

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Val Padana

PIANO DEI CONTROLLI

ANNO 2024

Indice

1. Analisi Epidemiologica di Contesto	5
1.1 Demografia	5
1.1.2 Stato di salute della popolazione generale	10
1.1.3 Gli assistiti cronici	12
1.2 Il Programma Nazionale Esiti (PNE)	14
1.3 Appendice	16
1.4 Focus sulla patologia tumorale	16
1.5 La rete dell'assistenza territoriale da DM 77/2022	18
2. Area sanitaria	23
2.1 Contesto di riferimento Strutture sanitarie di Ricovero e Cura	23
2.2. Vigilanza delle Strutture Sanitarie Accreditate-Programmazione 2024.....	24
2.2.1 Modalità operative di esecuzione	30
2.2.2. Composizione equipe	31
2.3 Controlli NOC Ricoveri - Programmazione 2024	31
2.3.1 Modalità e numerosità dei controlli	32
2.3.2 Modalità operative di esecuzione	33
2.3.4 Modalità di campionamento.....	33
2.3.4.1 Autocontrollo di congruenza.....	33
2.3.4.2. Autocontrollo della qualità documentale (3%)	35
2.3.4.3 Verifiche di concordanza	36
2.3.4.4 Controlli di Congruenza (6%)	36
2.3.4.5 Attività di verifica delle prestazioni di ricovero presso i reparti di Cure Subacute.....	38
2.3.4.6 Attività di verifica delle prestazioni di ricovero presso i reparti di Riabilitazione	39
2.3.4.7 Tipologia, numerosità dei controlli SDO in relazione ai fattori di rischio	40
2.4 Controlli Noc ambulatoriali-Programmazione 2024	41
2.4.2 Verifiche di tipo statistico formale.....	41
2.4.3 Verifiche sul campo	43
2.4.1 Modalità e numerosità dei controlli	43
2.4.4 Modalità operative di esecuzione:.....	44
2.4.5 Composizione dell'equipe del Nucleo Operativo di Controllo Area Sanitaria	45
2.4.6 Cronoprogramma	45
2.5. Controlli presso gli Ambulatori di Medicina Sportiva.....	46
2.6 Verifiche sui Tempi d'attesa 2024	46
2.6.1 Prestazioni ambulatoriali.....	46
2.6.1.1 Monitoraggio ex ante RL_MTA e trasmissione report con evidenza degli sforamenti ...	46
2.6.1.2 Monitoraggio ex post, dal flusso 28 SAN	47

2.6.1.3 Rilevazione delle mancate presentazioni agli appuntamenti (No Show)	47
2.6.1.4 Monitoraggio sospensioni	47
2.6.1.5 Monitoraggio volumi Alpi	47
2.6.1.6 Tempario	48
2.6.1.7 Ricetta dematerializzata –DEM	48
2.6.1.8 Piano Operativo DGR n. XII/511 del 26 giugno 2023	48
2.6.1.9 Appropriata prescrizione	49
2.6.1.10 Gestione e modalità operative di applicazione del sistema sanzionatorio	50
2.6.1.11 Ulteriori Azioni di contenimento dei Tempi d'attesa regionali	50
2.6.2 Prestazioni di ricovero e cura	50
2.7 Negoziazioni e contratti sanitari-programmazione 2024.....	51
2.7.1. Attività di controllo: REQUISITI DI ACCESSO ALLA CONTRATTUALIZZAZIONE AREA SANITARIA	51
2.7.2 Modalità	51
2.7.3 Risorse	51
2.7.4 Numerosità dei controlli programmati	51
2.7.5 Modalità di campionamento	53
2.7.6 Modalità operative di esecuzione e cronoprogramma.....	53
3. Area sociosanitaria	56
3.1 Analisi di contesto dell'Area Sociosanitaria.....	56
3.2 Programmazione Attività anno 2024	58
3.3 Analisi di contesto socioassistenziale	63
3.3.1 Programmazione Attività area socioassistenziale anno 2024	63
3.4 Attività non programmabili	65
3.5 Negoziazioni e contratti socio sanitari-programmazione 2024	66
3.5.1 Attività di controllo: Requisiti di accesso alla contrattualizzazione.....	66
3.5.1.1. Adozione del codice etico comportamentale e corretta applicazione del modello di organizzazione e gestione (D. Lgs. 231/2001)	66
3.5.1.2. Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)	66
3.5.1.3 Certificazione antimafia (art. 94, commi 2 e 3 d.lgs. 36/2023)	66
3.5.1.4 Ulteriori requisiti:	67
3.5.1.5 Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013)	67
3.5.1.6 Incompatibilità del personale (L. 190/2012)	67
3.5.2 Modalità	68
3.5.3 Risorse.....	68
3.5.4 Numerosità dei controlli programmati	68
4. Area farmaceutica e protesica.....	71
4.1 Contesto di riferimento.....	71
4.2 Vigilanza Farmaceutica	71

4.2.1	Programmazione azioni 2024.....	72
4.2.2	Modalità controllo	73
4.2.3	Risorse.....	73
4.3	Vigilanza amministrativa	73
4.3.1	Commissione Farmaceutica Aziendale-Programmazione	73
4.3.2	Note AIFA-Programmazione 2024.....	73
4.3.3.	Ricette a favore di pazienti stranieri - Programmazione.....	74
4.3.4	Differenze contabili	74
4.3.5	Mobilità Assistenza Integrativa -Programmazione	74
4.3.6	Mobilità passiva-Programmazione	75
4.3.7	Ricette SASN-Programmazione.....	75
4.3.8	Modalità di controllo.....	75
4.3.9	Risorse.....	75
4.4	Controlli File F.....	75
4.4.1	Controllo prezzi.....	76
4.4.2	Controllo farmaci innovativi	76
4.4.3	Promozione farmaci equivalenti e biosimilari.....	76
4.4.4	Controllo acconti.....	77
4.4.5	Modalità di controllo.....	77
4.4.6	Risorse.....	77
4.5	Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio della spesa farmaceutica	77
4.5.1	Spesa farmaceutica convenzionata	77
4.5.2	Distribuzione per conto.....	78
4.5.3	Piani terapeutici	78
4.5.4	Cannabis.....	79
4.5.5	Modalità di controllo.....	79
4.5.6	Risorse.....	79
4.6	Area protesica.....	80
4.6.1	Appropriatezza Prescrittiva	80
4.6.2	Appropriatezza Erogativa	81
4.6.3	Appropriatezza Prescrittiva, Erogativa e Contabile - Verifiche e controlli ASST (external – auditing)	81
4.6.4	Modalità di controllo.....	82
4.6.5	Risorse.....	82
5.	Area presa in carico.....	83
6.	Allegato 1	84

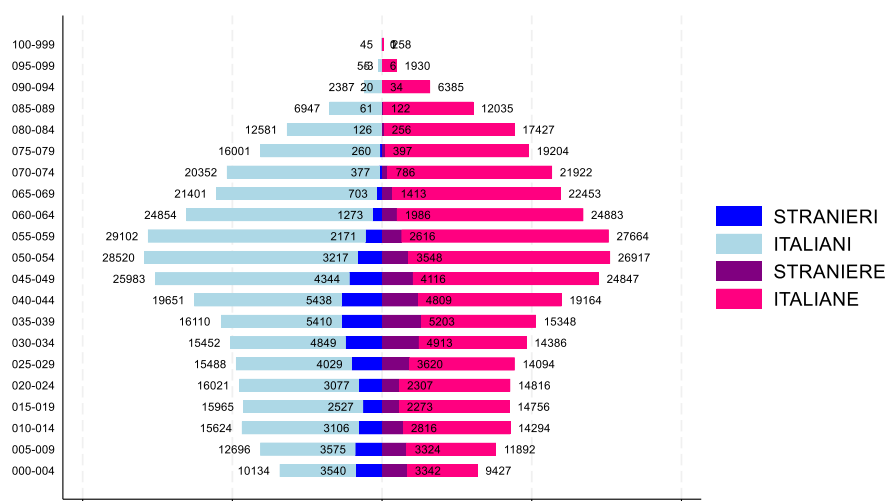
1. Analisi Epidemiologica di Contesto

1.1 Demografia

I residenti nelle province di Mantova e Cremona al 01/01/2023 da fonte Istat sono 755.865 di cui poco più del 50% sono femmine (381.990).

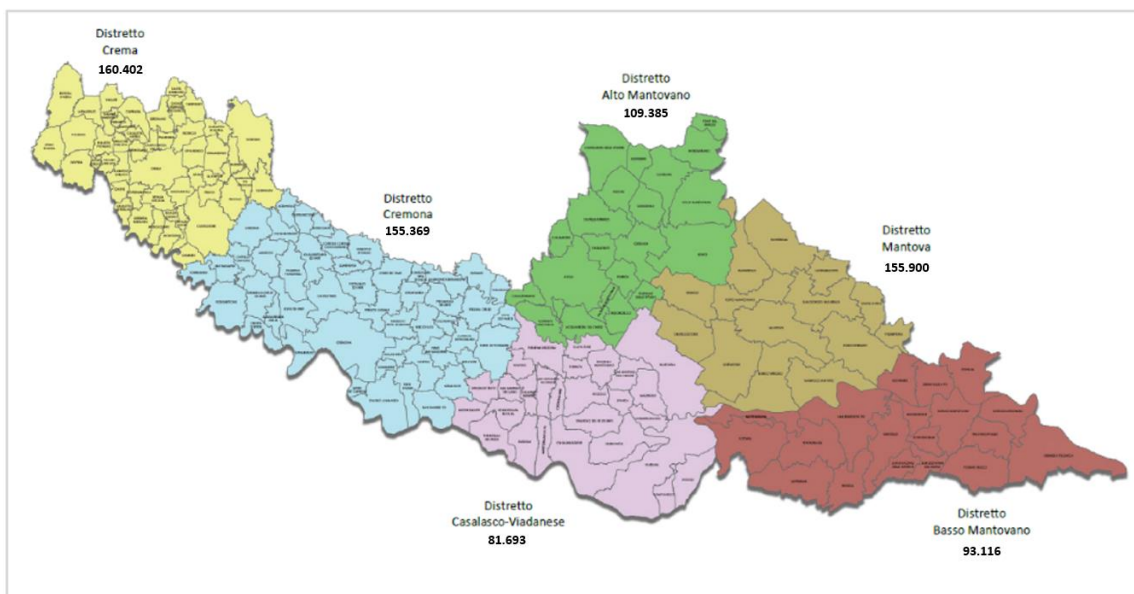
La struttura per età della popolazione residente mostra la configurazione classica che si riscontra nei Paesi Occidentali, ovvero una minore rappresentatività della popolazione nelle fasce estreme, a fronte di una maggiore presenza di popolazione nelle fasce centrali.

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.

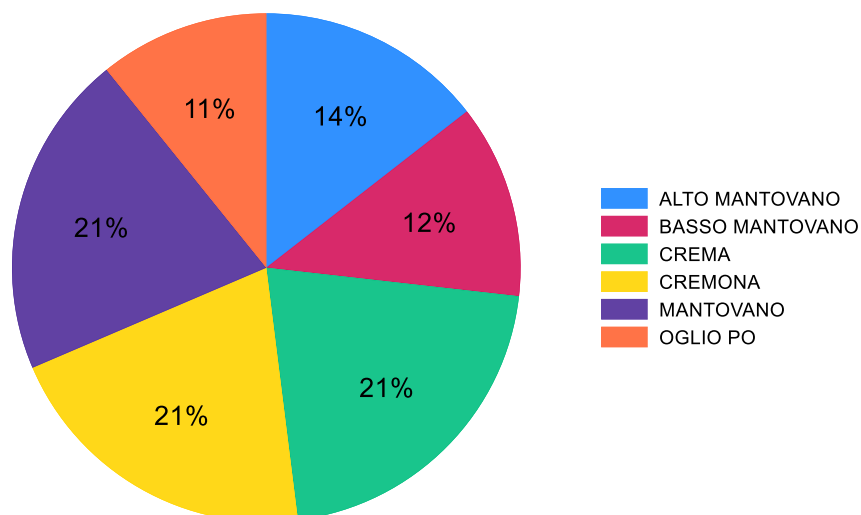


fonte: dati ISTAT al 01/01/2023

Popolazione ATS per genere, fascia d'età e cittadinanza, gennaio 2023



Numero abitanti suddivisi per distretto di residenza

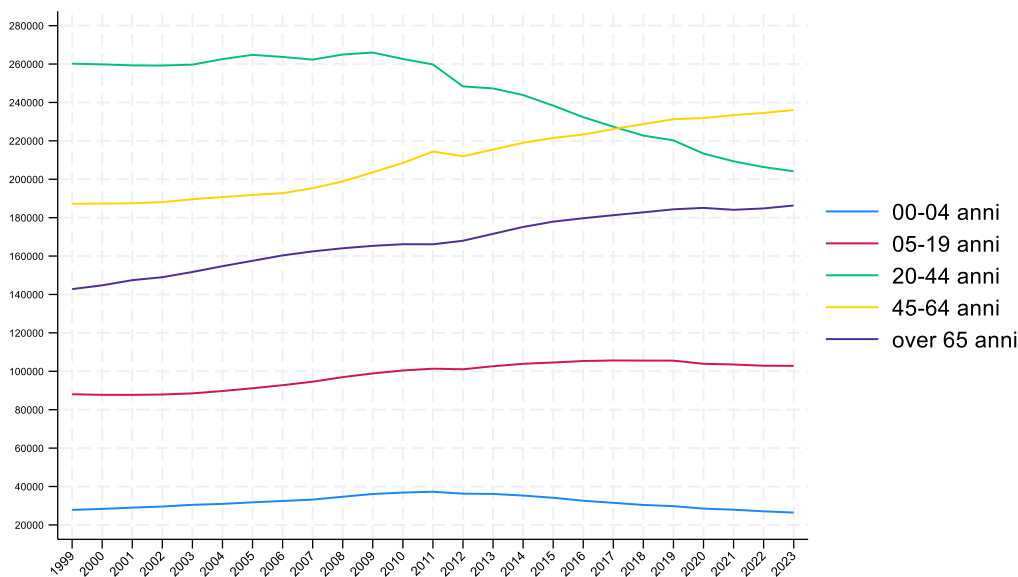


fonte: dati ISTAT al 01/01/2023

Popolazione ATS per distretto di residenza, 01/01/2023

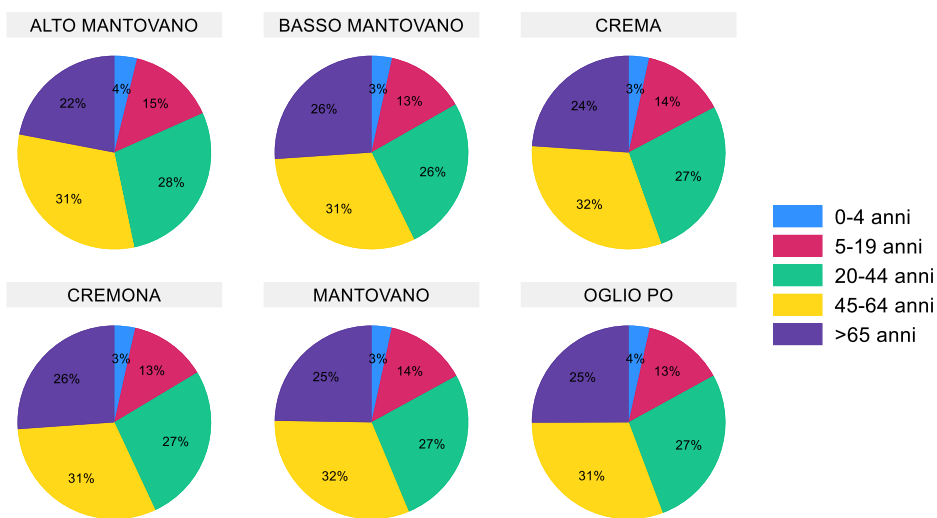
La distribuzione della popolazione residente per distretto mostra due polarizzazioni: i tre distretti più popolosi interessano ciascuno il 21% della popolazione di ATS Val Padana, mentre i tre distretti meno popolosi contengono una percentuale variabile tra l'11 e il 14%.

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 01/01/2023

Trend della popolazione per fasce d'età target

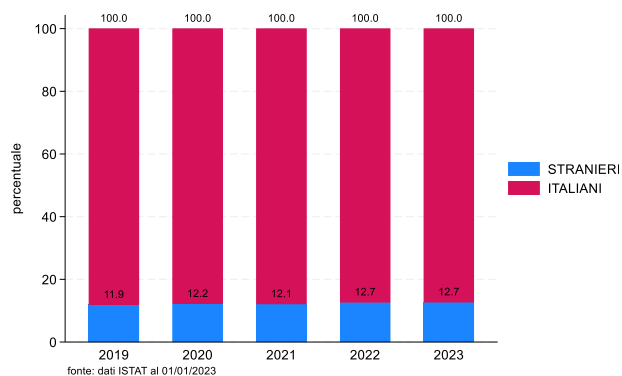


fonte: dati ISTAT al 01/01/2023

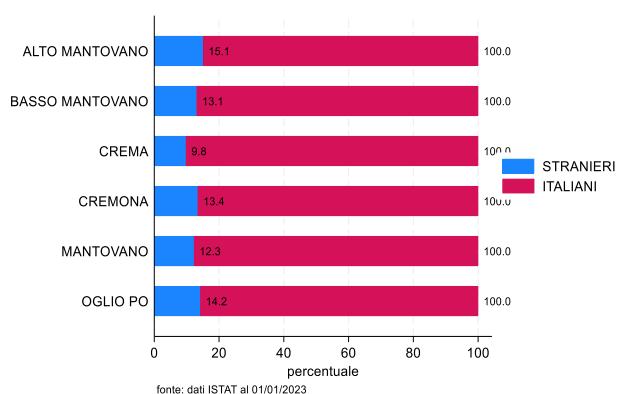
Popolazione ATS per fascia d'età e distretto di residenza, 01/01/2023

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 12,7% all'inizio del 2022, dato che si è stabilizzato nel 2023. Il territorio che presenta la maggior quota di stranieri è l'Alto Mantovano, dove il 15,1% 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
	CREMA	CREMONA	MANTOVANO	ALTO MANTOVANO	OGLIO PO	BASSO MANTOVANO			
n° comuni	48	48	14	21	27	19	177	1504	7901
kmq	573,2	867,3	655,6	618,8	694,3	702,6	4.111,8	23.863,1	302.068,3
densità	279,8	179,1	237,8	176,8	117,7	132,5	183,8	417,0	194,8
pop tot	160.402	155.369	155.900	109.385	81.693	93.116	755.865	9.950.742	58.850.717
pop 0-14 anni	19.946	18.615	19.227	14.578	10.045	11.359	93.770	1.276.816	7.334.174
pop 65+	38.390	40.588	38.575	24.053	20.467	24.275	186.348	2.327.672	141.77.445
% pop 65+	23,9	26,1	24,7	22,0	25,1	26,1	24,7	23,4	24,1
indice di vecchiaia	192,5	218,0	200,6	165,0	203,8	213,7	198,7	182,3	193,3
decessi	1761	2190	1957	1163	1003	1400	9474	111930	713499
nati	997	976	952	769	534	595	4823	67367	392598
indice di natalità	6,2	6,3	6,1	7,0	6,5	6,4	6,4	6,8	6,7
indice di dipendenza	57,2	61,6	58,9	54,6	59,6	62,0	58,9	56,8	57,6
saldo naturale	-764	-1214	-1005	-394	-469	-805	-4651	-44563	-320901
crescita naturale	-4,8	-7,8	-6,5	-3,6	-5,7	-8,6	-6,2	-4,5	-5,4
saldo migratorio	716	898	1449	561	221	541	4386	52301	141485
saldo della popolazione	-48	-316	444	167	-248	-264	-265	7738	-179416
% stranieri	9,8	13,4	12,3	15,1	14,2	13,1	12,7	11,7	8,6

Principali indicatori demografici. Anno 2022

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.

