procede ogni 120 giorni al controllo degli erogatori soggetti a pagamento.

### **3.5.1.4 Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013)**

Ogni anno, ATS della Val Padana richiede agli Enti Gestori una dichiarazione relativamente all'assoggettamento agli obblighi di pubblicazione e trasparenza previsti dal comma 3 dell'art. 2-bis del D. Lgs. 33/2013.

Il controllo è effettuato su un campione del 10% degli Enti Gestori a contratto rientranti nel campo di applicazione del D.Lgs. 33/2013.

La scelta degli Enti da sottoporre a controllo avviene tramite estrazione casuale, nel rispetto dei principi di imparzialità e casualità nella selezione e nel rispetto di una suddivisione equa nei sei distretti di ATS della Val Padana, considerando, altresì, gli Enti già controllati negli anni precedenti. Il controllo avviene su alcuni item previsti dalla griglia del D. Lgs. 33/2013 e sulla scorta degli obblighi di cui alla deliberazione annuale di ANAC.

In riferimento a tale attività, si precisa tuttavia che, come ribadito dalla delibera ANAC n. 495 del 25/09/2024, l'attività di attestazione dello stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, per gli Enti Gestori, è in capo ai rispettivi OIV. Questi, non solo devono verificare la presenza/assenza del dato o documento nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, ma si devono esprimere anche su profili qualitativi che investono la completezza, l'aggiornamento e il formato aperto ed elaborabile del dato pubblicato. Inoltre, il RPCT del soggetto obbligato, successivamente alla pubblicazione dell'attestazione dell'OIV e all'invio ad ANAC, assume le iniziative – implementa le misure di trasparenza già adottate e ne individua e adotta di ulteriori – utili a superare le criticità

segnalate dall'OIV, ovvero idonee a migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili.

In sintesi, quindi, non è ATS che deve controllare gli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza, bensì i soggetti sopra individuati che hanno le competenze necessarie.

### **3.5.1.5 Incompatibilità del personale (L. 190/2012)**

Non esistono strumenti che ATS Val Padana possa utilizzare al fine del controllo del divieto di pantouflage di cui alla L.190/2012 e ss.mm.ii.

Si precisa, inoltre, che non si tratta di un requisito per l'accesso alla contrattualizzazione, ma di un obbligo contrattuale; il potere di vigilanza e il potere sanzionatorio, inoltre, sono in capo ad ANAC e non in capo alla ATS, come precisato dalla Giurisprudenza e ricordato da ANAC nelle Linee Guida n.1 in materia di pantouflage – Delibera 493 del 25/09/2024.

Sarà comunque cura di ATS della Val Padana, anche per l'anno 2025, inviare una nota agli enti gestori a contratto ricordando gli obblighi a cui sono tenuti e invitandoli ad adottare idonee misure al riguardo.

### **3.5.2 Modalità**

Le verifiche saranno effettuate da remoto mediante acquisizione di autocertificazioni dagli erogatori e verifica delle stesse mediante utilizzo di piattaforme dedicate (piattaforma Net4market, Infocamere, BDNA)

### **3.5.3 Risorse**

La Struttura Semplice Negoziazione e Contratti Socio Sanitari è composta da quattro unità di personale:

- n. 1 Dirigente Amministrativo – Responsabile della Strutture
- n. 1 Collaboratore amministrativo – Titolare di incarico di funzione
- n. 1 Collaboratore amministrativo
- n. 1 Assistente amministrativo

### **3.5.4 Numerosità dei controlli programmati**

Non essendo disponibili per il 2025 le tabelle di riepilogo dei controlli da parte di ACSS, si riporta di seguito le tabelle (sulla falsa riga di quella prevista per l'anno precedente) dei controlli programmati da ATS Val Padana per l'anno 2025 per la parte relativa ai contratti sociosanitari.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO	DESTINATARI/OGGETTI DEL CONTROLLO	TOTALE DESTINATARI/	MODALITÀ OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA ATTIVITÀ SVOLTA	NUMEROSITÀ CAMPIONE	BASE DATI	CRITERI CAMPIONAMENTO	STRUMENTI OPERATIVI
Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)	Per tutti gli erogatori e/o gestori di UdO	117	Da remoto	Viene richiesta la relazione sull'ultimo bilancio approvato redatta da soggetti tenuti alla revisione legale dei conti. Una volta ricevute viene controllato che vi sia l'attestazione in modo esplicito ed inequivocabile della regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo	60	Relazione sull'ultimo bilancio approvato e relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato	campionamento casuale (random)	Relazioni sull'ultimo bilancio e sull'ultimo bilancio consolidato approvato che vengono richieste prima della sottoscrizione del contratto; i controlli vengono effettuati tramite lettura delle relazioni trasmesse
Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 94, comma 1 lett. a), b), c), d), e), f), g), h) d. lgs. 36/2023)	Soggetti in dicitati all'art. 94, comma 3 del D.lgs. 36/2023 (Per tutti gli erogatori e/o gestori di UdO)	117	Da remoto	Prima della sottoscrizione e del contratto viene richiesta dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000 dell'insussistenza dei motivi di esclusione. Vengono, poi, effettuati i controlli a campione richiedendo i Casellari Giudiziali di Tribunale di competenza.	12	Certificato del Casellario giudiziale	campionamento casuale (random)	Dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000; viene verificata la veridicità di quanto dichiarato su un campione di Enti, mediante richiesta dei casellari tramite la piattaforma Net4market
Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna non definitive e (art. 94, comma 1 lett. a), b), c), d), e), f), g), h) d. lgs. 36/2023) - carichi pendenti da reato	Soggetti in dicitati all'art. 94, comma 3 del D.lgs. 36/2023 (Per tutti gli erogatori e/o gestori di UdO)	117	Da remoto	Prima della sottoscrizione e del contratto viene richiesta la dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000 relativamente ai carichi pendenti da reato. Vengono, poi, effettuati i controlli a campione richiedendo ai Tribunali di competenza il Certificato dei Carichi Pendenti.	12	Certificato dei carichi pendenti	campionamento casuale (random)	Dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000; viene verificata la veridicità di quanto dichiarato su un campione di Enti, mediante richiesta dei carichi pendenti ai tribunali di competenza
Regolarità contributiva (art. 94, comma 6 d. lgs. 36/2023)	Per tutti gli erogatori e/o gestori di UdO	117	Da remoto	Regolarità fiscale e contributiva: prima della sottoscrizione del contratto viene richiesta la dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000 relativamente ai requisiti dell'art. 94, comma 6 (imposte, tasse e contributi previdenziali). Vengono effettuati i controlli a campione richiedendo agli Enti interessati il controllo veridicità delle dichiarazioni sostitutive.	12	Attestazione regolarità del pagamento di imposte e tasse dell'Agenzia delle Entrate	campionamento casuale (random)	Dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000; viene verificata la veridicità di quanto dichiarato su un campione di Enti, mediante richiesta della attestazione di regolarità del pagamento di imposte e tasse e contributi previdenziali tramite la piattaforma Net4market
Regolarità contributiva (art. 94, comma 6 d. lgs. 36/2023)	Per tutti gli erogatori e/o gestori di UdO	117	Da remoto	Regolarità Contributiva - richiesto DURC di norma ogni 120 giorni a gli Enti Gestori soggetti a pagamento da parte del Servizio Economico Finanziario	117	Documento unico di regolarità contributiva (DURC)	no campionamento (100% Enti gestori, legali rappresentanti, etc.)	Viene verificata la regolarità contributiva mediante richiesta del DURC per gli Enti Gestori soggetti a pagamento, di norma ogni 120 giorni