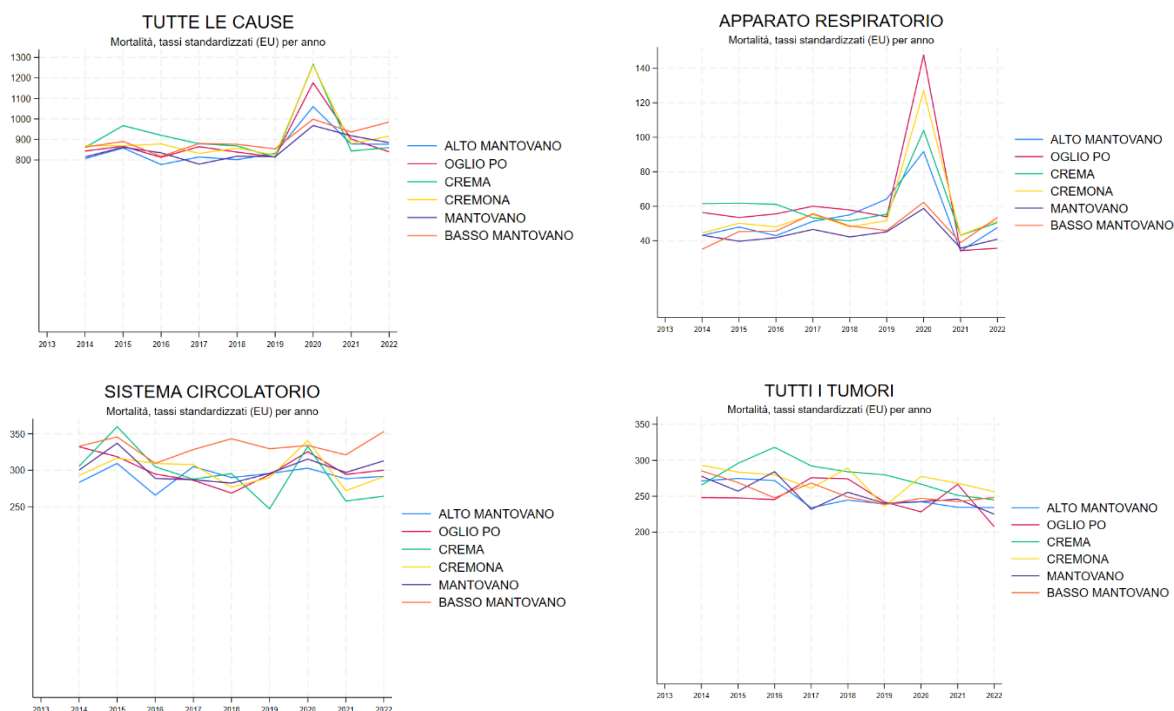
	Speranza di vita M	Speranza di vita F
Cremona	80.7	84.8
Mantova	80.7	85.0
Lombardia	80.8	85.4
Italia	80.5	84.8

Speranza di vita alla nascita

1.1.2 Stato di salute della popolazione generale

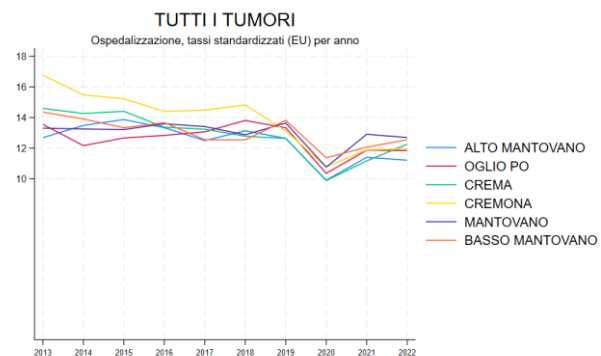
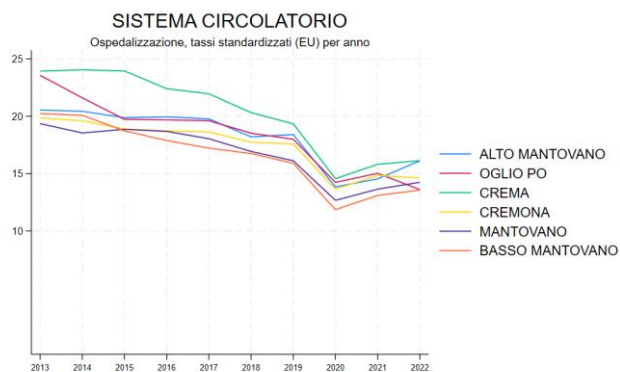
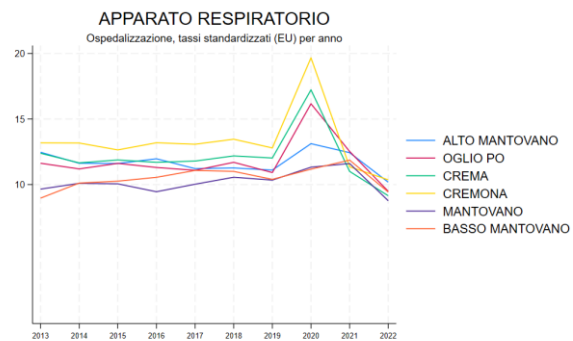
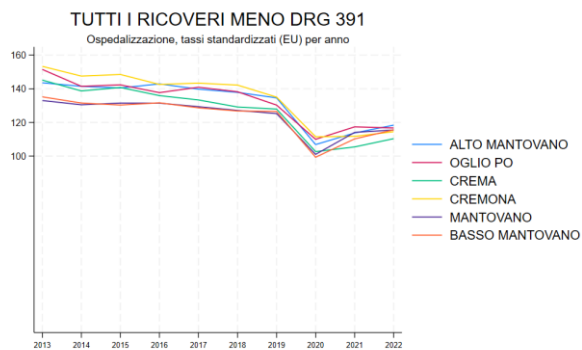
Nel 2022, tra i residenti di ATS Val Padana, si sono contati 9.516 decessi, dato in linea con quello del 2021 e leggermente superiore a quelli degli anni pre-pandemia. La causa di morte più frequente è costituita dal complesso delle malattie del sistema cardiocircolatorio (3.344 decessi), seguita dai tumori maligni (2.369 decessi).

319 persone sono decedute nel 2022 per cause violente (traumatismi o avvelenamenti).



Trend della mortalità

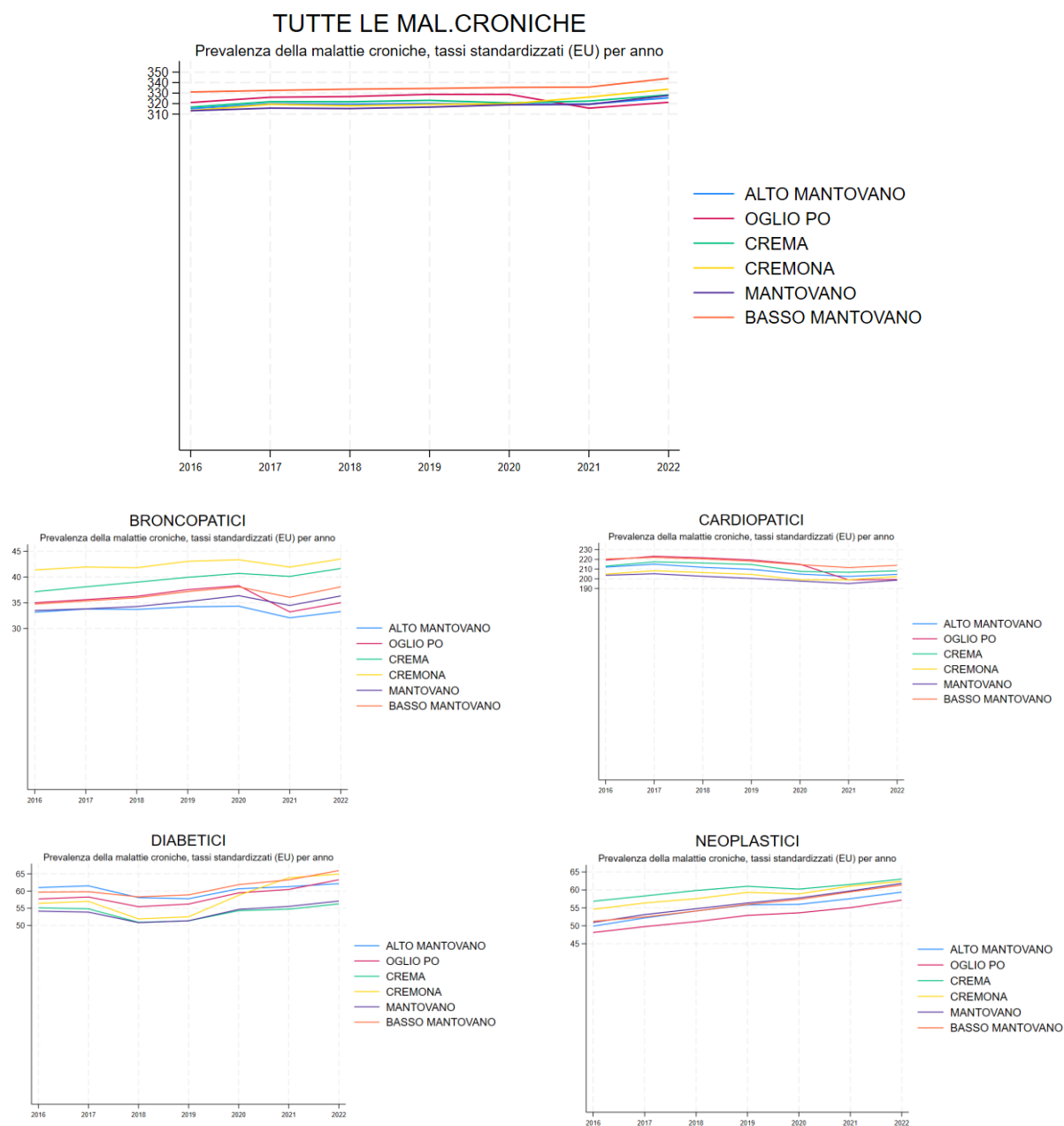
Fino al 2019, i ricoveri ospedalieri erano in lieve ma costante diminuzione in tutti gli ambiti dell'ATS, a causa soprattutto del calo dei ricoveri in area cardio-circolatoria e in area oncologica. Nel 2020 si registra un calo più repentino in tutti i ricoveri, fuorché quelli per malattie dell'apparato 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 lievemente i ricoveri in area chirurgica.



Trend dell'ospedalizzazione

1.1.3 Gli assistiti cronici

Sul territorio dell'ATS sono presenti quasi 290.000 assistiti cronici, poco più di un terzo 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 dal 5% dei più giovani 90% dei soggetti con 75 anni di età o più. Gli assistiti cronici pluripatologici costituiscono il 2% del totale degli assistiti, con limitate variazioni inter-distrettuali. Il Basso Mantovano è il distretto che presenta sistematicamente la prevalenza più elevata ed è tra quelli con il maggior numero di cronici pluripatologici (5%).



	N	0-19 anni	19-64 anni	65-74 anni	75+ anni	Totale
Distretto						
ALTO MANTOVANO	38.953	5%	28%	74%	90%	36%
BASSO MANTOVANO	38.105	5%	32%	75%	91%	41%
CREMA	59.953	5%	29%	74%	91%	37%
CREMONA	61.845	5%	30%	73%	90%	40%
MANTOVANO	59.474	5%	30%	73%	89%	38%
OGGIO PO	30.472	6%	28%	70%	89%	37%
ATS VAL PADANA	288.802	5%	30%	73%	90%	38%

Prevalenza di assistiti cronici per fasce d'età e distretti. Anno 2022

	Livello			
	1	2	3	Totale
AMBITO				
ALTO MANTOVANO	1%	14%	20%	35%
BASSO MANTOVANO	2%	17%	22%	41%
CREMA	2%	14%	21%	37%
CREMONA	2%	15%	22%	39%
MANTOVANO	2%	15%	21%	38%
OGGIO PO	2%	14%	21%	37%
ATS VAL PADANA	2%	15%	21%	38%

Prevalenza di assistiti cronici per livelli di complessità.
Anno 2022

	Livello			
	1	2	3	Totale
AMBITO				
ALTO MANTOVANO	4%	39%	57%	100%
BASSO MANTOVANO	5%	41%	53%	100%
CREMA	5%	38%	57%	100%
CREMONA	4%	39%	57%	100%
MANTOVANO	5%	40%	56%	100%
OGGIO PO	4%	38%	57%	100%
ATS VAL PADANA	5%	39%	56%	100%

Distribuzione dei livelli di complessità. Anno 2022

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	OGGIO PO	ATS VAL PADANA
AUTOIMMUNI	3%	4%	2%	2%	4%	2%	3%
BRONCOPATICI	3%	4%	4%	5%	4%	4%	4%
CARDIOPATICI	23%	27%	25%	26%	25%	24%	25%
DIABETICI	7%	8%	7%	8%	7%	8%	7%
ENDOCRINOPATICI	12%	16%	11%	13%	14%	11%	13%
GASTROPATICI	1%	1%	2%	2%	2%	2%	2%
HIV	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
INSUFFICIENTI							
RENALI	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
NEOPLASTICI	7%	8%	7%	8%	8%	7%	7%
NEUROPATICI	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
TUTTE LE MAL.CRONICHE	36%	41%	37%	40%	38%	37%	38%

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

1.2 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. Gli indicatori sono riportati per il territorio di ATS Val Padana. 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; inoltre, i suddetti tassi sono calcolati considerando come denominatore il numero totale di ospedalizzazioni/interventi/individui facenti parte della popolazione a rischio. L'anno di riferimento è il 2022. Gli indicatori "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 "positivi" descrivono un evento positivo, per cui in questo caso è auspicabile un aumento dei tassi e un RR superiore all'unità.

Per quel che riguarda gli indicatori del territorio di ATS della Val Padana, si rilevano una maggior proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo e una minore proporzione di parti con taglio cesareo primario ed episiotomie nei parti vaginali. Performance positive rispetto alla media si hanno anche considerando la proporzione di STEMI trattati entro 90 minuti dall'accesso in struttura di ricovero/service. Inoltre, si ha un alto tasso di esecuzione di intervento chirurgico per frattura del collo del femore entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero ed una mortalità ad un anno dalla frattura del collo del femore inferiore rispetto alla media. È positivo il risultato ottenuto rispetto alla media nazionale riguardo la proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella. Inoltre, si ha un minor tasso di riammissioni ospedaliere a 30 giorni di distanza da un intervento di protesi d'anca, da un ictus ischemico e da una BPCO riacutizzata. Si ha anche una minore mortalità a 30 giorni dal ricovero per insufficienza renale cronica ed embolia polmonare. Per contro, si ha una performance peggiore nella proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni e di ricoveri in day surgery per colecistectomia laparoscopica. Esiti peggiori si hanno anche se si considerano gli eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari e la mortalità nel periodo che segue un infarto miocardico acuto. Infine, si hanno esiti peggiori rispetto alla media nazionale per quanto riguarda la mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale.

INDICATORE NEGATIVO	N	Tasso grezzo	Tasso adj	RR	p
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	1214	7.99	7.97	0.61	0
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	1228	2.28	2.25	0.63	0.016
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	765	4.58	4.67	0.65	0.008
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	3164	7.71	7.75	0.68	0
Embolia polmonare: mortalità a 30 giorni dal ricovero	428	7.48	7.27	0.69	0.035
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	630	9.84	9.88	0.78	0.038
Ictus ischemico: MACCE a 1 anno	770	14.68	14.53	0.81	0.015
Frattura del collo del femore: mortalità a 1 anno	904	17.15	17.07	0.83	0.021
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	4040	18.81	19.58	0.85	0
IMA: MACCE a 1 anno con mortalità per ogni causa	1213	28.36	28.91	1.24	0
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a 1 anno	1213	22.92	23.03	1.29	0.002
MACCE a 1 anno nei sopravvissuti a 30 giorni da Infarto Miocardico Acuto complicato da scompenso cardiaco	205	37.07	37.36	1.32	0.003
Mortalità a 1 anno nei sopravvissuti a 30 giorni da Infarto Miocardico Acuto complicato da scompenso cardiaco	205	28.29	27.55	1.4	0.012
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)	1131	9.11	10.07	1.45	0
Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	414	6.28	6.64	2.14	0

INDICATORE POSITIVO	N	Tasso grezzo	Tasso adj	RR	p
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	610	18.52	17.82	1.68	0
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service	456	64.91	64.78	1.26	0
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella - con nuove variabili	234	57.26	63.15	1.18	0.012
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	234	57.26	62.44	1.17	0.019
STEMI: proporzione di PTCA entro 90 minuti sul totale dei trattati con PTCA entro 12h dall'accesso nella struttura di ricovero/service	360	82.22	82.14	1.13	0
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	990	54.14	53.66	1.07	0.024
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	801	79.53	79.53	0.96	0.016
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	807	17.6	16.29	0.57	0

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

1.3 Appendice

È possibile reperire maggiori informazioni, il dettaglio degli indicatori nonché la loro modalità di costruzione visitando i siti internet riportati qui di seguito. Si fa presente che per accedere ai dati del Sant'Anna è necessario creare un account.