ATTIVITÀ DI CONTROLLO	DESTINATARI/OGGETTI DEL CONTROLLO	TOTALE DESTINATARI/	MODALITÀ OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA ATTIVITÀ SVOLTA	NUMEROSITÀ CAMPIONE	BASE DATI	CRITERI CAMPIONAMENTO	STRUMENTI OPERATIVI
Sanzioni amministrative (art. 94, comma 5, lett. a d.lgs. 36/2023)	Per tutti gli erogatori e/o gestori di UDO	117	Da remoto	Prima della sottoscrizione del contratto viene richiesta la dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000 relativamente alle sanzioni amministrative. Vengono, poi, effettuati i controlli a campione richiedendo ai Tribunali di competenza i Certificati dell'Anagrafe delle Sanzioni Amministrative e dipendenti da reato.	12	Certificato dell'Anagrafe delle sanzioni amministrative e dipendenti da reato	campionamento casuale (random)	Dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000; viene verificata la veridicità di quanto dichiarato su un campione di Enti, mediante richiesta del certificato dell'anagrafe delle sanzioni amministrative e dipendenti da reato tramite la piattaforma Net4market
Certificazione antimafia (art. 94, commi 2 e 3 d.lgs. 36/2023)	Secondo le indicazioni di cui al D. Lgs. 159/2011 e al D. Lgs. 36/2023.	114	Da remoto	Viene acquisita dagli EEGG a contratto, con esclusione dei soli Enti Pubblici, la dichiarazione sostitutiva di Comunicazione/Informazione Antimafia, a seconda dell'imporo del contratto sottoscritto e tenuto conto delle scadenze delle rispettive certificazioni antimafia. In caso di informazione antimafia, viene richiesta anche la dichiarazione dei famigliari conviventi maggiori. Si procede poi mediante accesso alla BDNA alla verifica delle dichiarazioni sostitutive delle comunicazioni, nonchè alla richiesta delle informazioni.	114	Certificazione antimafia	no campionamento (100% Enti gestori, legali rappresentanti, etc.)	Dichiarazione sostitutiva a rilasciata dagli Enti gestori (ad esclusione dei soli Enti pubblici) e controllo tramite BDNA
Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013)	Erogatori privati con bilancio > 500.000 €	117	Da remoto	L'art. 2-bis comma 3 del D. Lgs. 33/2013 chiarisce che la disciplina prevista dal suddetto decreto legislativo o per le pubbliche amministrazioni si applica, in quanto compatibile, anche alle associazioni, alle fondazioni e agli enti di diritto privato, anche privati di personalità giuridica, con un "bilancio superiore a € 500.000,00", che esercitano funzioni amministrative e, attività di produzione di beni e servizi a favore delle amministrazioni pubbliche o di gestione di servizi pubblici. Il controllo viene effettuato analizzando la sezione trasparente dei siti degli EEGG e valutando la presenza dei principali obblighi	12	Siti web erogatori/gestori uDO	campionamento casuale (random)	Sezione amministrazione trasparente dei siti web degli Enti gestori obbligati e rientranti nel campione

ATTIVITÀ DI CONTROLLO	DESTINATARI/OGGETTI DEL CONTROLLO	TOTALE DESTINATARI/	MODALITÀ OPERATIVA	DESCRIZIONE SINTETICA ATTIVITÀ SVOLTA
Incompatibilità del personale (l. 190/2012)	Per tutti gli erogatori e/o gestori di UdO			ATS Val Padana invia, come ogni anno, una nota agli enti gestori a contratto ricordando gli obblighi a cui sono tenuti e invitandoli ad adottare idonee misure al riguardo. Si precisa, inoltre, che non si tratta di un requisito per l'accesso alla contrattualizzazione, ma di un obbligo contrattuale e il potere di accertamento della violazione è in capo ad ANAC e non ad ATS, come precisato dalla Giurisprudenza e ricordato da ANAC nelle Linee Guida n.1 in materia di pantouflage – Delibera 493 del 25/09/2024.
Ulteriori requisiti (art. 80, comma 5 d.lgs. 50/2016)				L'art. 80 comma 5 del DLgs 50/2016, abrogato dal DLgs 36/2023, non è possibile ricondurre ad altri obblighi previsti dal contratto socio-sanitario diversi da quelli già sopra riportati e ricondotto.