<https://pne.agenas.it/home>

<https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>

1.4 Focus sulla patologia tumorale

Si riportano di seguito i tassi di incidenza e di mortalità per patologie tumorali riferiti all'Italia e ad ATS Val Padana, tale confronto viene eseguito separatamente per i maschi e le femmine. Per quanto riguarda l'incidenza, come dato nazionale è riportato il tasso medio annuale di incidenza standardizzato per 100.000 abitanti riferito al periodo 2008-2016 (riportato nella pubblicazione "I numeri del Cancro in Italia, edizione del 2020"), per ATS Val Padana è stato calcolato lo stesso tasso per lo stesso periodo a partire dai dati del Registro Tumori. Per la mortalità il dato nazionale è il tasso di mortalità per 100.000 abitanti standardizzato per età riferito all'anno 2015 (anch'esso riportato nella pubblicazione "I numeri del Cancro in Italia, edizione del 2020"), il tasso di mortalità standardizzato di ATS Val Padana è stato invece calcolato con i dati del Registro Mortalità del periodo 2013-2017, per avere un risultato più stabile centrato sull'anno del confronto.

Le sedi e le tipologie tumorali riportate sono quelle per le quali si è evidenziata una maggiore incidenza nel territorio nazionale e tra esse sono state considerate quelle con il dato presente sia in termini di incidenza che di mortalità. I dati nazionali sono confrontati con quelli riferiti ai residenti di ATS Val Padana, considerando per questi ultimi anche i relativi intervalli di confidenza. In rosso sono evidenziate le sedi per cui ATS Val Padana ha mostrato valori peggiori di incidenza e/o mortalità rispetto al dato nazionale, mentre in verde le sedi per le quali l'incidenza e/o la mortalità sono minori in ATS Val Padana rispetto al resto dell'Italia.

MASCHI

TUMORE/SEDE	INCIDENZA		MORTALITA'	
	Italia (2008-2016) Tasso medio annuale di incidenza con standardizzazione sulla popolazione nuova europea 2013 per 100.000 abitanti	ATS Val Padana (2008-2016)	Italia (2015) Tasso di mortalità per 100.000 abitanti standardizzato per età sulla popolazione nuova europea 2013	ATS Val Padana (2015)
Leucemie, tutte	17.50	15.95 [14.33, 17.7]	11.84	9.78 [8.4, 11.31]
Pancreas	21.60	25.96 [23.89, 28.16]	18.91	23.05 [20.94, 25.31]
Vie Aero Digestive Superiori	27.00	25.89 [23.84, 28.07]	6.43	9.34 [8, 10.83]
Rene e vie urinarie	28.10	32.98 [30.67, 35.42]	10.17	12.95 [11.38, 14.68]
Fegato	30.80	32.35 [30.04, 34.79]	14.43	25.16 [22.95, 27.54]
Stomaco	30.70	41.30 [38.67, 44.06]	18.84	29.43 [27.02, 31.99]
Vescica	68.90	68.08 [64.69, 71.6]	15.67	17.08 [15.22, 19.1]
Colon-retto	91.00	85.33 [81.53, 89.25]	40.01	35.55 [32.89, 38.38]
Polmone	104.30	104.97 [100.75, 109.32]	83.25	86.89 [82.73, 91.22]
Prostata	135.70	124.00 [119.45, 128.68]	25.76	24.75 [22.5, 27.16]
Tutti tumori maligni	704.40	711.51 [700.51, 722.64]	343.03	367.00 [358.34, 375.82]

FEMMINE

TUMORE/SEDE	INCIDENZA		MORTALITA'	
	Italia (2008-2016) Tasso medio annuale di incidenza con standardizzazione sulla popolazione nuova europea 2013 per 100.000 abitanti	ATS Val Padana (2008-2016)	Italia (2015) Tasso di mortalità per 100.000 abitanti standardizzato per età sulla popolazione nuova europea 2013	ATS Val Padana (2015)
Leucemie, tutte	10.50	9.51 [8.39, 10.75]	6.45	5.83 [4.93, 6.86]
Rene e vie urinarie	11.80	13.60 [12.27, 15.05]	3.61	3.90 [3.18, 4.74]
Vescica	12.40	13.32 [12.01, 14.75]	2.77	3.18 [2.55, 3.93]
Ovaio	15.20	14.51 [13.09, 16.05]	8.65	8.87 [7.71, 10.17]
Stomaco	15.50	20.34 [18.76, 22.02]	9.47	11.76 [10.51, 13.13]
Pancreas	16.70	20.08 [18.5, 21.76]	14.77	17.01 [15.45, 18.69]
Utero tutto	31.50	32.16 [30.02, 34.41]	7.79	4.18 [3.41, 5.1]
Tiroide	26.00	28.66 [26.58, 30.87]	0.81	0.87 [0.55, 1.34]
Polmone	30.60	34.84 [32.67, 37.11]	24.98	26.44 [24.42, 28.59]
Colon-Retto	57.90	54.01 [51.36, 56.77]	24.88	21.11 [19.39, 22.95]
Mammella	149.70	168.94 [164.03, 173.96]	31.48	37.93 [35.55, 40.44]
Tutti tumori maligni	484.70	516.79 [508.28, 525.41]	197.92	212.62 [207.01, 218.36]

Si evince che, per quanto riguarda i maschi, nel nostro territorio si riscontrano incidenze inferiori per neoplasie maligne del colon-retto e della prostata. Per contro, si hanno valori superiori per il pancreas, lo stomaco e il rene e le vie urinarie.

Riguardo la mortalità invece, i residenti maschi del nostro territorio presentano una mortalità inferiore per le neoplasie maligne del colon-retto e per le leucemie. Si riscontrano invece valori superiori per tutti i tumori maligni, compresi quelli dell'apparato digerente, delle vie aero digestive superiori e del rene e vie urinarie.

Complessivamente, sul nostro territorio, le patologie tumorali maligne nei maschi risultano avere un'incidenza sovrapponibile rispetto al resto dell'Italia pur presentando una mortalità maggiore.

Per quanto riguarda le femmine invece, nel nostro territorio si riscontrano incidenze inferiori per neoplasie maligne del colon-retto. Per contro si hanno valori superiori per la mammella, il pancreas, lo stomaco, il polmone, la tiroide e il rene con le vie urinarie.

Riguardo la mortalità invece, le residenti femmine del nostro territorio presentano una mortalità superiore per le neoplasie maligne della mammella, del pancreas e dello stomaco.

Complessivamente, sul nostro territorio, le patologie tumorali maligne nelle femmine risultano avere un'incidenza e una mortalità superiore rispetto ai valori di riferimento nazionali.

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 La rete dell'assistenza territoriale da DM 77/2022

La Missione 6 relativa al capitolo "Salute" del PNRR individua la necessità di rafforzare e riorientare il Sistema Sanitario Nazionale verso una rete di prossimità che potenzi l'assistenza territoriale sanitaria sia con la creazione di strutture e presidi territoriali (Case di Comunità, Ospedali di Comunità) sia con l'incremento dell'assistenza domiciliare; sono previsti inoltre lo sviluppo di attività erogate in telemedicina e l'integrazione con tutti i servizi socio-sanitari, per garantire l'omogeneità di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nei vari territori ai cittadini in una logica di prossimità.

Il potenziamento della rete è rivolto a tutti i cittadini ma con particolare attenzione ai pazienti cronici e fragili che pur rappresentando poco più di un terzo della popolazione, assorbono la maggior parte delle risorse del SSN.

Nel luglio 2021 un gruppo di lavoro di Agenas ha sviluppato linee guida sull'assistenza territoriale "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel sistema sanitario nazionale", successivamente perfezionate e formalizzate con DM 77/2022, a sua volta recepito da Regione Lombardia con DGR 7592/2022, nel quale sono stati dettagliati i modelli e gli standard organizzativi e strutturali che dovrà assumere la rete territoriale di prossimità.

Le Case di Comunità sono strutture in cui opera un team multidisciplinare costituito da MMG, PLS, medici specialisti, infermieri di famiglia e di comunità ed altri professionisti del sistema sociosanitario, ma anche del sistema sociale come le assistenti sociali, che garantiranno il ruolo dei servizi sociali e rafforzeranno l'integrazione con la componente sanitaria.

Gli Ospedali di Comunità sono invece strutture sanitarie con 20 posti letto a gestione prevalentemente infermieristica, destinati a ricoverare pazienti che necessitano di interventi sanitari

a bassa intensità assistenziale provenienti sia dal domicilio che da dimissione ospedaliera e/o riabilitativa.

Le Centrali Operative Territoriali, previste almeno una per Distretto, affiancano OdC e CdC nelle funzioni di coordinamento e raccordo con i diversi setting di cura per rafforzare l'assistenza domiciliare e favorire la riorganizzazione dei servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità.

Regione Lombardia, con le “Linee di sviluppo della legge regionale n. 23/2015” di cui alla DGR XI/4811 del 31/05/2021, ha individuato come prioritario il consolidamento della continuità ospedale – territorio, evidenziando i principali obiettivi da realizzare, anche in applicazione del PNRR, affinché tutto il percorso di cura del paziente avvenga in un’ottica di accompagnamento, non focalizzando l’attenzione al solo ricovero ma a tutte le eventuali necessità che dovessero sussistere prima e dopo la dimissione ospedaliera. La valorizzazione delle professioni sanitarie, la revisione ed attivazione di modelli di assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria - sia con lo sviluppo della dotazione tecnologica e con una maggiore integrazione con i servizi sociali degli Enti Locali, con particolare attenzione alla medicina territoriale - ha come interfaccia privilegiata il cittadino e il sistema socio sanitario, anche attraverso una sempre maggiore integrazione tra i MMG/PLS e gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri.

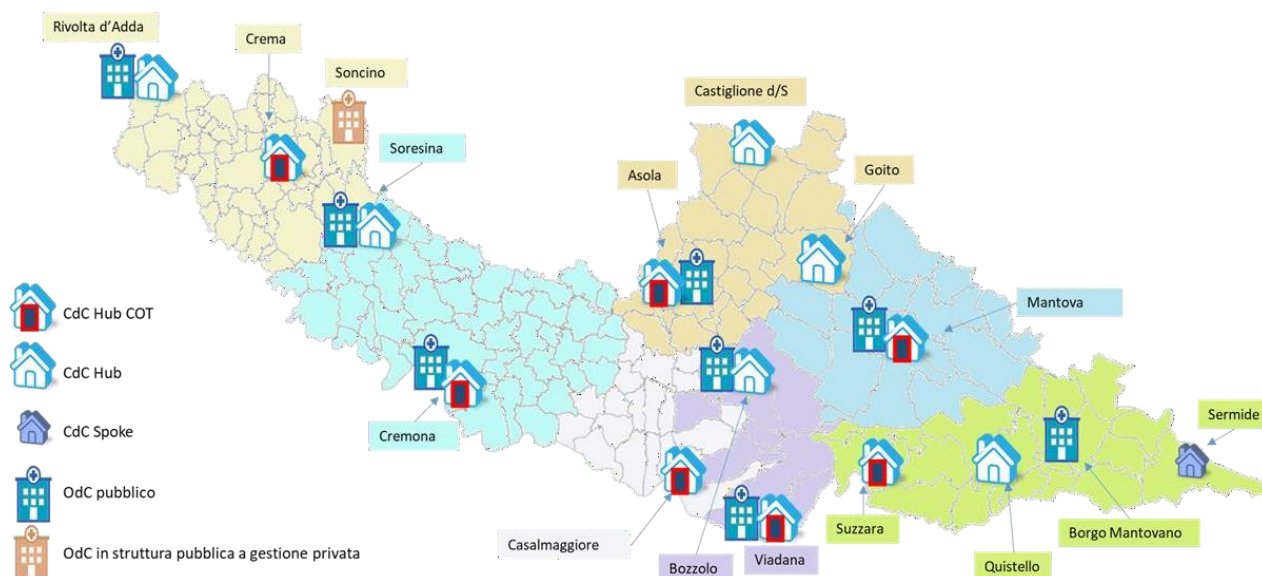
In tale contesto normativo, nel territorio dell’ATS della Val Padana, di concerto con le ASST e con gli stakeholder locali, è stato intrapreso un percorso di riprogettazione della rete territoriale che ha previsto sia la rivalutazione delle sedi delle attività erogative esistenti per riadattarne le specifiche caratteristiche, sia la progettazione di sedi di nuova costruzione, in aderenza al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e alle indicazioni nazionali e regionali, in un’ottica generale di potenziamento e implemento della rete di assistenza territoriale di prossimità.

Al percorso di presentazione e validazione delle progettualità è seguita la formalizzazione dei finanziamenti per gli interventi di riqualificazione o nuova costruzione delle strutture.

Per l’ATS della Val Padana il prospetto delle strutture previste, come formalizzato nella DGR 6080/2022 e riportato nella tabella e nella mappa successive, prevedeva l’attivazione di 15 Case della Comunità (CdC) e 9 Ospedali di Comunità (OdC). In momento successivo il numero delle Case della Comunità candidabili al finanziamento è stato ridotto a 14, in quanto una struttura (Cremona, Via Trento Trieste) richiedeva un ammontare di risorse non compatibile con i limiti prefissati. Ulteriori strutture, a completamento della rete, potranno essere successivamente individuate attraverso il coinvolgimento di Enti privati.

ATS VALPADANA ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1 RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE (CDC - ODC - COT)						
ASST	COMUNE	INDIRIZZO	PROPRIETA'	CDC	ODC	COT
CREMA	Crema	Via Gramsci, 13	SSR	X		X
CREMA	Rivolta d'Adda	Via Monte Grappa, 15 / Via Giuseppe Garibaldi	SSR	X	X	
CREMA	Soncino	Largo Capretti, 2	Ente locale		X	
CREMONA	Cremona	Via San Sebastiano, 14	SSR	X		X
CREMONA	Cremona	Via Trento Trieste, 15	SSR	X		
CREMONA	Soresina	Via Robbiani, 6	SSR	X	X	
CREMONA	Cremona	Viale Concordia, 1	SSR		X	
CREMONA	Casalmaggiore	Piazza Garibaldi, 3	In uso SSR	X		X
MANTOVA	Asola	Via Schiantarelli, 3 e Piazza 80° Fanteria, 1	Ente Locale e SSR	X	X	X
MANTOVA	Castiglione delle Stiviere	Viale Sacchi, n.d.	SSR	X		X
MANTOVA	Goito	Strada Statale Goitese, 313	SSR	X		
MANTOVA	Mantova	Viale Albertoni, 1	SSR	X	X	X
MANTOVA	Viadana	Largo De Gasperi, 7	SSR	X	X	X
MANTOVA	Bozzolo	Via XXV Aprile, 71	SSR	X	X	
MANTOVA	Suzzara	Via Luigi Cadorna, 2	SSR	X		X
MANTOVA	Quistello	Via Bettini, 1	SSR	X		X
MANTOVA	Borgo Mantovano	Via Bugatte, 1	SSR		X	
MANTOVA	Sermide e Felonica	Via Cesare Battisti, 29	SSR	X		
TOTALE				15	9	9

CdC e OdC programmati entro il 31/12/2024



In aderenza alle indicazioni regionali, l'attivazione di tutte le strutture è prevista nel triennio 2022-2024, come di seguito dettagliato.

Relativamente alle CdC, tutte le tre ASST del territorio dell'ATS della Val Padana hanno attivato le strutture previste entro il 2023, per un totale di 10 delle 14 CdC previste (per una struttura, si tratta di una prima attivazione in sede provvisoria, in attesa della ristrutturazione della sede definitiva). Nel 2024 verranno attivate ulteriori 4 CdC, per un totale di 14 strutture.

Relativamente agli OdC, al 31/12/2023 ne sono stati attivati 7 dei 9 previsti.