## 4. Area Farmaceutica e protesica

### 4.1 Contesto di riferimento

Nel 2025 il Servizio Farmaceutico darà continuità agli interventi di vigilanza ispettiva già a regime nella programmazione per il 2024. Pertanto, le aree per i controlli mirati saranno:

1. Vigilanza Farmaceutica
2. Controllo della spesa farmaceutica e del File F
3. Appropriately prescrittiva e monitoraggio

Si riporta di seguito una sintesi dei dati di contesto che caratterizzano il nostro territorio

<b>ANALISI DI CONTESTO: SERVIZIO FARMACEUTICO - SEZIONE FARMACEUTICA</b>	
<b>CONTESTO ESTERNO AL 31/12/2024</b>	
N. farmacie	276
N. dispensari	22
N. parafarmacie	31
N. grossisti	2
N. depositi	13
N. esercizi e GDO che erogano alimentazione particolare	68
N. esercizi autorizzati al commercio online	3
N. RSA	87
% DDD per farmaci equivalenti e biosimilari	99,07% equivalenti su farmaceutica convenzionata (Farmavision - rep BMK01 progr. 12_2024) Per i biosimilari il dato non è stato ancora pubblicato in Farmavision
% Raggiunta 2023	
Spesa Farmaceutica	Euro 151.787.694 (convenzionata netta rep 21 bis+DPC senza oneri di servizio)
N. Record File F	228.848
Valore File F	€ 121.853.017
N. di strutture erogatrici File F	11

### 4.2 Vigilanza Farmaceutica

#### 4.2.1 Vigilanza ispettiva su farmacie pubbliche e private aperte al pubblico, dispensari, parafarmacie, depositari e grossisti, vendita on-line

L'attività di vigilanza sulle farmacie convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) consiste nel controllo e nella verifica di atti o comportamenti delle persone coinvolte nell'organizzazione e nella gestione del servizio farmaceutico territoriale, nonché nell'erogazione dell'assistenza farmaceutica.

Questa attività ispettiva viene svolta da una Commissione o Sottocommissione paritetica, istituita e regolata dall'articolo 82 della Legge Regionale 6/2017 e formalizzata con il decreto n. 573 del 23/12/2019. Le ispezioni possono essere di tre tipi:

- Preventive, per garantire il rispetto delle norme prima dell'inizio di un'attività;
- Ordinarie, effettuate ogni due anni come verifica periodica;
- Straordinarie, avviate ogni volta che l'Autorità Sanitaria lo ritiene necessario.

In base alla normativa regionale vigente (L.R. 6/2017), il Servizio Farmaceutico continua a occuparsi della gestione amministrativa delle convenzioni relative all'assistenza protesica, dietetica e farmaceutica. Per le farmacie aperte al pubblico, si occupa anche delle procedure relative alla titolarità, all'autorizzazione all'apertura e all'esercizio, ai trasferimenti di sede, alle gestioni provvisorie degli eredi, ai pagamenti delle indennità di residenza, alle sostituzioni temporanee del titolare o del direttore tecnico, nonché alla regolamentazione di orari, turni di servizio e ferie.

## Programmazione 2025

### a. Farmacie e dispensari

Nell'anno 2025 sono state pianificate 139 ispezioni ordinarie presso le farmacie del territorio e 14 presso i dispensari, per un totale di 153 ispezioni; potranno altresì essere eseguite ispezioni straordinarie presso le farmacie che presentano criticità importanti.

ATS della VAL PADANA pianificazione 2025			
sottocommissione	n. farmacie convenzionate	n. dispensari	totale
MANTOVA	75	2	<b>77</b>
CREMONA	64	12	<b>76</b>
<b>TOTALE</b>	<b>139</b>	<b>14</b>	<b>153</b>

### b. Parafarmacie

Nell'anno 2025 sono state programmate 16 ispezioni ordinarie presso le parafarmacie, di cui 8 sul territorio mantovano e 8 sul territorio cremonese.

### c. Depositari e Grossisti

L'attività ispettiva riguarderà 12 strutture: 1 grossista e 4 depositari sul territorio mantovano e 1 grossista e 6 depositari sul territorio cremonese.

#### d. Vendita On line

La vendita online è possibile solo per i farmaci senza obbligo di prescrizione (SOP), che comprendono i farmaci da banco (OTC), ovvero medicinali di automedicazione.

Sono autorizzate a vendere “medicinali senza obbligo di prescrizione” on line solo le farmacie e gli esercizi commerciali “parafarmacie” o “corner della salute” della Grande distribuzione organizzata (individuati dall'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223)

Durante l'anno 2025 verranno verificati tutti i siti web relativi alle farmacie del territorio di ATS Val Padana oggetto di ispezioni ordinarie (3 sul territorio cremonese).

### **4.2.2 Modalità controllo**

Controlli in loco, con preavviso di 7 giorni se trattasi di ispezione ordinaria o senza preavviso se trattasi di ispezione straordinaria

### **4.2.3 Risorse**

2 farmacisti, 3 amministrativi

## **4.3 Vigilanza amministrativa**

Funzione preminente del Servizio Farmaceutico è garantire, in raccordo con il governo regionale, la gestione, il controllo e vigilanza sulla corretta applicazione della convenzione Nazionale e regionale vigente per le farmacie aperte al pubblico, in ottica di sviluppo di trasformazione della farmacia in farmacia dei Servizi. Da segnalare il cambio di gestione da parte di ARIA delle ricette spedite dalle farmacie, secondo quanto previsto dalla DGR XI/3676 del 13/10/2020.