CdC attive al 31 dicembre 2023

Anno	Numero	ASST	Struttura	Attivazione
2022	1	Mantova	ASST di Mantova - CdC di Goito, Strada Goitese, 313	Attiva 31/12/2021
2022	2	Cremona	ASST di Cremona - CdC di Soresina, Via Inzani, 4	Attiva 31/12/2021
2022	3	Crema	ASST di Crema - CdC di Crema, Via Gramsci, 13	Attiva 15/12/2022
2022	4	Cremona	ASST di Cremona - CdC di Cremona, Via San Sebastiano, 14 (prima attivazione, poi implemento graduale)	Attiva 31/12/2022
2022	5	Cremona	ASST di Cremona - CdC di Casalmaggiore, Piazza Garibaldi, 3 (prima attivazione, poi implemento graduale)	Attiva 17/11/2022
2022	6	Mantova	ASST di Mantova - CdC di Asola, Via Schiantarelli, 3	Attiva 17/11/2022
2022	7	Mantova	ASST di Mantova - CdC di Bozzolo, Via XXV Aprile, 71	Attiva 20/07/2022
2022	8	Mantova	ASST di Mantova - CdC di Viadana, Largo De Gasperi, 7 (fine intervento 2023, non vincolante per l'avvio)	Attiva 17/11/2022
2023	9	Mantova	ASST di Mantova - CdC di Suzzara, Via Luigi Cadorna, 2	Attiva 14/12/2023
2023	10	Mantova	ASST di Mantova - CdC di Quistello, Via Bettini, 1	Attiva 4/10/2023
2024	11	Mantova	ASST di Mantova - CdC Spoke di Sermide, Via Cesare Battisti, 29	entro 2024
2024	12	Crema	ASST di Crema - CdC di Rivolta d'Adda, Via Monte Grappa, 15	entro 2024
2024	13	Mantova	ASST di Mantova - CDC di Mantova, Via Albertoni, 1	entro 2024
2024	14	Mantova	ASST di Mantova - CDC di Castiglione delle Stiviere, Via Sacchi (già attiva dal 2022 la sede temporanea di Via Garibaldi, 16 e Via Ordanino, 19, per i servizi già presenti)	entro 2024

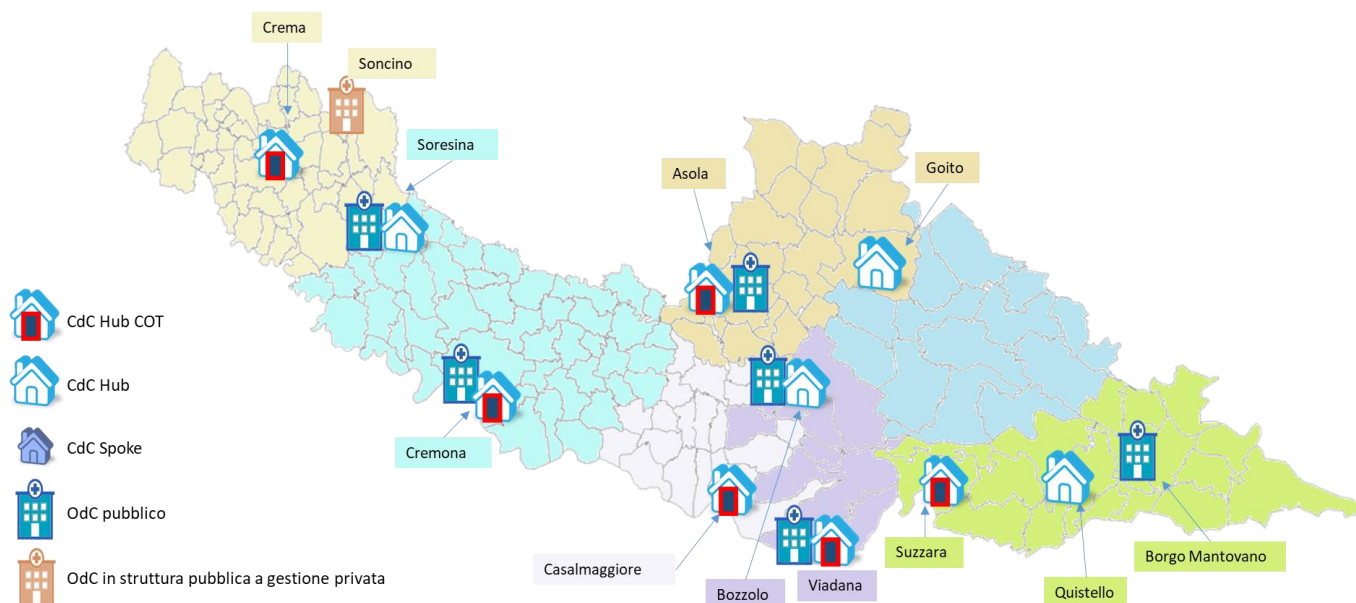
OdC attivi al 31 dicembre 2023

Anno	Numero	ASST	Struttura	Attivazione/
2022	1	Mantova	ASST di Mantova - OdC di Bozzolo, Via XXV Aprile, 71	Attivo 31/12/2021
2022	2	Cremona	ASST di Cremona - OdC di Soresina, Via Inzani, 4	Attivo 27/05/2022
2022	3	Mantova	ASST di Mantova - OdC di Borgo Mantovano, Via Bugatte, 1	Attivo 20/06/2022
2022	4	Crema	ASST di Crema - OdC di Soncino, Largo Capretti, 2	Attivo 15/05/2023
2023	5	Cremona	ASST di Cremona - OdC di Cremona, Viale Concordia, 1	Attivo 18/12/2023
2023	6	Mantova	ASST di Mantova - OdC di Viadana, Largo De Gasperi, 7	Attivo 1/10/2023
2023	7	Crema	ASST di Crema - OdC di Rivolta d'Adda, Via Monte Grappa, 15	entro 2024
2023	8	Mantova	ASST di Mantova - OdC di Mantova, Via Albertoni, 1	entro 2024
2024	9	Mantova	ASST di Mantova - OdC di Asola, Piazza 80° Fanteria, 1	Attivo dicembre 2023

OdC già precedentemente attivato in sede provvisoria

Anno	Numero	ASST	Struttura	Attivazione/
2025-2026	2	Cremona	ASST di Cremona - OdC di Soresina, Via Robbiani, 6 (già attiva dal 2022 la sede temporanea di Via Inzani, 4)	2025-2026

CdC e OdC attivi al 31 dicembre 2023



Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, alla Missione 6C1, nonché i successivi atti nazionali e regionali individuano chiaramente gli obiettivi e i target assistenziali delle Case della Comunità, individuate come primo punto di riferimento continuativo per la popolazione, con il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento, con presenza di servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica.

Il DM 77 individua le tipologie di servizi allocati, obbligatoriamente o facoltativamente, all'interno delle Case della Comunità; l'avvio delle CdC sta avvenendo in modalità progressiva, con i servizi storicamente presenti, con servizi di nuova attivazione e, talvolta, con servizi in corso di predisposizione, in linea con le indicazioni nazionali e regionali.

2. Area sanitaria

2.1 Contesto di riferimento Strutture sanitarie di Ricovero e Cura

Rete di offerta sanitaria – ATS Val Padana al 1/1/2024

STRUTTURE SENZA DEGENZA		N° Strutture Accreditate			
POLIAMBULATORI (specialistica, laboratori, diagnostica per immagini,...)		29			
STRUTTURE MONOSPECIALISTICHE		N° Strutture Accreditate			
DIALISI - CAL		0			
ODONTOIATRICHE		0			
CENTRI MEDICINA DELLO SPORT		9			
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		0			
MEDICINA DI LABORATORIO		0			
CENTRI OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA		0			
PUNTI PRELIEVO		0			
STRUTTURE CON DEGENZA		PUBBLICHE	PRIVATE	IRCCS PUBBLICI	IRCCS PRIVATI
N° Enti		3	6	0	1
N° Presidi		7	7	0	1
N° Strutture degenza/urgenza	PPI	0	0	0	0
	PS	1	2	0	0
	DEA	5	0	0	0
	EAS	0	0	0	0
N° PL Accreditati (Degenza)		2012	501	0	0
N° PL Terapia Intensiva Accreditati	RIA	48	4	0	0
	UCC	30	0	0	0
	DEDICATI A SPECIALISTICHE (CCH-NCH)	0	0	0	0
N° PL Astanteria OBI		28	4	0	0
N° PL Diurni DH/DS		118	55	0	0
N° PL tecnici BIC/MAC		200	32	0	0
N° PL Nido		84	0	0	0
SUB ACUTE	N° Strutture Accreditate	N° PL			
	7	145			
STRUTTURE RIABILITATIVE	N° Strutture Accreditate	N° PL Degenza Accreditati	N° PL Diurni (DH/MAC)		
PUBBLICHE	1	75	6		
PRIVATE	3	221	31		
STRUTTURE PSICHIATRIA	N° Strutture Accreditate	N° PL			
Strutture Residenziali	26	292			
Strutture Non Residenziali	16	0			
STRUTTURE NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	N° Strutture Accreditate	N° PL			
Strutture Residenziali	4	40			
Strutture Non Residenziali	13	0			

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, 29 strutture ambulatoriali accreditate, 9 Centri di Medicina Sportiva, 7 strutture per subacuti accreditate e a contratto, 26 strutture residenziali di psichiatria, 16 strutture di psichiatria non residenziali, 4 strutture residenziali di neuropsichiatria infantile private accreditate e 13 strutture non residenziali di Neuropsichiatria infantile.

2.2.Vigilanza delle Strutture Sanitarie Accreditate-Programmazione 2024

Come indicato nella DGR 1827 del 31.01.2024 “Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione del SSN per l’anno 2024” 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:

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

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Monitoraggio e Verifica di congruenza tra branche specialistiche ambulatoriali a contratto ed effettiva erogazione delle prestazioni
Modalità	Da remoto
Numerosità dei controlli programmati	Tutte le strutture
Flusso o basi dati utilizzati	ASAN, 28 SAN
Modalità di campionamento	In fase di implementazione
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	Anno 2024

- **Riclassificazione delle UU.OO. Terapie Intensive e Semi-Intensive** (DGR n. XI/3264 del 16.06.2020): il termine per l'iter di riclassificazione è il 31.03.2024 e le strutture coinvolte sono 2;

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Processazione istanze di riclassificazione Terapie Intensive e Semi-intensive
Modalità	In presenza
Numerosità dei controlli programmati	n. 2 strutture coinvolte
Flusso o basi dati utilizzati	ASAN
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo
Strumenti Operativi	Check list ASAN
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico, amministrativo
Cronoprogramma	Scadenza Regionale 31/03/2024

- **Riclassificazione della U.O. Terapia Intensiva Neonatale** (DGR n. XI/6387 del 16.05.2022): il termine per l'iter di riclassificazione è il 31.12.2024 e le strutture coinvolte sono 1;

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Processazione istanze di riclassificazione Terapie Intensive Neonatale
Modalità	In presenza
Numerosità dei controlli programmati	n. 1 struttura coinvolte
Flusso o basi dati utilizzati	ASAN
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo
Strumenti Operativi	Check List ASAN
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico, amministrativo
Cronoprogramma	Scadenza Regionale 31/12/2024

- **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. 18 laboratori coinvolti
Flusso o basi dati utilizzati	ASAN
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Controllo documentale
Strumenti Operativi	Check List ASAN
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico, amministrativo
Cronoprogramma	Scadenze Regionali indicate nella DGR 7044/2022

- **Riclassificazione del Laboratorio di prevenzione per la ricerca delle** sostanze di abuso
con il passaggio ad ASST Cremona entro maggio 2024;

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Processazione istanze di riclassificazione Medicina di Laboratorio di prevenzione per sostanze d'abuso
Modalità	In presenza
Numerosità dei controlli programmati	n. 1 laboratorio coinvolto
Flusso o basi dati utilizzati	ASAN
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo
Strumenti Operativi	Check List ASAN
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico, amministrativo
Cronoprogramma	Scadenza Regionale 31/05/2024

- **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	ASAN
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo
Strumenti Operativi	Check List ASAN
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico, amministrativo
Cronoprogramma	Scadenza secondo indicazioni Regionali

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 31/08/2024

- **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. 18 laboratori coinvolti
Flusso o basi dati utilizzati	ASAN – 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

- **Prosecuzione della verifica annuale della permanenza dei requisiti minimi di accreditamento, per completamento della verifica della totalità dei requisiti nel quinquennio**

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifica Requisiti Organizzativi Generali
Modalità	In presenza
Numerosità dei controlli programmati	n. 5 (totali tra CR e MN)
Flusso o basi dati utilizzati	ASAN
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo
Strumenti Operativi	Check List ASAN
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario ed Amministrativo
Cronoprogramma	Entro 31/12/2024

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

- **Verifica mantenimento requisiti per le Strutture ambulatoriali territoriali**

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifica mantenimento requisiti per le Strutture ambulatoriali territoriali
Modalità	In Presenza
Numerosità dei controlli programmati	n. 6 strutture coinvolte
Flusso o basi dati utilizzati	ASAN
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo
Strumenti Operativi	Check List ASAN
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico amministrativo
Cronoprogramma	Entro il 31/12/2024

- **Verifica mantenimento requisiti per Strutture psichiatriche residenziali**

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifica mantenimento requisiti per Strutture psichiatriche residenziali
Modalità	In Presenza
Numerosità dei controlli programmati	n. 9 strutture coinvolte Mantova (CRA - CPA - CPM)
Flusso o basi dati utilizzati	ASAN
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo
Strumenti Operativi	Check List ASAN
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico amministrativo
Cronoprogramma	Entro il 31/12/2024

- **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. 5 strutture coinvolte
Flusso o basi dati utilizzati	ASAN
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo
Strumenti Operativi	Check List ASAN
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico amministrativo
Cronoprogramma	Entro il 31/12/2024

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

ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifiche Biennali Centro Nazionale Sangue
Modalità	In presenza
Numerosità dei controlli programmati	n. 5 UDR (inserite quelle che hanno ricevuto prescrizioni + S.Giorgio)
Flusso o basi dati utilizzati	ASAN Linee Guida Nazionali SISTRA
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo con VSTI
Strumenti Operativi	Prospetto centro regionale della Medicina di Laboratorio
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. 2 Strutture coinvolte
Flusso o basi dati utilizzati	ASAN
Modalità di campionamento	//
Modalità operative di esecuzione	Sopralluogo con Valutatore Nazionale PMA
Strumenti Operativi	Check list
Composizione Equipe di vigilanza	Personale Sanitario, tecnico
Cronoprogramma	31/12/2024

L'attivazione delle Case di Comunità e Ospedali di Comunità prevede la collaborazione con le equipe di vigilanza sociosanitaria con analisi e/o sopralluogo, considerate 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 ASAN 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 Responsabile di Struttura Complessa;
- 1 Dirigente Medico Professional (full time);
- 2 Infermieri (full time);
- 1 Collaboratore Amministrativo (full time);

2.3 Controlli NOC Ricoveri - Programmazione 2024

ITEMS	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Quota del 12,5% dei ricoveri prodotti nell'anno solare 2023
Modalità	Sia in presenza sia da remoto a seconda della disponibilità degli erogatori
Numerosità dei controlli programmati	17 strutture di ricovero e cura Totale 11.564
Flusso o basi dati utilizzati	Base dati SDO 2023-2024 a seconda dei periodi campionati/non campionati nell'esercizio precedente per ciascun erogatore.
Modalità di campionamento	• quota di almeno il 6% riferita ai controlli mirati di congruenza ed appropriatezza generica; • 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; • 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.
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 Verbena per campionamento, verifica e verbalizzazione. Check-list qualità documentale (DGR 621/2010 Allegato 1) e Manuale ICD 9 Cm versione 24.
Composizione Equipe di vigilanza	Equipe miste: Dirigenti Medici (n. 3), Dirigente Professioni Sanitarie (n.1), Assistenti Sanitari (n. 3) e Infermieri (n.3).
Cronoprogramma	Controllo tipologia mirata nel primo semestre 2024 sui mesi non verificati del 2023. Autocontrolli nel secondo semestre 2024. Controllo tipologia mirata nel secondo semestre 2024 sul periodo 2024 disponibile.

2.3.1 Modalità e numerosità dei controlli

La DGR N°XII/1827 del 31/01/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2024” ha stabilito che l’esercizio dell’attività NOC decorra dal 01/01/2024 al 31/12/2024 e il volume dei controlli atteso sia pari al 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.

Regione Lombardia con nota protocollo numero G1.2024.0013297 del 10/04/2024 ha trasmetto alle diverse ATS la numerosità dell’atteso definitivo relativo sia ai controlli dei ricoveri e sia alla specialistica ambulatoriale, calcolato sulla produzione consolidata dell’anno 2023.

Di seguito viene presentata la tabella contenente il volume di attività che il NOC di ATS Val Padana deve rendicontare entro il 31/12/2024 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	12.582	755	440	79	377	76	1.573
030215	00	OSPEDALE S. MARTA - RIVOLTA D'ADDA	617	37	22	22	19	19	77
030217	00	CASA DI CURA ANCELLE DELLA CARITA'	593	36	21	21	18	18	74
030218	00	CASA DI CURA S. CAMILLO - CREMONA	2.523	151	88	43	76	43	315
030219	00	CASA DI CURA FIGLIE DI S.CAMILLO-CR	5.116	307	179	61	153	61	640
030227	01	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA	2.293	138	80	43	69	43	287
030227	02	PRES. RIABIL. MULTIFUNZ. BOZZOLO	905	54	32	32	27	27	113
030239	00	OSP.CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE	5.553	333	194	67	167	61	694
030259	00	CASA DI CURA S. CLEMENTE	3.340	200	117	55	100	49	418
030273	00	PRESIDIO OSPEDALIERO OGLIO PO	3.804	228	133	55	114	55	476
030353	00	OSPEDALE CIVILE DI VOLTA	3.172	190	111	49	95	49	397
030355	00	OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	6.062	364	212	67	182	67	758
030357	00	OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE	5.056	303	177	61	152	61	632
030390	00	CURE SUBACUTE SONCINO	334	20	12	12	10	10	42
030395	00	NUOVO ROBBIANI - SORESINA	244	15	9	9	7	7	31
030907	00	OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	21.609	1.297	756	85	648	83	2.701
030908	00	ISTITUTI OSPITALIERI - CREMONA	17.945	1.077	628	85	538	83	2.243
030933	00	FOND.S.MAUGERI-CENTRO MEDICO	765	46	27	27	23	23	96
totale		ATS VAL PADANA	92.513	5.551	3.238	873	2.775	835	11.564

I controlli potranno essere in presenza o da remoto, a seconda delle disponibilità degli erogatori a fornire le cartelle cliniche in cartaceo o su supporto informatico.

2.3.2 Modalità operative di esecuzione

La modalità di controllo deve essere svolta 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 e, qualora si ravvedano 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 2024 (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 2023 fino al numero massimo provvisorio di cartelle indicato nella tabella precedente.

Le Strutture di ricovero provvedono, entro il 15 febbraio 2024, ad inviare alla ATS un Piano di Controllo Aziendale in cui siano esplicitati in maniera ragionata i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzate nel pieno rispetto del quadro normativo regionale. Si sottolinea che i Piani di controllo aziendali sono soggetti ad approvazione da parte dell'ATS e che le attività relative all'autocontrollo di congruenza non possono esaurirsi con le verifiche implementate negli anni passati allo scopo di correggere gli errori più frequenti in sede di prima trasmissione della SDO col debito informativo.

Si ritiene pertanto opportuno che una quota significativa delle verifiche sia condotta su fattispecie che hanno presentato criticità di codifica nel corso degli anni precedenti e relative a SDO che siano già state trasmesse in Regione cogliendo appieno le opportunità offerte da questa modalità di autocontrollo.

A tal proposito si ricorda che, come già anticipato con la 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.

Si precisa che, 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. In caso di concordanza positiva, sarà invece cura della struttura di ricovero operare le correzioni per l'anno solare in corso, nei tempi previsti (fino al 10 febbraio 2025), esclusivamente per la quota che eccede il 3,5% autocontrollato. L'elenco delle cartelle selezionate dall'Erogatore sarà inviato mensilmente alla ATS di appartenenza, in considerazione del fatto che le stesse saranno individuate man mano con il procedere della produzione. I suddetti elenchi non potranno comprendere cartelle già controllate dalle ATS o oggetto di futuri controlli già ufficialmente comunicati. Nel caso in cui si verificassero sovrapposizioni tra le pratiche selezionate dall'Erogatore e quelle campionate dalle ATS nel corso delle consuete verifiche di congruenza, sarà facoltà delle stesse ATS disporre eventualmente la sostituzione, ad opera della struttura di ricovero, di parte del campione selezionato. Si sottolinea che non sono ammesse correzioni in Regione (tramite il consueto flusso SDO) da parte degli Erogatori, a fronte degli esiti di autocontrollo (congruenza e qualità documentale), si chiarisce che il suddetto divieto si rifà ad un principio generale secondo cui le correzioni/cancellazioni operate dalle Strutture sanitarie sulla propria produzione nei termini previsti, non sono ammesse sulla quota parte di prestazioni sanitarie (di ricovero e di specialistica ambulatoriale) oggetto di verifica da parte delle ATS, entrando le stesse

nell'esclusiva disponibilità dei NOC per quanto attiene modifiche e correzioni; ciò sin dal momento stesso dell'invio agli Erogatori dell'elenco di prestazioni campionate e fino alla conclusione degli episodi ispettivi, i cui esiti (con le relative modifiche) devono essere trasmessi in Regione esclusivamente ad opera della ATS.