## **Programmazione 2025**

### **4.3.1 Commissione Farmaceutica Aziendale**

La Commissione Farmaceutica Provinciale ha competenza a pronunciarsi in merito ad ogni irregolarità ed inosservanza all'Accordo con le farmacie convenzionate e sulle difformità rilevate nell'ambito della “Distribuzione per Conto” ed a decidere, in via definitiva, in ordine alla convalida del pagamento o all'annullamento totale o parziale delle ricette sottoposte al suo esame in relazione a quanto previsto dall'art. 4 dell'Accordo Nazionale

Per l'anno 2025 è programmata almeno una seduta (nelle due articolazioni sul territorio di Cremona e Mantova) per la discussione delle ricette spedite nel 2023 sulla base dei dati pubblicati da ARIA nel portale Farmavision o rese disponibili nella sezione dedicata in Farma2017.

### **4.3.2 Note AIFA**

Per alcuni farmaci l'erogazione in regime di SSN è vincolata al rispetto delle indicazioni previste dalle note AIFA che devono essere riportate nella prescrizione farmaceutica.

L'informatizzazione della prescrizione e la dematerializzazione delle ricette hanno senza dubbio limitato notevolmente gli errori sia nella prescrizione che nell'erogazione dei farmaci. Nel tempo, pertanto, il numero delle ricette spedite con incongruenze tra Nota AIFA riportata e farmaco erogato e delle ricette con nota spedite in SSN con nota AIFA mancante si è notevolmente ridotto; pur tuttavia permane una certa quota di prescrizioni relative a farmaci con nota AIFA, soprattutto RUR redatte a mano, spedite a carico del SSN non rispondenti ai limiti normativi previsti e segnalate mensilmente da ARIA.

Nell'anno 2025 verranno controllate tutte le ricette con nota AIFA mancante o errata anno 2023 rese disponibili da ARIA con pubblicazione sulla piattaforma Farmavision o rese disponibili nella sezione dedicata in Farma2017.

Le ricette con nota mancante verranno trasmesse alle farmacie e quelle con nota errata notificate al medico prescrittore, per il tramite dei Dipartimenti Cure Primarie delle ASST, per le valutazioni e controdeduzioni del caso.

### **4.3.3. Ricette a favore di pazienti stranieri**

Le ricette dei pazienti comunitari vengono segnalate alle ATS da ARIA con specifica reportistica pubblicata sul portale Farmavision per la predisposizione delle pratiche amministrative finalizzate al recupero degli importi; in modo analogo ARIA segnala alle ATS con reportistica dedicata le ricette spedite per cittadini non comunitari provenienti da Paesi con cui sussistono Accordi Internazionali che disciplinano l'erogazione dell'assistenza sanitaria. Sempre dal portale Farmavision sono scaricabili i report relativi alle prestazioni di assistenza sanitaria fornite in regime di File F a la stessa tipologia di cittadini stranieri

Nel 2025 verranno verificate e rendicontate, per il recupero degli importi, tutte le ricette anno 2023 e i record File F anno 2024 segnalati da ARIA per pazienti comunitari e non comunitari con pubblicazione sul portale Farmavision.

### **4.3.4 Differenze contabili**

Nel 2025 verranno gestite le ricette segnalate sul portale Workflow - Farma2017 relative all'anno 2023 con l'analisi, pubblicazione nel PUF delle farmacie, gestione delle richieste di approfondimento delle farmacie e applicazione delle risultanze economiche nelle prime DCR utili.

#### **4.3.5 Mobilità Assistenza Integrativa**

*Mobilità attiva* (pazienti non residenti in Lombardia)

Le ricette di prodotti AIR erogati a pazienti residenti fuori Regione Lombardia sono segnalate da ARIA alle ATS che hanno provveduto all'erogazione, e che devono recuperare gli importi presso le ASL di residenza, con pubblicazione di reportistica dedicata sul portale Farmavision, così come le erogazioni di alimenti per celiaci a pazienti non lombardi sono estraibili dal portale regionale Celiachi@RL, quale documentazione per le ATS per le procedure di controllo e addebito alle ASL di residenza.

Nel 2025 verranno verificate tutte le ricette, i moduli e le erogazioni segnalati da ARIA e/o trasmessi dai distretti e/o pubblicati sul portale Celiachi@RL nel corso dell'anno. Per le dispensazioni che effettivamente presentano le caratteristiche indispensabili per il recupero degli importi presso le ASL di residenza saranno inviate le relative richieste di emissione fattura al Servizio Economico Finanziario.

I casi per i quali vengono riscontrate criticità o che non presentano i requisiti previsti dagli accordi per l'addebito all'ASL di residenza verranno segnalati agli uffici di assistenza integrativa che hanno gestito le pratiche autorizzative per la rivalutazione del caso e la rimozione delle criticità.

*Mobilità passiva*

Il Servizio Economico Finanziario aziendale richiede al Servizio Farmaceutico la verifica e l'avvallo delle richieste di rimborso emesse da ASL fuori Regione per l'erogazione di prodotti di AIR a pazienti residenti nel nostro territorio.

Nel 2025 verranno verificate tutte le pratiche relative alle richieste di rimborso ricevute nell'anno.

#### **4.3.6 Ricette SASN**

La liquidazione delle prestazioni farmaceutiche a favore del personale navigante è effettuata direttamente dalle ATS unitamente alle altre ricette, trattandole tutte e tariffandole secondo le stesse regole di tariffazione; le ATS inoltrano al Ministero della Salute la richiesta di rimborso comprensiva della distinta contabile con la relativa tariffazione e delle immagini digitali delle ricette cartacee.

ARIA segnala mensilmente alle ATS, con reportistica dedicata sul portale Farmavision, le ricette SASN spedite dalle farmacie del territorio

Nel 2025 si procederà con la verifica e la richiesta di rimborso, per il recupero degli importi, delle ricette pubblicate da ARIA sul portale Farmavision spedite per il personale navigante nell'anno 2023. Eventuali errori di identificazione del paziente (esempio paziente non iscritto al SASN) saranno segnalati al medico prescrittore o agli uffici Scelte revoche per l'aggiornamento dell'anagrafe.

#### 4.3.7 Modalità di controllo

Tutti i controlli sulle ricette e prescrizioni saranno eseguiti da remoto sui portali regionali a disposizione (Farma2017, Celiachi@RL, WebCare, Anagrafe Regionale); in loco, con preavviso, la discussione delle risultanze con gli stakeholders

#### 4.3.8 Risorse

2 farmacisti, 1 amministrativi

### 4.4 Controlli File F

Un altro strumento di controllo e finanziamento della spesa farmaceutica è il File F, che serve a monitorare l'erogazione dei farmaci somministrati in regime di assistenza extra-ricovero. Il controllo di questi farmaci, registrati attraverso il tracciato record dedicato dalle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate, richiede un'attenta verifica da parte del farmacista per garantire l'appropriatezza d'uso.

Nell'ATS della Val Padana operano 11 strutture sanitarie che forniscono farmaci in regime di File F, suddivise tra erogatori pubblici ed erogatori privati accreditati.

Erogatori Pubblici	Erogatori Privati Accreditati
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASST di Crema</li> <li>• ASST di Cremona</li> <li>• ASST di Mantova</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casa di Cura San Camillo (CR)</li> <li>• Casa di Cura Figlie di San Camillo (CR)</li> <li>• Ospedale San Pellegrino (MN)</li> <li>• Ospedale di Volta Mantovana (MN)</li> <li>• Ospedale di Suzzara (MN)</li> <li>• IRCCS Maugeri di Castel Goffredo (MN)</li> <li>• Casa di Cura Teresa Camplani (MN)</li> <li>• Casa di Cura Ancelle della Carità</li> </ul>

### Programmazione 2025

#### 4.4.1 Controllo prezzi

Si procederà alla verifica completa della congruità dei prezzi dei singoli farmaci esposti nel tracciato record File F, con particolare riguardo ai farmaci equivalenti, assicurandosi che non siano superiori a quelli massimi di acquisto SSN stabiliti da AIFA, con successiva verifica degli importi in fattura.

#### **4.4.2 Controllo farmaci rendicontati in tipologia 3**

Durante l'anno in corso, verrà eseguito un controllo trimestrale sul tracciato record 2025 volto a verificare la corretta rendicontazione:

- in tipologia 3 (con indicazione obbligatoria della macrocategoria DD e CO) dei medicinali con requisito di innovatività condizionata con Registro AIFA e degli agenti antinfettivi reserve con Registro AIFA;
- in tipologia CO e DD, e non più in tipologia 3, dei farmaci di cui alla legge n. 648/1996 e off-label.

#### **4.4.3 Promozione farmaci equivalenti e biosimilari**

Durante l'anno 2025, con cadenza bimestrale, verrà eseguito un monitoraggio, con obiettivo percentuale, in termini di numero di pezzi, finalizzato alla verifica dell'uso dei farmaci biosimilari da parte delle strutture erogatrici di File F con invio delle risultanze alle farmacie ospedaliere.

In particolare:

per i farmaci biosimilari in ambito reumatologico/gastro/dermatologico:

- ADALIMUMAB 80%;
- ETANERCEPT 70%;
- INFLIXIMAB ev 90%;

per i farmaci biosimilari di uso ormai consolidato in ambito oncoematologico:

- BEVACIZUMAB 95% (solo uso oncologico);
- TRASTUZUMAB ev 95%;

#### **4.4.4 Controllo completezza e chiusura schede registri AIFA**

Entro il 30/06/2025, verifica dell'avvenuta chiusura delle schede di registro AIFA attive nel 2024, per le quali non risultano dispensazioni di farmaco da oltre 4 mesi senza motivazione clinica, con comunicazione relativa all'esito dei controlli a Regione Lombardia.

#### **4.4.5 Controllo acconti**

All'inizio dell'anno 2025, sulla base delle indicazioni regionali, è stato calcolato, per ogni erogatore pubblico e privato, l'importo dell'acconto in base all'analisi dei valori validati da Regione Lombardia per il periodo gennaio – dicembre 2024 (95% della produzione), in merito alla produzione dei farmaci File F. L'acconto non è comprensivo delle prestazioni File F per pazienti extra regione e per gli stranieri non regolarizzati.

Mensilmente verranno analizzati i valori validati da Regione Lombardia in merito alla distribuzione dei farmaci rilevati con il flusso File F: nel caso in cui l'ammontare degli acconti liquidati dovesse essere più alto della produzione effettiva rendicontata, verrà richiesta l'emissione della nota di credito e/o la sospensione delle fatture di acconto per i mesi successivi.

#### **4.4.6 Modalità di controllo**

Da remoto

#### **4.4.7 Risorse**

3 farmacisti, 1 amministrativo

## **4.5 Appropriately prescriptive and monitoring of pharmaceutical expenditure**

### **4.5.1 Spesa farmaceutica convenzionata**

Il pagamento mensile alle farmacie per le prestazioni erogate, sulla base DCR presentate dalle stesse, permette una prima raccolta tempestiva e più macroscopica dei dati sull'andamento della spesa farmaceutica. Analisi più mirate e di dettaglio su specifici gruppi terapeutici o tipi di farmaci sono possibili sui dati pubblicati da ARIA sul portale Farmavision.