Gli esiti della descritta attività dovranno pervenire alla ATS di appartenenza entro il 30 giugno 2024, 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 2025).

In merito ai suddetti esiti, si rammenta inoltre che non è ammessa ricodifica che comporti un aumento del rimborso previsto. Per questi motivi, le pratiche che risultassero sopra valorizzate a seguito delle ipotesi di ricodifica degli erogatori, andranno trasmesse dagli stessi alla ATS come confermate (codici originali) e quindi classificate con esito A.

La struttura erogatrice, per le pratiche soggette ad autocontrollo, non procede quindi ad alcuna segnalazione in Regione rispetto all'esito.

La trasmissione degli esiti dell'autocontrollo di congruenza tra Erogatori ed ATS nei tempi previsti (30 giugno 2024), 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.

Si richiamano quindi tutte le Strutture di Ricovero e Cura coinvolte nella suddetta attività ad un puntuale e scrupoloso rispetto delle indicazioni tecniche fornite dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia attivandosi per le necessarie verifiche sui protocolli impiegati dai propri supporti informativi, se esistenti, o per la loro necessaria implementazione.

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 (III ed. 2019) e dalle DGR n. 9014/2009 e 621/2010. Per il campionamento delle pratiche oggetto di autocontrollo della qualità documentale permarrà anche per quest'anno la modalità di campionamento casuale da operarsi da parte della ATS, che utilizzerà come riferimento per detto campionamento la produzione dei primi tre mesi dell'anno solare (gennaio - marzo 2024).

Il numero di ricoveri da sottoporre a questa tipologia di autocontrollo deve corrispondere al 3% della produzione finanziata dal SSR nell'anno solare 2023 fino al numero massimo di cartelle indicato nella tabella precedente.

L'Erogatore invierà i propri esiti di autocontrollo, con le modalità già previste dalla normativa vigente, entro il 30 giugno 2024.

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 2025).

2.3.4.3 Verifiche di concordanza

Per entrambe le tipologie di autocontrollo, in merito alle modalità con cui determinare la numerosità del campione da sottoporre a verifica di concordanza da parte della ATS nonché alle modalità di calcolo del livello di concordanza stesso, si utilizzerà anche per quest'anno la metodologia introdotta con le Regole 2013 utilizzando la formula di Levi - Lemeshow.

Di conseguenza le pratiche che verranno verificate dagli operatori del NOC saranno pari a 873 per quanto riguarda l'autocontrollo di congruenza e 835 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 (2022-2023) sia su quella dell'anno in corso e le cartelle cliniche saranno valutate tramite le regole di codifica vigenti relative ai criteri della appropriatezza e congruenza e qualità documentale (Manuale del Fascicolo di Ricovero III ed. 2019, 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 nella normativa precedentemente citata, sarà possibile procedere alla decurtazione totale o parziale della remunerazione del ricovero.

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

Anche per l'anno 2024 la selezione delle cartelle cliniche terrà conto degli indicatori di performance segnalati dalla DG Welfare sul portale di Governo, 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 sui quali si intende, invece, svolgere l'attività di controllo del 2024 relativa alla produzione dei ricoveri ospedalieri 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;

- Verifica in base alla produzione delle SDO in cui è presente il codice 86.22 tra le procedure, sottolineando in proposito che il codice di procedura 86.22, come già chiarito nella DGR n. IX/2057/2011 e successive, identifica una procedura chirurgica complessa che deve essere eseguita in Sala Operatoria;
- 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
- 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 9959** sepsi/sepsi severa" e 77582 "Shock settico "secondo indicazioni 2057/2011 e successive integrazioni;
- 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;
- Come da Deliberazione X/7600 del 20/12/2017 si continuerà a campionare i DRG afferenti alla Patologia Neonatale e la TIN;
- Verifica dei DRG afferenti all'impianto di Endoprotesi secondo le nuove indicazioni descritte nella DGR XI/5924 del 07/02/2022 e nella DGR XI/7758 del 2022;
- Verifica dei ricoveri ripetuti Intra-ente (tipo 1);
- Selezione dei codici di diagnosi V64**" Procedura non eseguita per....." in qualunque posizione sulla SDO;
- 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;
- DRG legati alla chirurgia plastica ricostruttiva presenti nel documento denominato "COMMISSIONE CHIRURGIA - PLASTICA RICOSTRUTTIVA" del 2011;
- DRG legati della chirurgia del tumore della mammella

Durante l'attività ispettiva relativo all'anno 2024 verrà verificato che all'interno delle cartelle cliniche sia presente e compilata la scheda dello screening nutrizionale secondo le indicazioni riportate nella DGR 1812/2024 del 29/01/2024. Sarà cura del NOC qualora non fosse presente segnalarlo come prescrizione sui verbali di accertamento.

Come già avvenuto nel 2023, anche nel 2024 proseguirà il controllo attraverso il flusso SDO delle pratiche afferenti ad episodi di ricovero di pazienti con diagnosi di Stroke e, in particolare, verrà verificata in loco la corretta rendicontazione di un unico episodio di cura in caso di trasferimento del paziente in Stroke Unit di II Livello per eseguire la procedura di trombectomia meccanica secondo le disposizioni contenute nella DGR 7758/2022 ("Allegato 4").

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 2023 e 2024, verteranno principalmente su:

Appropriatezza dei ricoveri:

1. Rispetto dei criteri di arruolamento;
2. Rispetto dei criteri di accesso;
3. Rispetto dei criteri di esclusione;
4. Verifica della corretta rappresentazione dei bisogni assistenziali del paziente.

- Qualità documentale della cartella clinica:

Con particolare riguardo alla presenza ed alla consistenza del Piano di Assistenza Individuale (PAI) e l'Indice di Intensità Assistenziale.

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 2024 le ATS monitoreranno la sperimentazione 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).

La base dati informativa a supporto della metodologia è costituita dal flusso informativo delle Schede di dimissione Ospedaliera (SDO), integrato con le informazioni relative alle scale funzionali di disabilità e complessità assistenziale più adatte a descrivere il fabbisogno riabilitativo-assistenziale del paziente ricoverato nelle singole discipline.

Ai sensi dell'art. 6, le disposizioni contenute nel Decreto sono soggette a un periodo di sperimentazione della durata di un anno, a seguito della adozione della SDO riabilitativa da parte del Ministero della Salute e dell'adeguamento dei sistemi informatici regionali.

Le attività di verifica di congruenza e appropriatezza verranno condotte nel corso del 2024 secondo la DGR 1688/2023 ,la DGR 1185/2013 e la DGR X/6006/2016 sia sui ricoveri prodotti nell'anno 2023 sia nell'anno 2024.

Tale tipologia di 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.

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.

Id	Ambito	Rischio	Dimensione del rischio	Periodicità
1	108 DRG a rischio inappropriatezza	Inappropriatezza setting assistenziale	Equità	Almeno 1 verifiche/anno
2	Procedura 8622	Codifica opportunistica	Economica	Almeno 1 verifiche/anno
3	DRG complicati	Codifica opportunistica	Economica	Almeno 1 verifiche/anno
4	DH medici o chirurgici	Inappropriatezza setting assistenziale	Equità	Almeno 1 verifiche/anno
5	DRG dermatologici	Mancata applicazione delle Regole regionali-Inappropriatezza setting assistenziale	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
6	DRG chirurgici brevi (tipo Z)	Carenze organizzative	Organizzativa	Almeno 1 verifiche/anno
7	Sepsi, sepsi severa, shock	Mancata applicazione delle Regole regionali	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
8	V10* Anamnesi T. maligno	Mancata osservanza delle Regole regionali; Codifica opportunistica	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
9	DRG afferenti patologia neonatale	Mancata applicazione delle Regole regionali; Codifica opportunistica	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
10	DRG endoprotesi	Mancata applicazione delle Regole regionali	economica	Almeno 1 verifiche/anno
11	Ricoveri ripetuti intra-ente	Mancata applicazione delle Regole regionali;	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
12	V 64*Procedura non eseguita	Codifica opportunistica	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
13	DRG anomali	Mancata applicazione delle Regole regionali	economica	Almeno 1 verifiche/anno
14	IMA o NSTEMI	Mancata applicazione delle Regole regionali; Codifica opportunistica	Economica	Almeno 1 verifiche/anno
15	Chirurgia Plastica ricostruttiva	Mancata applicazione delle Regole regionali; Codifica opportunistica	economica	Almeno 1 verifiche/anno
16	Chirurgia t. mammella	Mancata applicazione delle Regole regionali	economica	Almeno 1 verifiche/anno
17	Cure Subacute	Codifica opportunistica, inappropriatezza setting assistenziale	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
18	Riabilitazione	Inappropriatezza setting assistenziale	Organizzativa, economica	1 verifiche/anno nelle esclusivamente strutture riabilitative

2.4 Controlli Noc ambulatoriali-Programmazione 2024

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
Modalità	Prevalentemente da remoto
Numerosità dei controlli programmati	Totale 113.543
Flusso o basi dati utilizzati	Verranno campionati i record presenti nel flusso 28 san riferito agli anni 2022-2023 ancora non rendicontati e/o all'anno corrente
Modalità di campionamento	Verranno svolti prevalentemente i controlli statistico formali secondo gli indicatori proposti nella DGR 12692/2003 e DGR 10804/2009 oltre a eventuali controlli sul campo secondo anche quanto definito dalla DGR 1938/2024
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 per campionamento, verifica e verbalizzazione.
Composizione Equipe di vigilanza	Equipe miste: Dirigenti Medici (n. 3), Dirigente Professioni Sanitarie (n.1), Assistenti Sanitari (n. 3) e Infermieri (n.3).
Cronoprogramma	Controlli statistico formali nel primo semestre 2024 ed eventuali controlli sul campo nel secondo semestre 2024.

2.4.2 Verifiche di tipo statistico formale

I controlli di tipo statistico formale saranno utilizzati prevalentemente anche nel corso dell'anno 2024 per scansionare la 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;
 - a. 46.85.1 (Dilatazione dell’intestino) e 45.23 (Colonscopia con endoscopio flessibile);
 - b. 46.85.1 (Dilatazione dell’intestino) e 45.24 (Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile);
 - c. 44.22.1 (Dilatazione endoscopica dello stomaco) e 45.13 (Esofagogastroduodenoscopia);
 - d. 88.72.1 (Ecografia cardiaca) e 88.72.2 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo);
 - e. 88.72.1 (Ecografia cardiaca) e 88.72.3 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica);
 - f. 88.72.2 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo) e 88.72.3 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica);
 - g. 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:
9. 95.05 (Prima visita oculistica) e 95.09.1 (Esame del Fundus Oculi);
10. 89.13 (Prima visita neurologica) e 95.09.1 (Esame del Fundus Oculi);
11. 89.7B.5 (Prima visita odontostomatologica) e 98.01 (Rimozione corpo estraneo intra luminale dalla Bocca senza incisione);
12. 98.7B.8 (Prima visita ORL) e 98.11 (Rimozione corpo estraneo intra luminale dall’orecchio senza incisione);
13. 98.7B.8 (Prima visita ORL) e 98.12 (Rimozione corpo estraneo intra luminale dalla bocca senza incisione);
 - a. 89.26.1 (Prima visita ginecologica) e 89.26.3 (Prima visita ostetrica);
 - b. 89.26.1 (Prima visita ginecologica) e 98.17 (Rimozione corpo estraneo intra luminale dalla vagina senza incisione);
 - c. 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);
 - d. 89.26.2 (Visita ginecologica di controllo) e 98.17 (Rimozione corpo estraneo intra luminale dalla vagina senza incisione);
 - e. 89.26.2 (Visita ginecologica di controllo) e 98.71 (Rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino).

2.4.3 Verifiche sul campo

Nel corso del 2024, si valuterà la possibilità di eseguire verifiche on site riguardo a tali tipologie:

- Pacchetti MAC;
- BIC;
- Verifica ricetta/referto

Come enunciato nella DRG 1938/2024 l'erogazione di prestazioni ambulatoriali nell'ambito di percorsi di cura devono essere esclusi dall'applicabilità della sanzione prevista dall'art 21 della l.r 33/2009. Tali prestazioni nel flusso 28/san devono indicate dagli enti con i codici 1, 2, e 3 ,a seconda della tipologia, nel campo percorso di cura come disposto dalla nota della Direzione Generale Welfare prot. n. G1.2024.0001907 del 18 gennaio 2024 ad oggetto: "Gestione e modalità operative di applicazione del sistema sanzionatorio previsto dalla DGR n. XII/1129 del 16/10/2023" e nella nota della Direzione Generale Welfare, prot. n. G1.2024.0005605 del 15 febbraio 2024 ad oggetto "Ulteriori chiarimenti in merito alla delibera n.XII/1129 del 16 ottobre 2023" recante ulteriori indicazioni operative in ordine all'attuazione della DGR n. XII/1129/23"

Di conseguenza saranno effettuati periodicamente controlli a campione su tali prestazioni non appena definite le modalità operative con l'ACSS.

2.4.1 Modalità e numerosità dei controlli

Per le attività di specialistica ambulatoriale la DGR N°XII/1827 del 31/01/2024 ha previsto per l'anno 2024 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.).

In regime di erogazione:

- 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).

Per l'anno 2024 verranno verificati almeno 113.543 record come riportato nella nota regionale Protocollo numero G1.2024.0013297 del 10/04/2024.

Verranno svolti prevalentemente i controlli statistico formali secondo gli indicatori proposti nella DGR 12692/2003 e DGR 10804/2009 e sul campo.

2.4.4 Modalità operative di esecuzione:

La modalità di controllo sarà svolta secondo la normativa vigente la quale è 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 dal proprio debito informativo alla DGW di Regione Lombardia entro la scadenza prevista.
- Controlli ambulatoriali con verifica ispettiva: si verifica 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. Al termine dell'ispezione si procede contestualmente o in una data successiva alla disamina dei eventuali record contestati insieme alla struttura.

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:

- 3 Dirigenti Medici (di cui il Responsabile della SS dedicato all'attività di controllo NOC in misura pari al 20% e 2 Dirigenti full time);
- 1 Dirigente delle Professioni Sanitarie (full time);
- 3 Assistenti Sanitari (di cui uno full time, uno part time al 50% ed uno dedicato all'attività di controllo NOC in misura pari all'80%);
- 3 Infermieri (di cui due full time ed uno dedicato all'attività di controllo NOC in misura pari al 40%).

2.4.6 Cronoprogramma

La programmazione delle attività NOC per il 2024 prevede che nel primo semestre dell'anno vengano eseguiti i controlli SDO di congruenza mirata in tutte le Strutture di ricovero e cura campionando le pratiche dell'anno 2023 non ancora verificate.

A partire dal mese di luglio 2024, secondo quanto previsto dalla DGR 1827/2024, 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.

Nel primo semestre, inoltre, sarà data priorità ai controlli statistico formali delle prestazioni ambulatoriali.

Si sottolinea che tale programmazione risulta essere indicativa e potrà subire variazioni a seconda di indicazioni regionali o di altre priorità di programmazione.

2.5. Controlli presso gli Ambulatori di Medicina Sportiva

Nel 2024 proseguirà l'adozione del modello sperimentato nel 2023, ovvero la programmazione e realizzazione di controlli congiunti tra NOC e S.S. Accreditamento e Vigilanza Area Sanitaria per verificare i requisiti previsti dalla normativa in vigore, compresi quelli relativi alla documentazione presente nelle schede di valutazione dell'atleta in ordine alle pratiche non in solvenza (minori e disabili con grado di invalidità superiore al 66%), in coerenza con quanto definito dalle Tabelle Sport (tipo A e tipo B) valevoli al momento della visita e nel rispetto del DM del 18/02/1982 e del DM del 04/03/1993.

2.6 Verifiche sui Tempi d'attesa 2024

Nelle regole di gestione del SSR 2024 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 Prestazioni ambulatoriali

2.6.1.1 Monitoraggio ex ante RL_MTA e trasmissione report con evidenza degli sforamenti

Attraverso la piattaforma SMAF ogni singolo erogatore è chiamato a rispondere alle rilevazioni mensili indette da regione Lombardia di tipo ex ante. I dati trasmessi vengono dichiarati a regione Lombardia con una nota allegata al cruscotto riepilogativo di tutte le strutture del territorio che hanno provveduto alla pubblicazione dei dati. Questa comunicazione, oltre ad essere conferma della trasmissione dati, permette l'identificazione di eventuali prestazioni erogate fuori tempo. In caso di inadempimenti da parte degli enti erogatori, ATS provvede alla segnalazione all'Ente stesso della mancata pubblicazione e contestualmente anche a Regione. La pubblicazione dei dati sulla piattaforma SMAF permette un'ulteriore elaborazione che esita in un report identificato come "Fuori Soglia", ovvero percentuali di sfioramento dei tempi massimi d'attesa che vengono divulgati alle strutture d'interesse affinché, a seguito di controlli interni, possano essere restituite ad ATS commentate e giustificate.

Eventuali scostamenti rilevanti rispetto all'ultima rilevazione RL_MTA costituiranno eventuale motivo di visita "On Site" presso i Cup aziendali o comunque argomento di approfondimento con i RUA delle strutture.

2.6.1.2 Monitoraggio ex post, dal flusso 28 SAN

I dati relativi ai tempi d'attesa ex post per le prestazioni ambulatoriali rilevabili dal flusso 28/san e dalla reportistica disponibile all'apposita pagina Web del portale di Governo Regionale e monitorati altresì dalla SC Sistemi Informativi Aziendali sono condivisi e analizzati con le singole strutture erogatrici.

2.6.1.3 Rilevazione delle mancate presentazione agli appuntamenti (No Show)

Richiamando le indicazioni contenute nelle regole 2019 DGR 1046/2018, con la pubblicazione delle regole SSR 2024, nell'allegato 3 - punto 3.5.2.6. No Show, 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. Nel corso del 2024 DG Welfare valuterà fattibilità di tale azioni.

2.6.1.4 Monitoraggio sospensioni

La sospensione delle attività di prenotazione è vietata dal comma 282 L.266/2005, che prevede sanzioni amministrative. Nelle more di ulteriori specifiche indicazioni da parte del Ministero della Salute, l'interruzione delle attività di erogazione legate a motivi tecnici va segnalata nelle note corrispondenti alla prestazione di cui trattasi, altrimenti va comunque segnalata nella nota accompagnatoria dei flussi RL_MTA mensili, avendo cura di indicare le tipologie, i punti di erogazione, il periodo e le motivazioni plausibili.

Il monitoraggio Sospensioni indetto da Regione Lombardia viene effettuato ogni semestre sulla piattaforma SMAF.

2.6.1.5 Monitoraggio volumi Alpi

Con la pubblicazione delle regole SSR 2024, richiamando i principi fondamentali che disciplinano la libera professione intramuraria (DGR X/7766 del 17/01/2018), si ribadisce l'importanza della puntualità del monitoraggio dei volumi di attività dell'offerta erogata in regime istituzionale ed in libera professione da parte delle Aziende e gli Enti del SSN, allo scopo di attivare tutte le azioni necessarie

per l'incremento delle attività istituzionali. Le azioni intraprese avranno come obiettivo la garanzia che la libera professione sia frutto di una reale scelta del cittadino e non un obbligo dato dalla inefficienza del sistema.

Difatti, saranno oggetto di rendicontazione e monitoraggio sia le prestazioni rese a carico del SSR che le prestazioni rese in regime di solvenza e/o libera professione attraverso la specifica nel flusso 28SAN, campo "regime di erogazione".

Tale analisi proseguirà anche attraverso la pubblicazione dei dati, da parte degli erogatori, sulla piattaforma SMAF nei periodi indetti da Regione Lombardia. Nel monitoraggio, qualora si riscontrasse una difformità di erogazione manifestatasi come superamento dei volumi rispetto a quelli istituzionali, ATS della Val Padana procederà all'invio di una segnalazione alla struttura d'interesse con richiesta di verifica del dato e piano di rientro dei volumi d'erogazione.

ATS proseguirà nel monitoraggio di tali volumi e verificherà l'istituzione di sistemi differenziati di prenotazione relativamente alle due modalità di erogazione. In tal modo, è possibile eliminare improprie interferenze tra le stesse e ridurre la possibilità che l'utente venga "orientato" verso la libera professione intramuraria nel caso in cui l'istituzionale preveda tempi troppo lunghi per accedere alla prestazione necessaria. Si rammenta la necessità di garantire la migliore separazione dei percorsi di accesso e di erogazione anche dal punto di vista strutturale se non di non contemporaneità delle attività.

2.6.1.6 Tempario

Con la pubblicazione delle regole SSR 2024, la DG Welfare "prevede di istituire nel 2024 un tempario unico regionale, coerente con il nomenclatore tariffario, finalizzato ad omogeneizzare le tempistiche di erogazione delle prestazioni di diagnostica e di prima visita così da efficientare il processo ed omogeneizzare la definizione delle agende su tutto il territorio regionale".

2.6.1.7 Ricetta dematerializzata –DEM

Per il 2024, gli specialisti ospedalieri dovranno raggiungere il 100% delle prescrizioni prescrivibili con ricetta dematerializzata. Quest'ultimo sarà obiettivo dei Direttori Generali.

2.6.1.8 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 2024, le ATS dovranno monitorare i seguenti criteri:

valutazione del grado di raggiungimento dell'obiettivo, che sarà proporzionale alla numerosità delle prestazioni aggiuntive erogate in coerenza con quanto negoziato con l'ATS;

la base di calcolo sarà al netto dei volumi di prestazioni erogate e finanziate con i contratti di scopo, fermo restando il volume delle prestazioni aggiuntive negoziate per l'anno 2023;

eventuali spostamenti dal budget delle prestazioni di ricoveri al budget delle prestazioni ambulatoriali non saranno considerati nella base di calcolo del budget dell'anno successivo, in caso siano stati trasferiti per coprire la produzione superiore al 106% nell'anno 2022.

Per quanto riguarda infine i chiarimenti riguardanti la sospensione dei meccanismi di decurtazione e premialità previsti dalle DDGR n. XI/5883 del 24/01/2022 e n. XI/6255 del 11/04/2022, tale sospensione opererà nei confronti di tutti gli enti, sia pubblici che privati, che erogano prestazioni sanitarie e che la sospensione riguarda tutte le prestazioni e non solo quelle previste dalla DGR n. XII/780/2023.

2.6.1.9 Appropriatezza prescrittiva

La DGR 1568/2023 introduce disposizioni in ordine all'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni eco color doppler in angiologia e delle prestazioni di gastroenterologia e endoscopia digestiva, dando mandato alle ATS di definire e avviare con le ASST e con gli enti erogatori del proprio territorio un progetto che preveda 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 tali prestazioni degli allegati 1 e 2. Per raggiungere tale scopo previo confronto con gli organi regionali competenti, ATS Val Padana intende perseguire tali azioni entro il 2024:

- Analisi dei volumi erogati dalle strutture presenti sul territorio secondo la classe di priorità riportata nella ricetta
- Analisi del flusso dei prescrittori al fine di verificare criticità tra i territori diversi, medici di base e medici specialisti (evidenza di iper-prescrittori)
- Costituzione di un tavolo tecnico interaziendale tra ATS e ASST (cure primarie) ed erogatori in cui operano specialisti di cardiologia e gastroenterologia.
- Rilevazione dei bisogni formativi dei medici specialisti indicati, al fine di predisporre eventi formativi dal 2025
- Progettazione e programmazione di audit con gli stakeholder secondo le criticità e dei bisogni rilevati

Verranno inviati i medici (o referenti dei medici) che prescrivono maggiormente gli esami e gli specialisti delle strutture pubbliche e private, per identificare le problematiche riscontrate sull'attuazione ed utilizzo delle indicazioni fornite.

2.6.1.10 Gestione e modalità operative di applicazione del sistema sanzionatorio

In riferimento alla Deliberazioni della Giunta Regionale n. XII/1129 del 16/10/2023, alla nota con protocollo numero G1.2023.0048388 del 29/11/2023 e alla nota con protocollo numero G1.2024.0001907 del 18/01/2024, regione Lombardia ha avviato azioni di controllo su tutte le prestazioni non prenotate tramite la Rete Regionale di Prenotazione (RRP).

Regione Lombardia nel corso del 2024 applicherà il regime sanzionatorio previsto dalla art.21 del l.r. 33/2009 alle prestazioni prenotate dal 1° novembre 2023 ed erogate secondo modalità diverse rispetto a quanto indicato nelle note sopra citate.

L'applicazione del regime sanzionatorio è basato su un incrocio tra erogazione-prescrizione-prenotazione-assistito.

Nel corso del 2024, progressivamente, il controllo si estenderà anche a tutti i dati della prescrizione. Mensilmente ATS, su indicazioni regionali, invierà agli Enti Sanitari un report per la verifica e controllo di eventuali errori per consentire agli stessi di prevenire eventuali errori futuri.

2.6.1.11 Ulteriori Azioni di contenimento dei Tempi d'attesa regionali

In riferimento alle recenti indicazioni di Regione Lombardia, e in ottemperanza alle DGR 7475 del 30/11/2022 e DGR 7819 del 23/01/2023, continuerà il monitoraggio delle prestazioni di interesse regionale. Da febbraio 2023 Regione Lombardia ha fornito ad ATS un cruscotto di monitoraggio: strumento operativo di programmazione, monitoraggio e governo delle agende limitatamente alle prestazioni in monitoraggio. ATS ha iniziato lo studio dei dati contenuti nel cruscotto, ipotizzando eventuali azioni di governo e di condivisione del dato con gli erogatori.

2.6.2 Prestazioni di ricovero e cura

Nel corso del 2023 si è proceduto con un'unica estrazione, e conseguente invio, in merito all'elenco delle prestazioni di ricovero, oncologiche e non oncologiche, erogate oltre soglia dalle strutture rispetto alla classe di Priorità (A, B, C, D) pubblicate sul Portale di Governo di Regione Lombardia. Nel 2024 si proseguirà con tale azione, con estrazione trimestrale ed invio dei tabulati relativi ai ricoveri in oggetto. Saranno trasmessi agli erogatori afferenti alla ATS Val Padana, per la valutazione e verifica del dato, con riscontro delle motivazioni e criticità rilevate entro la fine del mese.

2.7 Negoziazioni e contratti sanitari-programmazione 2024

2.7.1. Attività di controllo: REQUISITI DI ACCESSO ALLA CONTRATTUALIZZAZIONE AREA SANITARIA

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 2024 non è presente in allegato alle regole di sistema - DGR n. XII/7758/2022 – 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. XI/7758/2022.

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 2024 - 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 e ambulatoriale
- 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. vulture)

- 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. vulture)

- 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. vulture)

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. vulture)

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. vulture)**

- 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. Si provvederà ad 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:

AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	N° TOTALE	N° CAMPIONE	BASE DATI (max 150 caratteri)	CRITERI CAMPIONAMENTO (max 150 caratteri)	STRUMENTI OPERATIVI (max 150 caratteri)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
Requisiti Sanitario	Applicazione modello organizzativo (d.lgs. 231/2001)	Sanitario	Da remoto	24	24	Relazioni dell'organismo di vigilanza		Acquisizione relazioni dell'Organismo di vigilanza e verifica del contenuto delle stesse in relazione all'efficace 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 volta all'anno
Requisiti Sanitario	Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)	Sanitario	Da remoto	29	29	Relazioni sull'ultimo bilancio approvato		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 volta all'anno. Nel caso di erogatori che per forma giuridica non sono soggetti all'obbligo della revisione contabile, viene acquisita un dichiarazione sulla continuità gestionale a firma del legale rappresentante.
Requisiti Sanitario	Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 94 comma 1 - d.lgs.36/2023	Sanitario	Da remoto	29	>=20%	Dichiarazioni requisiti soggettivi	casuale e nuovi soggetti	Prima della sottoscrizione del contratto viene richiesta la dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000 dell'insussistenza dei motivi di esclusione. Vengono, poi, effettuati i controlli a campione presso il Casellario Giudiziale.	La richiesta viene inviata prima della sottoscrizione del contratto e i controlli vengono effettuati una volta all'anno
Requisiti Sanitario	Certificazione antimafia (art.94 - comma 2 - d.lgs.36/2023)	Sanitario	Da remoto	25	25	Dichiarazioni antimafia	Nessuno	Vengono acquisite le autocertificazioni per i contratti sottostiglia sostitutive di Comunicazione Antimafia. Per gli EEGG con contratti soprastiglia, soggetti alla richiesta di informazione, viene richiesta la dichiarazione dei familiari conviventi maggiorenni. Si procede poi mediante accesso alla BDNA alla verifica delle dichiarazioni sostitutive delle comunicazioni, nonché alla richiesta delle informazioni.	Le richieste agli erogatori vengono effettuata in base alle scadenze delle relative certificazioni antimafia.

AMBITO DI CONTROLLO	ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	N° TOTALE	N° CAMPIONE	BASE DATI (max 150 caratteri)	CRITERI CAMPIONAMENTO (max 150 caratteri)	STRUMENTI OPERATIVI (max 150 caratteri)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
Requisiti Sanitario	Regolarità contributiva (art.94 comma 6 - d.lgs.n.36/2023)	Sanitario	Da remoto	29	>=10% regolarità fiscale; 100% DURC	Dichiarazioni requisiti soggettivi	casuale e nuovi soggetti	Regolarità Fiscale: prima della sottoscrizione del contratto viene richiesta la dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000. Vengono effettuati i controlli richiedendo all'Agenzia delle entrate il controllo veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese. DURC: verifica del 100% degli Enti Erogatori	Il campione è relativo alla Regolarità Fiscale: la richiesta viene inviata prima della sottoscrizione del contratto e i controlli vengono effettuati una volta all'anno. DURC: Richiesto di norma ogni 120 giorni per gli Enti Erogatori soggetti a pagamento da parte del servizio economico finanziario
Requisiti Sanitario	Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (art. 94 comma 5 - a - d. lgs.n.36/2023)	Sanitario	Da remoto	29	>=20%	Dichiarazioni requisiti soggettivi	casuale e nuovi soggetti	Prima della sottoscrizione del contratto viene richiesta dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000 relativamente alle sanzioni amministrative e ai carichi pendenti da reato. Vengono, poi, effettuati i controlli a campione in relazione alle Sanzioni Amministrative presso il Casellario Giudiziale e presso i tribunali di competenza per i carichi pendenti.	La richiesta viene inviata prima della sottoscrizione del contratto e i controlli vengono effettuati una volta all'anno
Requisiti Sanitario	Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013)	Sanitario	Da remoto	25	>=20%	Controllo dei siti sezioni Amministrazione Trasparente	casuale e nuovi soggetti	Il controllo viene effettuato analizzando la sezione trasparente dei siti degli EEGG e valutando la presenza dei principali obblighi	I controlli vengono effettuati una volta all'anno, nel corso dell'anno, dopo la delibera annuale di Anac relativa agli obblighi di pubblicazione
Requisiti Sanitario	Incompatibilità del personale (l. 190/2012)	Sanitario	Da remoto						Posto 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. Si provvederà ad inviare una nota agli enti erogatori a contratto ricordando gli obblighi a cui sono tenuti e invitandoli ad adottare idonee misure al riguardo.
Requisiti Sanitario	Ulteriori requisiti (art.n.94 comma 5 - d.lgs.n.36/2023)	Sanitario	Da remoto	29	>=20%	Dichiarazioni requisiti soggettivi	casuale e nuovi soggetti	Prima della sottoscrizione del contratto viene richiesta dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000. Vengono, poi, effettuati i controlli, a	La richiesta viene inviata prima della sottoscrizione del contratto e i controlli vengono effettuati una volta all'anno

3. Area sociosanitaria

3.1 Analisi di contesto dell'Area Sociosanitaria

L'analisi di contesto del territorio dell'ATS della Val Padana, pressoché invariata rispetto al precedente documento di programmazione, conferma la presenza della popolazione anziana e con un indice di dipendenza superiore rispetto a quello della Lombardia e del paese. Come si evince dalla tabella, che di seguito si riporta, aggiornata all'1/01/2024, la presenza delle Unità di Offerta RSA e C-DOM è nettamente superiore a tutte le altre, a riprova del bisogno espresso dalla popolazione dell'ATS della Val Padana. La numerosità delle Unità di Offerta, siano esse solo abilitate, abilitate e accreditate, abilitate, accreditate e a contratto, è uno degli elementi cardine nell'attività di prevenzione, vigilanza e controllo della SC Autorizzazioni, Accreditemento e Controlli Rete Territoriale. Quale articolazione del Dipartimento Programmazione, Accreditemento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, la SC Autorizzazioni, Accreditemento e Controlli Rete Territoriale assicura l'erogazione dei LEA ne garantisce la qualità e la congruenza per il tramite dei controlli di vigilanza e di appropriatezza.

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	7.758	6.957
RSD	12	12	12	827	827	812
CDD	22	22	22	530	530	523
CDI	46	45	40	1.002	990	824
CSS	19	19	17	180	170	148
CF	20	20	4			
SERT/SMI	11	10	1			
INT	12	12	12	695	686	668
RIA AMB-DOM/CDC	10	10	10	179	179	179
				57455	57455	57455
HOSPICE e UOCP	7	7	7	92	92	92
UCP-DOM	8	8	8			0
POST ACUTI	0	0	1	0	0	28
DIP-COM	19	19	19	331	331	325

DIP-BIA	3	3	3	18	18	8
C-DOM	43	39	37			
<i>Subtotale</i>	319	274	240	11.868	11.581	10.564
RSA APERTA			39			
RES. ASSISTITA RELIGIOSI			0			
RESIDENZIALITA' LEGGERA			11			99
CASE MANAGEMENT			4			
MINORI GRAVISSIMI			0			
MISURA 6			4			
SPERIMENTAZIONE RIA MINORI DGR 3239/2012			3			
MISURA VOUCHER B1			21			
<i>Subtotale</i>	0	0	82	0	0	99
Totale	319	274	322	11868	11581	10663

Il contesto dell'offerta sociosanitaria è stato incrementato dall'avvio dell'iter di accreditamento sociosanitario degli Ospedali di Comunità e delle Case di Comunità. Relativamente agli Ospedali di Comunità, nel corso del primo trimestre 2024, sono state processate e concluse due SCIA, con contestuale richiesta di accreditamento, ai sensi della D.G.R. XII/1435/2023 e della D.G.R. XII/1025/2023. Si precisa che le attività, proprie dell'Ospedale di Comunità, ai sensi della D.G.R. 1827/2024, rientrano nella competenza dell'équipe di vigilanza, controllo e appropriatezza sociosanitaria.

Come si evince dalla tabella che segue, in ATS della Val Padana sono stati individuati nove Ospedali di Comunità: quattro per l'area Cremonese che di seguito si riportano: Cremona, Soncino, Soresina (Via Robbiani) e Rivolta d'Adda e cinque per l'area Mantovana, nello specifico, Asola, Borgo Mantovano, Bozzolo, Mantova, Viadana. Di questi nove, al momento, è stato completato l'iter per il processo di accreditamento per gli Ospedali di Comunità di Asola e Cremona.

Tabella Ospedali di Comunità e Case di Comunità

Ospedali di Comunità	Numero di OdC autorizzati, di cui	0	1	0	1	0	0	2
	Accreditati	0	0	0	0	0	0	0
	A contratto							
	Posti Autorizzati	0	20	0	15	0	0	35
	Posti Accreditati	0	0	0	0	0	0	0
	post	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 2024

Come indicato dalla nota ACSS Prot. ACSSL.2024.0000246 dell'8 febbraio 2024 "Comunicazioni in materia di Piani dei Controlli ATS" e dalla D.G.R. XII/1827/2024 il campione, finalizzato al monitoraggio delle Unità di Offerta Sociosanitarie, è stato selezionato a partire dal numero di strutture attive al 01/01/2024 indipendentemente dallo status erogativo. A partire dal 2024, il controllo di appropriatezza è assicurato sulle medesime strutture individuate per il controllo di vigilanza nel rispetto dei seguenti criteri:

- scelta del campione minimo, corrispondente al 33% per ogni tipologia di UdO. Dall'approvazione del Piano dei Controlli, avvenuta con Delibera della ATS della Val Padana n. 66 del 28/02/2024, le strutture campionate sono oggetto di controllo di vigilanza ordinaria, in ordine al mantenimento dei requisiti di accreditamento e di appropriatezza delle prestazioni erogate; la stessa percentuale è applicata per il controllo delle sperimentazioni e delle misure;
- priorità dei controlli nelle Unità di Offerta con data dell'ultimo sopralluogo di vigilanza ordinaria più remoto;
- priorità dei controlli nelle Unità di Offerta che, a seguito di verifiche su flussi e altra documentazione, sono state individuate come critiche.