#### **Programmazione 2025**

- Mensilmente, in occasione del pagamento delle DCR alle farmacie per le prestazioni erogate, verrà analizzato l'andamento dei macro-indicatori della spesa farmaceutica territoriale per la condivisione con la Direzione per eventuali interventi mirati e congiunti con le ASST.
- Trimestralmente, analisi a livello di ATS per gruppo terapeutico dell'andamento della spesa farmaceutica; eventuali aree critiche saranno oggetto di analisi mirate di dettaglio e di azioni correttive.
- Elaborazione della scheda medico trimestrale, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico, per il monitoraggio individuale dei macro-indicatori di spesa con analisi di dettaglio di specifici gruppi terapeutici, funzionale all'autovalutazione del medico rispetto ai target condivisi e agli audit di approfondimento con le ATS/ASST per le situazioni di maggior scostamento dai benchmark regionale e aziendale.
- Promozione utilizzo farmaci biosimilari con elaborazione di una scheda struttura riepilogativa dei dati di prescrizione specialistica di farmaci biologici a brevetto scaduto.
- Monitoraggio semestrale andamento prescrizione territoriale biosimilari.
- Almeno 1 audit con AFT sull'andamento della spesa farmaceutica.

- Audit con MMG per i quali sia emerso, in occasione dei confronti con le AFT, un profilo prescrittivo che richieda un approfondimento e un confronto.
- Monitoraggio semestrale andamento consumi farmaci a base di PUFA N3.

#### **4.5.2 Distribuzione per conto**

La distribuzione dei farmaci da parte delle farmacie per conto delle ATS secondo la DGR XII/1164 del 23/10/2023 avviene nel rispetto delle condizioni dettagliate nell'allegato B dell'accordo siglato dalle Associazioni di categoria e la Direzione Generale Welfare. In particolare, il punto 2 definisce i casi in cui, in via eccezionale, il farmacista può evadere nel canale della convenzionata una ricetta contenente farmaci DPC ed il punto 3 fissa in 60 giorni, dalla spedizione della ricetta, il tempo massimo per l'emissione della fattura relativa all'erogazione.

#### **Programmazione 2025**

Al fine, pertanto, di verificare la corretta applicazione delle indicazioni concordate,

- verranno monitorate e analizzate le ricette di farmaci Allegato ex Distribuzione Diretta spedite dalle farmacie in convenzionata nell'anno 2024 e le ricette miste di un periodo campione del 2025 per i successi interventi correttivi rivolti alla farmacia o al medico prescrittore
- verranno monitorate e analizzate le ricette spedite nel 2025 ma che risultano ancora aperte dopo i 60 giorni, per la regolarizzazione o l'addebito del farmaco.

#### **4.5.3 Piani terapeutici**

Da gennaio 2021 è a disposizione degli specialisti delle strutture pubbliche e private accreditate dell'intero territorio dell'ATS la piattaforma PT OnLine per la redazione dei PT per i farmaci per i quali AIFA prevede tale strumento regolatorio. L'applicativo permette, inoltre, ai Medici di famiglia la consultazione on line dei medesimi piani, a vantaggio dei pazienti per i quali è stato migliorato il percorso erogativo dei farmaci di prescrizione specialistica. Da aprile 2021 la piattaforma è stata integrata con il modulo per la redazione da parte degli MMG dei PTE per i farmaci della nota AIFA 97 ed è stata aggiornata per l'estensione anche ai medici di famiglia della possibilità di redigere PT per i farmaci della nota AIFA 100. Nel 2024 la piattaforma è stata aggiornata con la disponibilità per i medici di famiglia dei PT redatti a loro pazienti da specialisti dell'intera Regione Lombardia.

#### **Programmazione 2025**

- Supporto alle strutture Sanitarie nell'attività di abilitazione dei medici all'uso della piattaforma, al fine di incrementare la capillarità dell'informatizzazione dei PT;
- Formazione ed assistenza ai medici del territorio e specialisti relativamente all'utilizzo di PT OnLine per la prescrizione dei nuovi PT;
- Verifica dei requisiti di accreditamento delle strutture di appartenenza degli specialisti da abilitare ex novo in PT OnLine;

- Analisi utilizzo di PT on Line nel territorio, per individuare eventuali aree di intervento;
- Analisi prescrizioni anno 2024 farmaci con nota AIFA 39;
- Analisi prescrizioni anno 2024 farmaci nota AIFA 100.

#### **4.5.4 Cannabis**

Si intendono per medicinali cannabinoidi i medicinali di origine industriale o le preparazioni magistrali a base di cannabis, classificati secondo quanto previsto dall'art. 14 del DPR 309/90 e ss.mm.ii. ed inseriti in tabella dei medicinali, sezione B.

Regione Lombardia, nel sub-allegato A alla D.G.R n. XI/491 del 02/08/2018, definisce le regole per la prescrizione, l'allestimento, l'erogazione e la rimborsabilità a carico del S. S. R. dei preparati galenici magistrali a base di cannabis per uso medico.

#### **Programmazione 2025**

- Verrà verificato l'andamento quantitativo delle ricette magistrali, sia bianche non ripetibili che RUR, spedite dalle Farmacie del territorio dell'ATS della Val Padana.
- Verrà eseguito il controllo mensile dei formalismi previsti dalla normativa vigente per le ricette SSR.
- Verrà eseguito un monitoraggio periodico per la verifica della presenza del PT a supporto della prescrizione di preparazioni magistrali a base di cannabis.

#### **4.5.5 Modalità di controllo**

Tutti i controlli sulle ricette e prescrizioni saranno eseguiti da remoto sui portali regionali a disposizione (Farma2017, Celiachi@RL, WebCare, Anagrafe Regionale; PT OnLine; AssistantRL).

#### **4.5.6 Risorse**

3 farmacisti, 2 amministrativo.

## 4.6 Area protesica

Alla luce delle competenze assegnate alle ATS nell'ambito della governance dei processi per l'erogazione dell'assistenza protesica con DGR X / 6917 del 24/07/2017 e di quanto esplicitato nella DGR XII/1827 del 31/01/2024, si riporta la programmazione di minima degli interventi e la numerosità dei controlli previsti per l'anno 2024.