Nell'ambito dei controlli di appropriatezza, il volume dei FASAS individuato dalla SC Autorizzazioni, Accreditamento e Controlli Rete Territoriale è stato calcolato sulla base dei dati relativi agli utenti rendicontati nell'anno 2023 per ciascuna struttura campionata. In ottemperanza alle indicazioni della D.G.R. XII/1827/2024 è garantito il controllo di almeno il 13% per le unità di offerta sociosanitarie residenziali e semiresidenziali e il 3.5% per quelle ambulatoriali e domiciliari. Il numero di FASAS campionati per ogni Unità di Offerta, in ottemperanza alla D.G.R. sopra menzionata, è ricompreso tra un minimo di 3 e un massimo di 30 FASAS per le Unità di Offerta residenziali e 50 per quelle ambulatoriali salvo estensione del campione per esigenze particolari.

Per la scelta dei FASAS si applica la metodologia suggerita da ACSS per il campionamento mirato o casuale. Ulteriori FASAS di ospiti, presenti al momento del sopralluogo, vengono esaminati per particolari necessità di ordine ispettivo.

Nel corso del 2024, oltre alla programmazione dei sopralluoghi di vigilanza e di appropriatezza viene garantita la verifica del 100% delle istanze sociosanitarie pervenute alla SC Autorizzazioni, Accreditamento e Controlli Rete Territoriale (SCIA, SCIA contestuale o istanza di accreditamento).

Prosegue, inoltre, l'attività di vigilanza e controllo di appropriatezza straordinaria a partire da segnalazioni pervenute da utenti oppure da situazioni critiche rilevate nel corso dell'attività ispettiva

Di seguito si riporta la tabella riepilogativa dell'attività di Autorizzazione e Accreditamento Area sociosanitaria 2024.

Autorizzazione e Accreditamento Area sociosanitaria 2024	
ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifica del possesso dei requisiti di esercizio e accreditamento soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici
Modalità	Mista: in presenza per lo svolgimento del sopralluogo, coadiuvata dalla modalità da remoto per i documenti acquisiti precedentemente o successivamente al sopralluogo di autorizzazione e accreditamento
Numerosità dei controlli programmati	In funzione 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
Strumenti Operativi	Check-list regionali Verbale di sopralluogo regionale
Composizione Equipe di Autorizzazione e Accreditamento (Equipe utilizzata anche per i controlli di vigilanza sociosanitaria, socioassistenziale e in parte anche di appropriatezza)	Equipe miste: Dirigenti medici (2), Dirigente professioni sanitarie (1), Assistenti Sanitari (2) Assistenti Sociali (4) Educatori Professionali (4) Infermieri (2) Tecnici della Prevenzione (4 di cui 1 solo al 20%)
Cronoprogramma	In funzione delle istanze presentate e secondo i termini di legge

Ai sensi della D.G.R. X/2569/2014 – Allegato 1 § 3.7. - in tema di decadenza dell'accreditamento - prosegue l'attività di monitoraggio finalizzata all'eventuale decadenza dell'accreditamento per le Unità di Offerta che risultano non attive per più di 90 giorni.

Per quanto riguarda le Unità di Offerta sociosanitarie, per le quali è previsto un piano programma per l'adeguamento dei requisiti strutturali e tecnologici, specifici e/o generali, prosegue il monitoraggio finalizzato alla verifica dello stato di avanzamento dei lavori.

Le Unità di Offerta sociosanitarie, che intendono usufruire delle agevolazioni fiscali per l'efficientamento energetico (es. superbonus 110%), devono comunicare ad ATS, prima dell'avvio dei lavori, il cronoprogramma, le modalità organizzative adottate per dare continuità di assistenza all'utenza e la sicurezza degli utenti e degli operatori nonché le misure strutturali, tecniche e/o organizzative attuate dal gestore per assicurare il soddisfacimento dei fini sottesi alle prescrizioni dei relativi requisiti. L'ATS della Val Padana con un proprio provvedimento esprimerà un parere sulla documentazione pervenuta che verrà trasmesso all'Ente Gestore e alla Direzione Generale Welfare. Nella programmazione per il 2024 è stato inserito lo screening nutrizionale ai sensi della D.G.R. XII/1812 del 29/01/2024 dal titolo "Attivazione del percorso di screening nutrizionale nelle strutture del SSR e domiciliare". La D.G.R. prevede di definire che lo screening, a partire dal 31 dicembre 2024, sia inserito come requisito organizzativo per gli assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata; in particolare, è richiesto che venga assicurata l'applicazione dello screening nutrizionale per tutte le categorie target come da indicazioni regionali; nello stesso tempo, è raccomandata la verifica puntuale dell'indicatore, ossia, la presenza nella documentazione sanitaria e sociosanitaria del paziente della scheda dello screening nutrizionale compilata per ogni nuovo ingresso e almeno 1 volta/anno.

Continua il controllo nei confronti delle strutture residenziali ≥ 80 posti letto per gestori con capacità contrattuale socio sanitaria $\geq \text{€ } 800.000$; nello specifico, durante i controlli di vigilanza si verifica la presenza dell'attestazione annuale inviata all'ATS di adozione del Codice Etico e del Modello Organizzativo ai sensi del D.lgs. 231/2001, nonché l'evidenza dell'avvenuta formazione e informazione del proprio personale, la nomina dell'Organismo di Vigilanza con la relativa identificazione dei componenti e la descrizione delle qualifiche; infine, l'avvenuta acquisizione della relazione annuale dell'Organismo di Vigilanza.

Nella tabella che segue, è sintetizzata la programmazione dell'attività di vigilanza ordinaria sociosanitaria.

Vigilanza ordinaria sociosanitaria 2024	
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 acquisiti precedentemente o successivamente al sopralluogo di vigilanza
Numerosità dei controlli programmati	Il 33% di ogni tipologia di Unità di Offerta corrispondente a 128 strutture su un totale di 368
Flusso o basi dati utilizzati	Base dati aziendali Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie e sociali della Famiglia (AFAM) Scheda struttura
Modalità di campionamento	Priorità: · UdO con data dell'ultimo sopralluogo di vigilanza ordinaria più remoto; · UdO che, a seguito di verifiche su flussi/altra documentazione, sono state individuate come critiche.
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
Strumenti Operativi	Check-list regionali Verbali di sopralluogo
Composizione Equipe di Autorizzazione e Accreditamento (Equipe utilizzata anche per i controlli di vigilanza sociosanitaria, socioassistenziale e in parte anche di appropriatezza)	Equipe miste: Dirigenti medici (2), Dirigente professioni sanitarie (1), Assistenti Sanitari (2) Assistenti Sociali (4) Educatori Professionali (4) Infermieri (2) Tecnici della Prevenzione (4 di cui 1 solo al 20%)
Cronoprogramma	I sopralluoghi sono distribuiti nel corso di tutto l'anno 2024 con programmazione, generalmente bimestrale, archiviata su file Excel condiviso in area comune

Di seguito, è sintetizzata la programmazione dell'attività dei controlli di appropriatezza. Si ricorda che, nelle more della revisione degli indicatori di appropriatezza per le C-DOM, si applicano gli indicatori generali previsti dalla DGR X/1765/2014.

Controlli di Appropriatezza 2024	
ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifica della corretta classificazione della fragilità degli utenti e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate; Verifica dei seguenti indicatori: · congruenza fra FASAS e flussi di rendicontazione oggetto di debito informativo regionale; · coerenza tra i bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, come definito dal Progetto Individuale e dalla Pianificazione degli Interventi; · evidenza dell'effettiva erogazione delle prestazioni pianificate a cura delle figure professionali incaricate.
Modalità	In presenza, coadiuvata da modalità da remoto per i documenti eventualmente acquisiti durante il sopralluogo
Numerosità dei controlli programmati	Il 33% di ogni tipologia di Unità di Offerta corrispondente a 128 strutture su un totale di 368, le medesime strutture individuate per il controllo di vigilanza
Flusso o basi dati utilizzati	Base dati aziendali; Piattaforma DSPFLUX su cui sono caricati i seguenti flussi: FE, SOSIA, SIDI, CP, CON, RIA FAM, TOX AMB, SIAD, SDOFAM; Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie e sociali della Famiglia (AFAM)
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 e in presenza
Strumenti Operativi	Check-list regionali Verbali di sopralluogo
Composizione Equipe di appropriatezza	Equipe miste: Dirigenti medici (2), Assistenti Sanitari (3) Assistenti Sociali (3) Educatori Professionali (3); Operatore tecnico specializzato (1); Infermieri (5); FKT (1)
Cronoprogramma	I sopralluoghi sono distribuiti nel corso di tutto l'anno 2024 con programmazione, generalmente bimestrale, archiviata su file Excel condiviso in area comune

Nella tabella che segue, è riportata la programmazione dei controlli di vigilanza e appropriatezza per le Misure e le Sperimentazioni.

Vigilanza/Appropriatezza Misure e Sperimentazioni 2024	
ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio delle Unità di Offerta e verifica del mantenimento dei criteri di appropriatezza ai sensi della specifica normativa
Modalità	In presenza, coadiuvata da modalità da remoto per i documenti da acquisire
Numerosità dei controlli programmati	33% di ogni tipologia di Unità di Offerta
Flusso o basi dati utilizzati	Base dati aziendali Piattaforma DSPFLUX Flussi condivisi con il DPISS
Modalità di campionamento	33% per ogni tipologia di misura/sperimentazione
Modalità operative di esecuzione	In presenza con preavviso
Strumenti Operativi	Per le misure RSA Aperta e Residenzialità assistita verbale di sopralluogo di vigilanza e controllo regionale Per tutte le altre misure specifico verbale predisposto dagli operatori
Composizione Equipe di vigilanza	Per il controllo delle sperimentazioni e misure verranno create equipe miste attingendo dal personale delle équipes di vigilanza e appropriatezza
Cronoprogramma	I sopralluoghi sono distribuiti nel corso di tutto l'anno 2024 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 33%.

Tipologia Unità di Offerta	N. UDO	33%	UDO Campionate
CONS	20	6,6	7
SERT	11	3,63	4
CDD	22	7,26	8
CSS	19	6,27	7
CDI	46	15,18	16
TOX-BIA	3	0,99	1
TOX	19	5,94	6
RSA	87	28,71	29
RSD	12	3,96	4
HOSPICE e UOCP	7	2,31	3
UCP-DOM	8	2,64	3
C-DOM	43	14,19	15
INT	12	3,96	4
RIA	10	3,3	4
RSA APERTA	39	12,87	13
RES ASSISTITA	11	3,63	4
VOUCHER B1	21	6,93	7
MISURA 6	4	1,32	2
RIA MINORI	3	0,99	1
CASE MANAGEMENT	4	1,32	2
Totale	401	133	140

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	138	4018	169	4286
	Centro Prima Infanzia	1	28		
	Micronido	16	160		
	Nido Famiglia	14	80		
DISABILITÀ	Comunità Alloggio Disabili*	3	29	42	883
	Centro Socio-Educativo	23	513		
	Servizio Formazione Autonomia	16	341		
ANZIANI	Alloggi Protetti Anziani	24	235	28	412
	C.A.S.A.	2	18		
	Centri Diurni Anziani	2	159		
MINORI	Alloggio per l'Autonomia	17	57	61	1211
	Alloggio Autonomia genitori e figli	3	22		
	Alloggio autonomia educativo	1	5		
	Servizio educativo diurno	1	20		
	Comunità Educativa	21	205		
	Comunità Familiare	5	30		
	Centri Aggregazione Giovanile	13	872		
	Totali	300	6792		

*sono contemplate solo le UdO non accreditate come CSS

3.3.1 Programmazione Attività area socioassistenziale anno 2024

Come indicato dalla nota ACSS Prot. ACSSL.2024.0000246 dell'8 febbraio 2024 "Comunicazioni in materia di Piani dei Controlli ATS" e dalla DGR XII/1827 del 31/01/2024 il campione, finalizzato al monitoraggio delle Unità di Offerta socioassistenziali, indipendentemente dallo status erogativo è stato calcolato a partire dal numero di strutture attive al 01/01/2024 con i seguenti criteri:

- campione minimo corrispondente al 25% di ogni tipologia di Unità di Offerta;
- priorità dei controlli nelle Unità di Offerta con data dell'ultimo sopralluogo di vigilanza ordinaria più remoto;

- priorità dei controlli nelle Unità di Offerta che, a seguito di verifiche su flussi e altra documentazione, sono state individuate come critiche.

Oltre alla programmazione dei sopralluoghi di vigilanza viene garantita la verifica del 100% delle CPE delle Unità di Offerta socioassistenziali ricevute da Comuni/Uffici di Piano unitamente ad attività di vigilanza, o controllo di vigilanza straordinaria, su segnalazione.

La tabella che segue riporta sinteticamente i criteri di programmazione dell'attività autorizzazione e vigilanza socioassistenziale.

Autorizzazione e Vigilanza Socioassistenziale 2024	
ITEM	DESCRIZIONE
Attività di Controllo	Verifica del possesso e mantenimento dei requisiti di esercizio delle Unità di Offerta Sociali, in accordo con i Comuni e gli Uffici di Piano
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 84 strutture su un totale di 302 100% delle istanze CPE presentate
Flusso o basi dati utilizzati	Base dati aziendali Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie e sociali della Famiglia (AFAM)
Modalità di campionamento	Verifica del 100% delle istanze CPE pervenute. Priorità per il campionamento delle Udo da monitorare: · priorità dei controlli nelle Unità di Offerta con data dell'ultimo sopralluogo di vigilanza ordinaria più remoto; · priorità dei controlli nelle Unità di Offerta che, a seguito di verifiche su flussi e altra documentazione, sono state individuate come critiche
Modalità operative di esecuzione	In presenza, senza preavviso per la vigilanza ordinaria, con preavviso per le CPE, secondo la normativa vigente: · DGR VIII/7437/2008 Allegato A; · DGR X/1254/2010; · Circolare Regionale n. 2 del 15/12/2022; · Normativa specifica per ogni tipologia di UDO; · Procedura aziendale PP 10.3.5 rev. 00 "Vigilanza strutture Sociali" del 24/10/2023
Strumenti Operativi	Check-list Verbale di sopralluogo
Composizione Equipe di vigilanza	Equipe miste: Dirigente professioni sanitarie (1), Assistenti Sanitari (2), Assistenti Sociali (4), Educatori Professionali (5), infermieri (3), Tecnici della Prevenzione (4 di cui 1 solo al 20%)
Cronoprogramma	I sopralluoghi sono distribuiti nel corso di tutto l'anno 2024 con programmazione, generalmente bimestrale, archiviata su file Excel condiviso in area comune per quel che concerne la vigilanza ordinaria. Per le CPE i sopralluoghi si effettuano in funzione delle istanze presentate

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

Tipologia Unità di Offerta	N. UDO	25%	UDO Campionate
ALLOGGIO PER AUTONOMIA	17	4,25	5
ALLOGGIO PER AUTONOMIA GENITORE FIGLI	3	0,75	0
ALLOGGIO PER AUTONOMIA EDUCATIVO	1	0,25	0
APA	24	6	6
ASILO NIDO	138	34,50	37
CAG	13	3,25	4
CENTRO PRIMA INFANZIA	1	0,25	1
CSE	23	5,75	6
COMUNITA ALLOGGIO DISABILI	3	0,75	1
C.A.S.A.	2	0,5	0
COMUNITA EDUCATIVA	21	5,25	6
COMUNITA FAMILIARE	5	1,25	2
MICRO NIDO	16	4	2
NIDO FAMIGLIA	14	3,5	2
SERVIZIO DI FORMAZIONE AUTONOMIA	16	4	4
CDA	2	0,5	0
SERVIZIO EDUCATIVO DIURNO	1	0,25	0
Totale	300	75	76

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 Autorizzazioni, Accreditamento e Controlli Rete 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 2024

3.5.1 Attività di controllo: Requisiti di accesso alla contrattualizzazione

3.5.1.1. Adozione del codice etico comportamentale e corretta applicazione del modello di organizzazione e gestione (D. Lgs. 231/2001)

Tale controllo è di competenza del servizio accreditamento sociosanitario e non del servizio contrattualizzazione. A tutti gli erogatori assoggettati al D. Lgs. 231/2001, secondo i parametri previsti, viene richiesto entro il 28/02/2024 la relazione dell'organismo di vigilanza. Il controllo della corretta applicazione del modello viene effettuata in sede di sopralluogo, secondo la programmazione prevista al punto 3.2.

3.5.1.2. Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)

Il controllo verrà svolto da remoto sugli Enti gestori a contratto nell'anno 2024. 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 2024 riguardano il 100% degli Enti Gestori a contratto.

3.5.1.3 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 confermano anche per l'anno 2024 le preoccupazioni per i controlli antimafia per gli Enti iscritti al RUNTS.

3.5.1.4 Ulteriori requisiti:

- a) 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);**
- b) Regolarità contributiva (art. 94, comma 6 d.lgs. 36/2023);**
- c) Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (art. 94, comma 5 lettera a) d.lgs. 36/2023);**
- d) 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 si procederà a controllare tutti gli Erogatori ogni 120 giorni.

3.5.1.5 Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013)

Ogni anno ATSVS 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. 33/13.

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.

3.5.1.6 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. ATS Val Padana invia 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, ma di un obbligo contrattuale e il potere di accertamento della violazione è in capo ad ANAC e non ad ATS.

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 Struttura
- 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 2024 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 2024 per la parte relativa ai contratti sociosanitari.

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	N° TOTALE	N° CAMPIONE	BASE DATI (max 150 caratteri)	CRITERI CAMPIONAMENTO (max 150 caratteri)	STRUMENTI OPERATIVI (max 150 caratteri)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis c.c.)	Da remoto	119	60 (=50%)	Relazioni dell'ultimo bilancio approvato	Casuale e nuovi enti	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	La richiesta viene inviata prima della sottoscrizione del contratto e i controlli vengono effettuati una volta all'anno
Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 94, commi 1 e 3 d. lgs. 36/2023)	Da remoto	119	12 (=10%)	Dichiarazioni requisiti soggettivi	Casuale e nuovi enti	Prima della sottoscrizione del contratto viene richiesta la 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 al Tribunale di competenza.	La richiesta viene inviata prima della sottoscrizione del contratto e i controlli vengono effettuati una volta all'anno
Certificazione antimafia (art. 94, commi 2 e 3 d.lgs. 36/2023)	Da remoto	114	114 (=100%)	Dichiarazioni antimafia	Nessuno	Viene acquisita dagli EECG a contratto, con esclusione dei soli Enti Pubblici, la dichiarazione sostitutiva di Comunicazione/Informazione Antimafia, a seconda dell'importo del contratto sottoscritto. In caso di informazione antimafia, viene richiesta anche la dichiarazione dei familiari conviventi maggiorenni. Si procede poi mediante accesso alla BDNA alla verifica delle dichiarazioni sostitutive delle comunicazioni, nonché alla richiesta delle informazioni.	Le richieste agli erogatori vengono effettuate in base alle scadenze delle relative certificazioni antimafia.
Regolarità contributiva (art. 94, comma 6 d.lgs. 36/2023)	Da remoto	119	12 (=10%) x Regolarità Fiscale 100% per DURC	Dichiarazioni requisiti soggettivi	Casuale e nuovi enti	Regolarità Fiscale: prima della sottoscrizione del contratto viene richiesta la dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000 relativamente ai requisiti dell'art. 94 comma 6. Vengono effettuati i controlli a campione richiedendo all'Agenzia delle entrate il controllo veridicità delle dichiarazioni sostitutive. DURC: verifica del 100% degli Enti Gestori	Regolarità Fiscale: la richiesta viene inviata prima della sottoscrizione del contratto e i controlli vengono effettuati una volta all'anno. DURC: Richiesto di norma ogni 120 giorni agli Enti Gestori soggetti a pagamento.

ATTIVITÀ SPECIFICA DI CONTROLLO	MODALITÀ OPERATIVA	N° TOTALE	N° CAMPIONE	BASE DATI (max 150 caratteri)	CRITERI CAMPIONAMENTO (max 150 caratteri)	STRUMENTI OPERATIVI (max 150 caratteri)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
Sanzioni amministrative (art. 94, comma 5, lett. a) d.lgs. 36/2023) e carichi pendenti da reato	Da remoto	119	12 (=10%)	Dichiarazioni requisiti soggettivi	Casuale e nuovi enti	Prima della sottoscrizione del contratto viene richiesta la dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000 relativamente alle sanzioni amministrative e ai carichi pendenti da reato. Vengono, poi, effettuati i controlli a campione richiedendo ai Tribunali di competenza i Certificati dell'Anagrafe delle Sanzioni Amministrative dipendenti da reato e dei Carichi Pendenti.	La richiesta viene inviata prima della sottoscrizione del contratto e i controlli vengono effettuati una volta all'anno
	Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013)	Da remoto	119	12 (=10%)	Controllo dei siti sezioni Amministrazione Trasparente	Casuale e nuovi enti	L'art. 2-bis comma 3 del D. Lgs. 33/2013 chiarisce che la disciplina prevista dal suddetto decreto legislativo per le pubbliche amministrazioni si applica, in quanto compatibile, anche alle associazioni, alle fondazioni e agli enti di diritto privato, anche privi di personalità giuridica, con un "bilancio superiore a € 500.000,00", che esercitano funzioni amministrative, 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
Ulteriori requisiti (art. 94, comma 5 d.lgs. 36/2023)	Da remoto	119	12 (=10%)	Dichiarazioni requisiti soggettivi	Casuale e nuovi enti	Prima della sottoscrizione del contratto viene richiesta la 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 al Tribunale di competenza.	La richiesta viene inviata prima della sottoscrizione del contratto e i controlli vengono effettuati una volta all'anno
Incompatibilità del personale (l. 190/2012)		119	0			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.	

4. Area farmaceutica e protesica

4.1 Contesto di riferimento

Nel 2024 il Servizio Farmaceutico darà continuità agli interventi di vigilanza ispettiva già a regime nella programmazione per il 2023. 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

ANALISI DI CONTESTO: SERVIZIO FARMACEUTICO - SEZIONE FARMACEUTICA	
	CONTESTO ESTERNO AL 31/12/2023
N. farmacie	273
N. dispensari	23
N. parafarmacie	32
N. grossisti	2
N. depositi	13
N. esercizi e GDO che erogano alimentazione particolare	45
N. esercizi autorizzati al commercio online	6
N. altre strutture potenzialmente oggetto di controllo	12 RSA+3ASST
% DDD per farmaci equivalenti e biosimilari	90,5% equivalenti su farmaceutica convenzionata (Farmavision - rep BMK01 progr. 12_2023) Per i biosimilari il dato non è stato ancora pubblicato in Farmavision
% Raggiunta 2023	
Spesa Farmaceutica	Euro 145.565.541 (convenzionata netta rep 21 bis+DPC senza oneri di servizio)
N. Record File F	248.605
Valore File F	€ 110.303.500,72
N. di strutture erogatrici File F	10
N. di RSA	87

4.2 Vigilanza Farmaceutica

Vigilanza ispettiva su farmacie pubbliche e private aperte al pubblico e dispensari

L'attività di vigilanza sulle farmacie convenzionate con il SSN consiste nell'attività di verifica e di riscontro di un atto o di un comportamento di una o più persone che sono coinvolte con l'organizzazione e lo svolgimento del servizio farmaceutico territoriale e con l'erogazione dell'assistenza farmaceutica.

L'attività ispettiva, effettuata da una Commissione/sottocommissione paritetica, così come previsto dall'art. 82, legge regionale 06/2017, istituita e deliberata con decreto 573 del 23/12/2019, può essere:

- Preventiva
- Ordinaria biennale
- Straordinaria effettuata ogni volta che l'Autorità Sanitaria lo ritenga opportuno o necessario.

Il Servizio Farmaceutico, in base alla normativa regionale vigente (L.R. 6/2017), proseguirà nelle funzioni amministrative concernenti le convenzioni in materia di assistenza protesica, dietetica e farmaceutica, e per quanto riguarda le farmacie aperte al pubblico, negli atti relativi alla titolarità, autorizzazione all'apertura e all'esercizio, trasferimenti locali, gestioni provvisorie degli eredi, pagamenti delle indennità di residenza, sostituzioni temporanee del titolare o direttore tecnico, orari, turni di servizio e ferie annuali e ogni altro provvedimento necessario.

4.2.1 Programmazione azioni 2024

ATTIVITA' ISPETTIVA 2024	n. farmacie ISP ORDINARIE	n. dispensari	n. farmacie ISP STRAORDINARIE	n. farmacie ISP PREVENTIVE	n. parafarmacie	n. grossisti/depositari	n. esercizi autorizzati al commercio on line	RSA/RSD /IDR
MANTOVA	72	0	1	6	9	0	0	4
CREMONA	65	8	0	1	7	1	0	4
TOTALE	137	8	1	7	16	1	0	8

a. Farmacie e dispensari

Nell'anno 2024 sono state pianificate 137 ispezioni ordinarie presso le farmacie del territorio e 8 presso i dispensari, per un totale di 145 ispezioni; in caso di criticità importanti verranno eseguite ispezioni straordinarie.

b. Parafarmacie

Nell'anno 2024 sono state programmate 16 ispezioni ordinarie presso le parafarmacie, di cui 9 sul territorio mantovano e 7 sul territorio cremonese.

c. Depositari e Grossisti

L'attività ispettiva riguardante i depositari e grossisti riguarderà 1 solo depositario nel 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, che ha ritardato la restituzione dei dati alle ATS.

4.3.1 Commissione Farmaceutica Aziendale-Programmazione

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 2024 è programmata almeno una seduta (nelle due articolazioni sul territorio di Cremona e Mantova) per la discussione delle ricette spedite nel 2022 sulla base dei dati pubblicati da ARIA nel portale Farmavision.

4.3.2 Note AIFA-Programmazione 2024

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 2024 verranno controllate tutte le ricette con nota AIFA mancante o errata anno 2022 rese disponibili da ARIA con pubblicazione sulla piattaforma Farmavision.

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 - Programmazione

Le ricette dei pazienti comunitari riportanti i dati della tessera TEAM 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.

Nel 2024 verranno verificate e rendicontate, per il recupero degli importi, delle ricette segnalate da ARIA per pazienti comunitari e non comunitari con pubblicazione sul portale Farmavision.

4.3.4 Differenze contabili

Nel 2024 verranno gestite le ricette segnalate sul portale Workflow - Farma2017, secondo il calendario di pubblicazione definito da ARIA 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 -Programmazione

Mobilità attiva (pazienti non residenti in Lombardia)

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

Nel 2024 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. 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.

4.3.6 Mobilità passiva-Programmazione

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 2024 verranno verificate tutte le pratiche relative alle richieste di rimborso ricevute nell'anno.

4.3.7 Ricette SASN-Programmazione

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 2024 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 2022. Eventuali errori di identificazione del paziente (esempio paziente non iscritto al SASN) saranno segnalati al medico prescrittore o agli uffici Scelte revocche per l'aggiornamento dell'anagrafe.

4.3.8 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

4.3.9 Risorse

2 farmacisti, 1 amministrativi

4.4 Controlli File F

Il File F rappresenta uno strumento di programmazione, controllo e finanziamento della spesa sostenuta per l'erogazione di farmaci somministrati in regime di assistenza diversa dal ricovero.

Il controllo dei farmaci rendicontati con il tracciato record File F dalle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate richiede una continua e puntuale verifica dell'appropriatezza d'uso da parte del farmacista

Nell'ambito territoriale dell'ATS della Val Padana operano 10 strutture sanitarie che erogano farmaci in regime di File F, così ripartite tra Erogatori pubblici ed Erogatori privati accreditati

<i>Erogatori Pubblici</i>	<i>Erogatori Privati Accreditati</i>
• ASST di Crema • ASST di Cremona • ASST di Mantova	• Casa di Cura San Camillo (CR) • Casa di Cura Figlie di San Camillo (CR) • Ospedale San Pellegrino (MN) • Ospedale di Volta Mantovana (MN) • Ospedale di Suzzara (MN) • IRCCS Maugeri di Castel Goffredo (MN) • Casa di Cura Teresa Camplani (MN)

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 innovativi

Ai sensi della Circolare Regionale Prot. G1.2022.0008040 del 7 febbraio 2022, durante l'anno 2024 il presente Servizio procederà al monitoraggio delle rendicontazioni in File F, con verifica delle rispettive Schede AIFA, di tutti farmaci innovativi con accesso al fondo dedicato erogati dalle ASST e dalle strutture private accreditate afferenti all' ATS della Val Padana.

Tale monitoraggio riguarderà le rendicontazioni in File F relative a tutti i farmaci innovativi con accesso al fondo (innovatività piena), indipendentemente dall'indicazione e dalla tipologia di rendicontazione.

Per ciascuna rendicontazione saranno verificate e monitorate:

- La presenza della Scheda AIFA di Registro correlata;
- L'indicazione riportata nella Scheda AIFA, verificando se trattasi di indicazione con requisito di innovatività terapeutica;
- la tipologia di rendicontazione in File F: tipologia 30 o 40 in caso di indicazione con requisito di innovatività terapeutica piena, oppure altra tipologia in caso di indicazione con requisito di innovatività terapeutica condizionata o priva di requisito di innovatività.

4.4.3 Promozione farmaci equivalenti e biosimilari

Durante l'anno 2024 verranno eseguiti monitoraggi su alcune categorie di farmaci biosimilari vs originator

4.4.4 Controllo acconti

All'inizio dell'anno 2024, 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 2022(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.

4.4.5 Modalità di controllo

Da remoto

4.4.6 Risorse

2 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 2024

- 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.
- Aggiornamento della scheda medico 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.
- Monitoraggio andamento prescrizione territoriale biosimilari.
- 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.

4.5.2 Distribuzione per conto

La distribuzione dei farmaci da parte delle farmacie per conto delle ATS secondo la DGR XI/796 del 12/11/2018 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 2024

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

- verranno monitorate e analizzate le ricette di DPC spedite dalle farmacie in convenzionata di un periodo campione del 2024 per i successi interventi correttivi rivolti alla farmacia o al medico prescrittore
- verranno monitorate e analizzate le ricette spedite nel 2023 ma che risultano ancora aperte dopo i 30 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.

La piattaforma ha permesso l'allineamento delle modalità di gestione dei PT nel territorio mantovano (gestione informatizzata con un programma ormai dismesso) e cremonese (gestione cartacea).

Programmazione 2024

- 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 PT nota AIFA 97 e 100
- Verifica dei requisiti di accreditamento delle strutture di appartenenza degli specialisti da abilitare in PT OnLine
- Analisi utilizzo di PT on Line nel territorio, per individuare eventuali aree di intervento.
- Analisi prescrizioni anno 2023 farmaci con nota AIFA 39
- Analisi prescrizioni anno 2023 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 2024

- 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, i quali verranno integrati e rimodulati sulla base delle linee di indirizzo che emergeranno anche dal tavolo tecnico regionale dei Servizi Farmaceutici delle ATS lombarde convocato da parte della ACSS.

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

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

4.6.1 Appropriately Prescrittiva

- a. Verranno valutati i requisiti generali e specifici di tutti i medici prescrittori che nell'anno 2024 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 2024.
- d. Saranno monitorate le prescrizioni online vs cartacee effettuate nel 2024 con approfondimento di un campione del 5% delle cartacee per l'individuazione di eventuali aree di criticità e conseguenti azioni di miglioramento.

4.6.2 Appropriatelyzza Erogativa

- a. Verranno accreditate tutte le nuove ditte fornitrici che presenteranno istanza nell'anno 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 due 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 2024.
- e. Verranno controllate le forniture erogate nell'anno 2024 da parte di tre fornitori per la verifica della coerenza dei prodotti con i requisiti autorizzativi

4.6.3 Appropriatelyzza Prescrittiva, Erogativa e Contabile - Verifiche e controlli 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 2024 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 2024 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

In attesa della definizione dei controlli aggiuntivi da attuare a seguito della ridefinizione del progetto sulla base del dispositivo della deliberazione XII /1827 del 31/01/2024, per l'anno 2024 saranno mantenute le attività di controllo ordinarie già attivate negli anni precedenti e sarà implementato un nuovo controllo, in attesa delle disposizioni regionali per gli specifici indicatori.

In ragione delle indicazioni derivanti dalle anticipazioni contenute nella DGR XII/1827 del 31/01/2024 Allegato 3 – Area Cura e Riabilitazione, Capitolo 3.5 Ambiti prioritari e trasversali, paragrafo 3.5.1.7.Indicatori di processo e di esito, i controlli descritti per l'anno 2024 saranno applicati ai Gestori costituiti da cooperative di MMG/PLS e al fine di dare continuità ai monitoraggi in atto integrando, fino a definizione delle modalità di rilevazione dei nuovi indicatori previsti dalla normativa, una rilevazione tramite formula di autocertificazione della saturazione delle agende create dagli Erogatori di filiera per i Gestori.

Si ritiene quindi di valutare in corso d'anno l'introduzione di ulteriori controlli o la soppressione di controlli attualmente identificati come ordinari o nuovi in ragione di obiettivi o atti regionali 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 del mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali dei gestori	Somministrazione annuale del questionario condiviso dalle ATS per la verifica delle dotazioni tecnologiche, organizzative e di personale per la funzione di accompagnamento del paziente cronico. Segue la verifica in sede del centro servizi o presso gli ambulatori dei clinical manager aderenti dei requisiti autodichiarati. Per Gestori con sede legale e CS ubicati in altre ATS si procede all'acquisizione dell'esito di verifica del controllo effettuato dall'ATS territorialmente competente.	Gestori	Attività ordinaria
PIC_002	Verifica e monitoraggio della congruenza tra le prescrizioni pianificate nel PAI e le prestazioni effettuate dai pazienti	Monitoraggio effettuato attraverso l'indicatore P04 - Indice di aderenza ambulatoriale al PAI (soglia 60%) fornito da Regione Lombardia	Gestori	Attività ordinaria
PIC_003	Monitoraggio degli indicatori presenti nell'allegato 5 della DGR 1863/2019	Monitoraggio effettuato attraverso gli indicatori P01 - Indice di congruità di programmazione del PAI, P06 - Indice di aderenza terapeutica farmacologica, P07 - Indice di aderenza ambulatoriale al PAI, E03 - Effettuazione HB1Ac in pazienti diabetici	Gestori	Attività ordinaria
PIC_004	Monitoraggio stato di validazione PAI	Invio informativo dello stato di validazione dei PAI pubblicati per trimestre propedeutico all'eventuale modifica dei PAI entro il semestre di remunerazione.	Gestori	Attività ordinaria
PIC_005	Monitoraggio sottoscrizione contratti di avvalimento	Acquisizione sottoscrizione contratti di avvalimento semestrali fra Gestore costituito da coop MMG/PLS e Erogatori di filiera	Gestori	Attività ordinaria
PIC_006	Autocertificazione volumi di prestazioni a disposizione dei Gestori costituiti da coop di MMG/PLS	Acquisizione semestrale di un'autocertificazione redatta da ogni Erogatore di filiera dei volumi di prestazioni assegnate tramite GP++ ai Gestori Costituiti da coop di MMG/PLS, della saturazione da parte del Gestore dei volumi assegnati, dichiarazione dei volumi di prestazioni prenotati con modalità diversa da GP++ (richieste in backoffice, accesso diretto a sportello pazienti)	Erogatori	Nuova

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%	100%
8	Anamnesi Patologica prossima			10%	10%	
	Esame obiettivo ingresso			40%	70%	
	Esame obiettivo firmato e siglato			20%		
9	Esame obiettivo datato			10%	70%	100%
10	Presenza di progetto e progr riab (riabilitazione)			100%		
	Consenso informato firmato medico e paziente			90%	100%	
11	Consenso informato datato			10%		
12	Cartella anestesilogica per monitoraggio operatorio			40%	100%	
13	Registro operatorio completo			60%		
14	Lettera di dimissione			100%		
TOTALE						
NUMERO GIORNI DI DEGENZA						
Descrizione degli Elementi		Assenti	Totali	%		
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%		
ESITO NOC ATS		0 - 1 - 2	% Abbattimento			
ESITO STRUTTURA		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						