Le attività riguarderanno i tre ambiti sotto riportati e come di seguito dettagliato:

1. Appropriately prescrittiva
2. Appropriately erogativa
3. Verifica controlli programmati ASST

### Programmazione 2025

#### 4.6.1 Appropriately Prescrittiva

- a. Verranno valutati i requisiti generali e specifici di tutti i medici prescrittori che nell'anno 2025 presenteranno domanda di abilitazione alla prescrizione di DM, con particolare riguardo ai titoli di specializzazione posseduti; contestualmente verranno gestiti e aggiornati semestralmente gli elenchi dei medici prescrittori nelle diverse branche specialistiche, a copertura dell'offerta nel territorio della ATS della Val Padana.
- b. Verrà valutato il profilo strutturale, organizzativo e funzionale dell'attività prescrittiva protesica di tutti i centri che nell'anno presenteranno istanza di abilitazione alla prescrizione protesica. La valutazione verrà eseguita in collaborazione con la SC Accreditamento Sanitario relativamente all'assolvimento e mantenimento dei requisiti di accreditamento e attraverso un'attenta analisi documentale.
- c. In collaborazione con l'URP verranno gestite le segnalazioni e reclami che perverranno nel 2025.
- d. Saranno monitorate le prescrizioni online vs cartacee effettuate nel 2025 con approfondimento di un campione del 5% almeno delle cartacee per l'individuazione di eventuali aree di criticità e conseguenti azioni di miglioramento.
- e. Saranno analizzate le pratiche con erogazione di protesi acustiche relative al periodo settembre 2024 – agosto 2025, per verificare la presenza di una visita specialistica (28SAN) a sostegno della prescrizione ed erogazione

#### 4.6.2 Appropriately Erogativa

- a. Verranno accreditate tutte le nuove ditte fornitrici che presenteranno istanza nell'anno 2025 a seguito di analisi documentale e sopralluogo nella sede di erogazione finalizzata alla verifica dei requisiti di accreditamento strutturali ed organizzativi.

- b. Verrà effettuata attività di vigilanza su un campione di 5 ditte in corso di operatività attraverso la verifica dell'aggiornamento documentale e sopralluogo mirato nella sede di erogazione.
- c. Verranno gestiti e aggiornati gli elenchi delle ditte fornitrici, per informare l'utenza della copertura dell'offerta nel territorio della ATS della Val Padana.
- d. In collaborazione con l'URP verranno gestite le segnalazioni e reclami che perverranno nel 2025.
- e. Verranno controllate le forniture erogate nell'anno 2025 da parte di almeno tre fornitori per la verifica della coerenza dei prodotti con i requisiti autorizzativi.

#### **4.6.3 Appropriately Prescriptive, Ergative and Accounting - Verifications and controls ASST (external – auditing)**

Al fine di verificare le procedure aziendali sulla qualità del servizio di assistenza protesica delle tre ASST del nostro territorio, ATS per il 2025 provvederà a monitorare mediante un audit per ogni ASST e, in collaborazione con il SUPI, i controlli programmati dalle ASST e la presenza di procedure scritte per la gestione dell'intero percorso per la fornitura di dispositivi medici a pazienti territoriali, per gli ambiti sotto descritti:

- a. Controllo di appropriatezza/congruenza prescrittiva, mediante verifica tra il dispositivo, il PRI e la diagnosi di invalidità.

Nell'audit verranno verificati a campione i controlli mensili eseguiti dalle ASST su un gruppo rappresentativo delle istanze presentate in Assistant (non inferiore al 5%) in merito: alla correttezza formale della prescrizione e al diritto del paziente alla prescrizione (viene verificato che il paziente abbia un verbale di invalidità dell'INPS e che il dispositivo prescritto sia conforme alla patologia dichiarata).

- b. Controllo di effettuazioni di collaudo, verificando prescrizioni con collaudo non registrato/data di collaudo anomala.

Esame in sede di audit per ogni ASST di 4 pratiche del 2025 per verificare a campione la correttezza dei controlli eseguiti da ASST e l'applicazione delle procedure interne di controllo.

- c. Controlli sulle prestazioni rese dai fornitori della V.M.D., ovvero sulla corretta e compiuta esecuzione del servizio in coerenza alle condizioni economiche contrattuali.

Verifica a campione (2 per ogni ASST) dei controlli mensili eseguiti dalle ASST.

- d. Recupero dispositivi da pazienti nei casi di cessato utilizzo e conseguente ricondizionamento.

Verifica di almeno due verbali rilasciati dal personale tecnico dell'ASST contabile in collaborazione con l'ingegnere clinico in occasione della verifica, con cadenza trimestrale, presso il magazzino il grado di usura dei dispositivi o eventuali riparazioni richieste.

- e. Corretta imputazione dei costi nei conti economici e modalità di analisi del dato con confronto dei dati di bilancio e flusso DIT.

Verifica dell'analisi trimestrale eseguita dal SUPI.

Nel dettaglio, i controlli di competenza ASST vengono effettuati da ciascuna azienda anche attraverso l'operatività delle articolazioni delle sedi operative (sedi di Mantova, Cremona e Crema) e più precisamente i relativi Uffici Protesica territoriali ai quali competono l'operatività connessa alla singola prescrizione, al singolo assistito e/o alla singola fornitura oltre che le corrispondenti verifiche di correttezza, completezza e appropriatezza dell'assistenza. I controlli si completano con le attività correlate alla gestione contabile, in capo alla sola ASST capofila (ASST Mantova).

#### **4.6.4 Modalità di controllo**

I controlli di appropriatezza prescrittiva ed erogativa verranno eseguiti da remoto; la verifica delle autocertificazioni degli stakeholders e gli audit programmati verranno in loco realizzati con preavviso.

#### **4.6.5 Risorse**

2 farmacisti, 1 amministrativo.

## 5. Area Presa in carico

Sulla base della deliberazione n. XII/1827 del 31/01/2024 e della deliberazione n.XII/2755 del 15/07/2024, per l'anno 2025 vengono istituiti tre nuovi controlli, relativi agli indicatori di monitoraggio di attestazione dei requisiti contrattuali (PIC\_001), di Re-call (PIC\_002) e indicatore delle Scadenze (PIC\_003) previsti dalla DGR n. XII/2755/24 - allegato 3B, ad esclusione dell'indicatore PIC\_001 che ha cadenza annuale, i restanti due controlli verranno attuati temporaneamente per l'anno 2025 con cadenza semestrale in attesa del consolidamento dei flussi trimestrali SMAF PICCS.

Sarà mantenuta l'attività di controllo ordinaria di acquisizione dei contratti di avvalimento e degli addendum di contrattazione dei volumi di prestazioni semestrali sottoscritti con gli erogatori di filiera (PIC-004) per la verifica del rispetto delle disposizioni di predisposizione di agende dedicate per la prenotazione in GP++ delle prestazioni specialistiche come previsto dalle DGR n. XI/2672/19 e DGR n.XII/1827/24. Le attività di controllo, richieste dalle recenti normative per l'evoluzione del progetto PIC, si concentrano sulle azioni di proattività in capo ai gestori nell'accompagnamento dell'arruolato nel percorso di presa in carico; rispetto ai precedenti indicatori di esito calcolati dalla DG Welfare, gli attuali indicatori risultano funzionali alla rilevazione dell'effettiva capacità di accompagnamento del Centro Servizi nel processo di attuazione dei PAI. In corso d'anno sarà implementato il flusso dati per la valutazione dell'indicatore di monitoraggio delle prenotazioni, si ritiene opportuno valutare in seguito l'introduzione di ulteriori controlli in ragione di obiettivi o atti propri dell'area in oggetto che indichino la necessità di aggiornamento delle attività descritte nella tabella riassuntiva sotto riportata.

ID	AMBITO DI CONTROLLO	DESCRIZIONE SINTETICA ATTIVITA' DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO	RISPETTO AD ANNI PRECEDENTI
PIC_001	Verifica indicatore di attestazione dei requisiti contrattuali (allegato 3B DGR XII/2577/24)	Somministrazione annuale alle cooperative gestore contrattualizzate del questionario condiviso dalle ATS di RL per l'attestazione dei requisiti contrattuali per la funzione di accompagnamento del paziente cronico. Per le cooperative gestore con sede legale ubicata in altre ATS si procede all'acquisizione dell'istruttoria di verifica dei requisiti autodichiarati del Centro Servizi condotta dall'ATS territorialmente competente (in presenza o da remoto per favorire un unico accesso di tutte le ATS eventualmente coinvolte).	Gestori	Nuova
PIC_002	Verifica SMAF PICCS Indicatore di monitoraggio di Re-Call (allegato 3B DGR XII/2577/24)	≤1 n. verifica campionaria semestrale per cooperativa gestore da flusso SMAF PICCS	Gestori	Nuova
PIC_003	Verifica SMAF PICCS Indicatore di monitoraggio delle scadenze (allegato 3B DGR XII/2577/24)	≤1 n. verifica campionaria semestrale per cooperativa gestore da flusso SMAF PICCS	Gestori	Nuova
PIC_004	Monitoraggio sottoscrizione contratti di avvalimento	Acquisizione sottoscrizione contratti di avvalimento e di eventuali contrattazioni di addendum semestrali fra Gestore costituito da cooperative di MMG/PLS e Erogatori di filiera con particolare riferimento ai vincoli di creazione di agende dedicate all'ente e all'inserimento di clausole di salvaguardia per rendere nuovamente disponibili gli slot di prenotazione non saturate dalla cooperativa gestore.	Gestori	Attività ordinaria

## 6. Allegato 1

Check list. Autocontrollo qualità documentale

Descrizione elementi imprescindibili		SI	NO	%	
1	Numero Progressivo cartella clinica			100%	
2	Generalità della persona assistita			100%	
3	Struttura dove avviene il ricovero			100%	
4	Data e orario di ingresso uscita paziente			100%	
5	Nei DH per ciascun accesso orario di ingresso e uscita			100%	
6	SDO firmata dal responsabile ( anche sigla )			100%	
7	Motivo del Ricovero			20%	20%
8	Anamnesi Patologica prossima			10%	10%
9	Esame obiettivo ingresso			40%	70%
	Esame obiettivo firmato e siglato			20%	
	Esame obiettivo datato			10%	
10	Presenza di progetto e progr riab ( riabilitazione )			100%	100%
11	Consenso informato firmato medico e paziente			90%	100%
	Consenso informato datato			10%	
12	Cartella anestesiologicala per monitoraggio operatorio			40%	100%
13	Registro operatorio completo			60%	
14	Lettera di dimissione			100%	
<b>TOTALE</b>					
<b>NUMERO GIORNI DI DEGENZA</b>					
Descrizione degli Elementi		<b>Assenti</b>	<b>Totali</b>	<b>%</b>	
1	Diario Medico	0	3	100%	
2	Diario Infermieristico	0	4	100%	
3	Diario di Altri professionisti ( non medici o infermieri )	4	6	33%	
4	Referti	0	6	100%	
<b>ESITO NOC ATS</b>		0 - 1 - 2	% Abbattimento		
<b>ESITO STRUTTURA</b>		0 - 1 - 2	% Abbattimento		
Memo: Esito 1 cartella confermata - Esito 0 cartella abbattuta al 100% - Esito 2 abbattimento parziale					
* Indicare nella cella: SI se criteri soddisfatti, NO se criteri non soddisfatti e la % di abbattimento - esito 2 Indicare % abbattimento					